

**LOS LAZARETOS COLOMBIANOS Y SU TRANSICIÓN DE
ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS A INSTITUCIONES DE
AISLAMIENTO. EL CASO DEL LAZARETO DE
CONTRATACIÓN - SANTANDER. 1931-1961**

DAYANA LUCÍA LIZCANO HERRERA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2005**

**LOS LAZARETOS COLOMBIANOS Y SU TRANSICIÓN DE
ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS A INSTITUCIONES DE
AISLAMIENTO. EL CASO DEL LAZARETO DE
CONTRATACIÓN - SANTANDER. 1931-1961**

DAYANA LUCÍA LIZCANO HERRERA

Trabajo de Investigación para optar al título de Historiadora

**Director
LUIS RUÉN PÉREZ PINZÓN
Magíster en Historia**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE	7
LA POLÍTICA HIGIENICA DE ESTADO FRENTE A LA LEPRO Y LOS LEPROSOS: EMERGENCIA Y DECADENCIA DE LOS LAZARETOS	
1. CONFORMACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS	8
1.1 LOS LAZARETOS DURANTE LA COLONIA	8
1.2 LOS LAZARETOS DURANTE LA REPÚBLICA	12
1.3 LOS LAZARETOS DURANTE LOS ESTADOS CONFEDERADOS	17
1.4 LOS LAZARETOS DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA REGENERACIÓN	23
1.4.1 El descubrimiento del <i>Mycobacterium leprae</i> , la profesionalización de la medicina en Colombia y sus repercusiones en las políticas nacionales contra la lepra	24
1.4.1.1 Juan de Dios Carrasquilla y la búsqueda de una vacuna para la lepra	29
1.4.2 La construcción del gran lazareto nacional	31
1.5 NACIONALIZACIÓN DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS Y AFIANZAMIENTO DE LAS POLITICAS PARA CONTENER LA LEPRO	35
1.5.1 Similitudes entre los lazaretos y los panópticos	38
1.5.2 De establecimientos hospitalarios a instituciones de aislamiento	43
2. DECADENCIA INSTITUCIONAL DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS: ELIMINACIÓN DEL AISLAMIENTO OBLIGATORIO DE TODOS LOS ENFERMOS DE LEPRO	50
2.1 INTERVENCIONISMO NORTEAMERICANO EN SALUD PÚBLICA	51
2.2 ENTRE LA HIGIENE, LA ASITENCIA Y LA SALUD PÚBLICA	57
2.2.1 Conformación internacional de la concepción de salud pública	57
2.2.2 Concepción de salud pública adoptada en Colombia	64

2.2.3	Las Juntas de Higiene y el control de la lepra	70
2.2.4	Prácticas y mentalidades médicas predominantes	77
2.3	REESTRUTURACIÓN DE LA CAMPAÑA ANTILEPROSA	85

SEGUNDA PARTE

	LA VIVENCIA DE LA POLÍTICA HIGIÉNICA DE ESTADO FRENTE A LA LEPROSA Y LOS LEPROSOS: LA EXPERIENCIA DE LOS ENFERMOS, LOS FUNCIONARIOS, LOS RESIDENTES Y LOS SALESIANOS EN CONTRATACIÓN	118
3.	UNA MIRADA AL LAZARETO DE CONTRATACIÓN: ESTRUCTURACIÓN, FUNCIONAMIENTO INTERNO Y LA OBRA SALESIANA	119
3.1	ORÍGENES	119
3.2	CONTRATACIÓN 1931-1961	124
3.2.1	Extensión y límites	124
3.3	LOS HABITANTES	131
3.3.1	Procedencia	131
3.3.2	Remisiones	134
3.3.3	Arribos y permanencias	140
3.3.4	Permisos de salida	151
3.3.5	Curados sociales o enfermos no peligrosos	153
3.4	LOS ESTABLECIMIENTOS	162
3.4.1	Los hospitales y la lucha por su conversión en sanatorios	162
3.4.2	Asilos para niñas y niños enfermos de lepra	167
3.4.3	Asilos para hijos sanos de enfermos de lepra	173
	Las altas	180
	Las bajas	185
3.5	LA COMUNIDAD SALESIANA: Trabajando por los enfermos de lepra	195
3.5.1	Abriendo espacios para los enfermos de lepra	202
3.5.2	Los infectados	215
4	EL LAZARETO DE CONTRATACIÓN Y SUS PROSCRITOS	220
4.1	¿QUIÉNES ERAN LOS ENFERMOS DE LEPROSA QUE HABITARON EL LAZARETO DE CONTRATACIÓN (1931-1961)?	220
4.2	LA LEPROSA Y LO QUE SIGNIFICABA POSEERLA	226
4.3	EL LEPROSO FRENTE A SU TRANSFORMACIÓN CORPORAL	228
4.4	LA PERCEPCIÓN DEL LEPROSO SOBRE EL AISLAMIENTO Y EL LAZARETO	229
4.5	EL LEPROSO Y SU PERCEPCIÓN DEL GOBIERNO NACIONAL	232

4.6	EL LEPROSO ANTE LA CAMPAÑA ANTILEPROSA Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS OFICIALES	233
4.7	EL LEPROSO ANTE LA POSIBILIDAD DE SER DECRETADO CURADO SOCIAL	235
4.8	EL LEPROSO Y SU PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS MÉDICOS	237
4.9	EL PAPEL DE LA RELIGIÓN Y DE LA COMUNIDAD SALESIANA PARA LA VIDA DEL LEPROSO	238
	CONCLUSIONES	241
	BIBLIOGRAFÍA	246
	FUENTES	249
	ANEXOS	251

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. Lugar de procedencia de los enfermos del lazareto de Contratación 1931-1961.	133
GRÁFICO 2. Ingresos o “altas” de los enfermos de lepra al lazareto de Contratación 1931-1961.	136
GRÁFICO 3. Entidades remitentes de enfermos de lepra a Contratación 1931-1961.	140
GRÁFICO 4. Curados sociales que salieron del lazareto de Contratación (bajas) 1932-1953.	159
GRÁFICO 5. Reincidencia de curados sociales en el lazareto de Contratación 1932-1953.	161
GRÁFICO 6. Progenitores enfermos de los infantes sanos enviados a los asilos de Guadalupe y Guacamayo 1931-1961.	179
GRÁFICO 7. Altas del asilo María Auxiliadora de Guadalupe 1931-1961.	182
GRÁFICO 8. Altas del asilo San Bernardo de Guacamayo 1931-1961.	182
GRÁFICO 9. Distribución de altas por edad en el asilo San Bernardo 1931-1961.	183
GRÁFICO 10. Distribución de altas por edad en el asilo María Auxiliadora 1931-1961.	184
GRÁFICO 11. Lugar de procedencia de los menores asilados en Guadalupe y Guacamayo 1931-1961.	185
GRÁFICO 12. Pariente que solicitó la baja de los menores asilados en Guadalupe y Guacamayo 1931-1961.	187
GRÁFICO 13. Causas de bajas en los asilos para hijos sanos de enfermos de lepra en Guadalupe y Guacamayo 1931-1961.	195

GRÁFICO 14. Distribución por edades de los enfermos que ingresaron a Contratación 1931-1961.	221
GRÁFICO 15. Parientes enfermos de los leprosos que ingresaron a Contratación 1931-1961.	224
GRÁFICO 16. Distribución del ingreso de los leprosos por evolución de la enfermedad 1931-1961.	226

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: Enfermo de lepra residente en Contratación.	251
ANEXO B: Enfermo de lepra residente en Contratación.	251
ANEXO C: Enferma de lepra residente en Contratación.	252
ANEXO D: Enferma de lepra residente en Contratación.	252
ANEXO E: Enfermo de lepra residente en Contratación.	253
ANEXO F: Enfermo de lepra residente en Contratación.	253
ANEXO G: Tarjeta individual de identidad. Asilo San Bernardo – Contratación.	254
ANEXO H: Tarjeta individual de identidad. Asilo San Bernardo – Contratación.	254
ANEXO I: Comunidad Salesiana. Contratación.	255
ANEXO J: Bande de Música. Contratación 1947.	255
ANEXO K: Certificado de sanidad entregado a los curados sociales.	256

RESUMEN

TITULO: LOS LAZARETOS COLOMBIANOS Y SU TRANSICIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS A INSTITUCIONES DE AISLAMIENTO. EL CASO DEL LAZARETO DE CONTRATACIÓN - SANTANDER. 1931-1961*.

AUTORA: DAYANA LUCÍA LIZCANO HERRERA**.

PALABRAS CLAVE: LEPROSA, LAZARETO, LEPROSO, SANATORIO, ASILO, INSTITUCIÓN DE AISLAMIENTO E INSTITUCIÓN MÉDICA.

CONTENIDO: Desde su aparición en el período colonial la lepra fue una enfermedad que generó un impacto social y político, conllevando a la implantación de políticas centralizadas de aislamiento, constituyéndose los lazaretos colombianos a partir de 1905 en instituciones de aislamiento regidos por principios basados en la persecución, exilio y coacción de los leproso. Sin embargo, en 1961 estas instituciones fueron oficialmente abolidas, siendo la comprensión de las causas que produjeron ese acontecimiento el objetivo central de la investigación, para lo cual se estudió la política de Estado frente a la lepra y los leproso como problema para la higiene y la salud pública, estableciéndose la emergencia y la decadencia de los lazaretos, a la vez que se realizó una presentación preliminar del contexto político, económico, social y sanitario antes y durante el período de estudio, obteniendo así un mayor conocimiento del contexto en el que se concibieron las políticas para el control de la lepra.

Por otra parte, se estableció la conformación y funcionamiento del lazareto de Contratación con el propósito de observar hasta qué punto la constitución institucional de los lazaretos logró materializarse. Identificado para ello los establecimientos asistenciales, médicos, administrativos y religiosos que laboraron al servicio de ese lazareto y el papel de la Comunidad Salesiana como agente representativo en su desarrollo y operatividad. Así mismo, se realizó un pequeño acercamiento a los enfermos de lepra que habitaron en el lazareto de Contratación para identificar quienes eran y sus percepciones respecto a la lepra, el lazareto y sus funcionarios administrativos, médicos y religiosos.

*Tesis de grado: modalidad investigación.

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Historia. Director: Luis Rubén Pérez Pinzón.

SUMMARY

TITLE: COLOMBIAN LEPROSY, HOMES AND THEIR TRANSITION FROM HOSPITAL TO ISOLATION INSTITUTIONS. THE CASE OF CONTRATACIÓN LEPROSY HOME – SANTANDER 1931-1961*.

AUTHOR: DAYANA LUCIA LIZCANO HERRERA**.

KEY WORDS: LEPROSY, LEPROSY HOMES, LEPER, SANATORIUM, ASYLUM, ISOLATION INSTITUTION AND MEDICAL INSTITUTION.

CONTENTS: Since its beginning in the colonial period, leprosy was a disease that not only generated a social and political impact but also caused the introduction of centralized politics of isolation. In this was, since 1905, Colombian leprosy homes became isolation wards ruled by principles based on the persecution, exile and coercion of the leper. In spite of this, these institution were officially abolished in 1961, the understanding of the reasons that caused that event was the main objective of the research. To this regard, it was made a study of the State politics toward leprosy and of leper themselves as representing a problem for public health and hygiene. As a result of this, it was possible to establish the emergency and decay of the leprosy homes. Also, it was made a preliminary presentation of the political, economic, social and sanitary context before and during the period of study. One to this, there was a better understanding of the context in which were stated the politics to control leprosy.

Besides, it was established the conformation and operation of the Contratación leprosy home in order to see to what extent was achieved the institutional constitution of the leprosy homes. To do this, it was necessary to identify the attendant medical, administrative and religious institutions that worked for that leprosy home and the role of the Salesiana Community as a representative agent of its development and functioning. It was also possible to get in contact with some of lepers who lived in the Contratación leprosy home to know who were and their perceptions with regard to leprosy, the leprosy home and its administrative, and medical and religious personnel.

* Graduation Thesis: research.

** Faculty of Humans Sciences, School of History. Director Luis Rubén Pérez Pinzón.

INTRODUCCIÓN

La lepra fue una enfermedad que los judeocristianos vincularon con la impureza e inmoralidad del alma, luego en la modernidad la enfermedad se asoció con la pobreza, insalubridad e incivilidad. Estos aspectos y las impresionantes formas de manifestarse como la deformación corporal, la pérdida de la sensibilidad, las discapacidades producidas por la pérdida de algún sentido o miembro, sumados a las dificultades para precisar su modo de transmisión y encontrar un tratamiento capaz de controlarla, generaron un fuerte impacto social y político respecto a la enfermedad y provocaron entre la población exenta temor, repulsión y la implantación de medidas que no siempre fueron en beneficio del enfermo, por el contrario, tendieron a su segregación, exilio y coerción.

El aislamiento de los enfermos de lepra se constituyó a inicios del siglo XX en una medida sanitaria de urgente necesidad que pronto situó al lazareto como una institución para regular y controlar la lepra, enfermedad sobre la que pesó más el estigma y los prejuicios coloniales que sus verdaderos alcances, pues si bien la enfermedad era infecto-contagiosa no todas las personas eran susceptibles a contraerla y sus índices de mortalidad eran mínimos. Aún así, se emprendió en 1905 una campaña costosa, cruel y poco efectiva contra la lepra, alcanzando las políticas para controlarla el máximo de su rigidez.

Sin embargo, a partir de la década del treinta fue reestructurada la campaña antileprosa, la cual impulsó la abolición legal de los lazaretos colombianos en 1961. Siendo este período y la comprensión de las causas que conllevaron a su abolición el objetivo de esta investigación, para lo cual se buscó identificar las políticas sanitarias que regularon institucionalmente la lepra, establecer el funcionamiento interno del lazareto de Contratación, realizar un estudio que estableciera una correlación entre lo oficial y lo práctico, y finalmente hacer un

pequeño reconocimiento de las percepciones de los enfermos de lepra sobre las políticas y la institución que los reguló.

A pesar del impacto que generó la lepra desde su aparición en el período colonial y de la importancia de los sitios para la proscripción de los enfermos hasta la primera mitad del siglo XX, son escasos los estudios historiográficos sobre este tema, tópico que parece haber quedado relegado tan sólo al interés de disciplinas como la antropología social, la sociología y la medicina¹. Las investigaciones efectuadas no han realizado un trabajo que integre lo institucional y la práctica, o más aún que lo hagan mediante el estudio del lazareto de Contratación.

Es sólo hasta ahora que estos vacíos investigativos están siendo resueltos por trabajos como el del historiador Luis Rubén Pérez Pinzón, denominado “Regenerar la muerte: instituciones de beneficencia, organizaciones de caridad y establecimientos de salubridad 1857-1886”², en el que se dedicó un capítulo completo al estudio de las políticas para el control de la lepra, la organización y funcionamiento del lazareto de Contratación y sus antecesores en la Provincia del Socorro desde el ámbito nacional, local e interinstitucional.

De este modo, la presente investigación intentó llenar en parte las brechas que existen sobre el lazareto colombiano a partir de la fragmentada y escasa información que se encuentra al respecto, en especial, aquella que permite reconstruir el funcionamiento interno del lazareto de Contratación. La cual se

¹ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Banco de la República- EAFIT, 2002. CANO, Luís Guillermo. Agua de Dios un sistema social aislado (Tesis de grado Sociología). Bogotá: Universidad Nacional, 1990. SEVILLA, Elías. Los mutilados del oprobio. Bogotá: Colcultura/ Tercer Mundo Editores, 1995.

² PÉREZ PINZÓN, Luís 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 y cementerios), 1857-1886. Bucaramanga 2004. trabajo de investigación (Magíster en Historia). Universidad Industrial de Santander. Facultad de ciencias humanas. Escuela de historia.

encuentra desorganizada y devastada, pero aún así merecen ser estudiadas para reconstruir una historia que hasta el momento ha sido exiguamente abordada.

Los estudios sobre el lazareto colombiano se dificultan enormemente dada la ausencia de un marco de referencia conceptual, puesto que esta “institución” adquirió características específicas que la hicieron ser más que un establecimiento hospitalario. Por lo cual se hizo fundamental para la investigación planteada reconstruir el significado de la palabra lazareto en el período de estudio, pero al ser en parte producto de un proceso acumulativo se requirió establecer rápidamente los procesos de su conformación desde el siglo XVII.

Entendido el concepto de institución como el conjunto de ideas, creencias y normas impuestas a un grupo social para organizar y regular una actividad que preexiste y sobrevive al individuo, disponiendo de normas y medios materiales, fruto de la presión de los demás miembros sociales³. Se estableció que el lazareto colombiano desde 1905 se constituyó en una institución de aislamiento cuyos principios normativos estaban basados en buscar el distanciamiento y el ocultamiento de los enfermos de lepra considerados peligrosos para la salud pública, mediante la represión policiva y la coacción de los convalecientes con el ánimo de alejarlos de la vista pública por el miedo que infundían en la población, utilizando para tal fin amplios espacios que sirvieron de residencia a los enfermos de lepra y a algunos individuos exentos de la enfermedad que vivieron junto a ellos, así como diversos establecimientos hospitalarios, asistenciales, educativos, administrativos y religiosos, entre otros.

Por la drástica normatividad, la vigilancia policiva, la estructuración arquitectónica, jerárquica y funcional de los lazaretos para agrupar y controlar individuos que por su enfermedad se alejaban del idea higiénico establecido, manteniéndolos en un

³ ONTZA, Juan. Enciclopedia de las ciencias sociales. Tomo 5 (la política). Bilbao: Asuri, 1983. p. 324.

sistema de sujeción, prohibiciones y obligaciones, es posible compararlos con el sistema panóptico carcelario estudiado por Michael Foucault en su trabajo denominado “Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión”⁴. Con el cual no se quiso plantear que existiera una similitud total entre lazaretos y panópticos, porque la programática gubernamental fundó su discurso en presentarlos como instituciones médicas, cuyo objetivo debía enfocarse en la prestación de servicios médico-asistenciales que permitieran la mejoría de los enfermos.

Propósito que se afianzó desde 1931, cuando se buscó con mayor ímpetu modernizar al país, es decir, generar un cambio social por el cual la sociedad colombiana adquiriera las características más comunes de las sociedades más desarrolladas⁵, como la de los Estados Unidos, país que fue decisivo en el proceso de transformación porque adecuó el modelo a seguir y los métodos como debía efectuarse. La aparición durante este interregno de diversos eventos y circunstancias como requisito o como producto del proceso de modernización, provocaron la reorientación de la institución de aislamiento concebida a comienzos del siglo XX para hacer de ella una institución médica, conversión que en su forma legal se efectuó generando la eliminación de los lazaretos, aunque en la práctica no logró producirse cabalmente.

De esta manera, puede plantearse que el lazareto colombiano continuó siendo una institución de aislamiento que el Gobierno constantemente buscó cambiar en su forma para imprimirle un carácter más hospitalario y asistencialista. Aún así, el lazareto durante el período que comprende la investigación decayó porque perdió la condición que le daba su fuerza o sentido como era el aislamiento obligatorio. Con su abolición declinó la estructura institucional que segregaba, proscribía y coartaba a los enfermos de lepra. Aspectos que enmarcaron su decadencia

⁴ FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI, 1976.

⁵ LERNER, Daniel. Modernización (aspectos sociales). EN: Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales / SILLIS, David. Dir. Vol. 7. Madrid: Aguilar, 1976. p. 474.

institucional y que fueron tratados en el transcurso de la investigación, la cual se estructuró en dos partes para su presentación.

En la primera parte, se estudió la política de Estado frente a la lepra y los leprosos como problema para la higiene y la salud pública, para ello, se estableció la emergencia y la decadencia de los lazaretos; se realizó una presentación preliminar del contexto político, económico, social y sanitario antes y durante el período de estudio, obteniendo así un mayor conocimiento del contexto en el que se pensaron las políticas para el control de la lepra, y se comprendieron las causas nacionales e internacionales que conllevaron a la abolición de los lazaretos.

En la segunda parte se intentó establecer la conformación y funcionamiento del lazareto de Contratación con el propósito de observar hasta qué punto la constitución institucional de los lazaretos logró materializarse. Identificando para ello los establecimientos asistenciales, médicos, administrativos y religiosos que laboraron al servicio de ese lazareto y el papel de la Comunidad Salesiana como agente significativo en su desarrollo y operatividad. Así mismo, se realizó un pequeño acercamiento a los individuos que habitaron el lazareto de Contratación, en especial, aquellos que eran enfermos de lepra para identificar quiénes eran y sus percepciones respecto al lazareto, a la lepra y a la convivencia con los otros enfermos, con los funcionarios administrativos, médicos y religiosos. Para la realización de esta segunda parte se utilizó considerablemente la información que ofrecía una amplia base de datos que se elaboró con los registros de ingresos y salidas de los enfermos en el lazareto de contratación, y sobre sus hijos exentos de la enfermedad, quienes residieron en los asilos que se crearon para su control y educación en los municipios santandereanos de Guadalupe y Guacamayo.

Por último, se advierte que el informe se organizó y presentó de manera temática y cronológica, aunque se realizó de manera empírica y descriptiva se pretendió

llenar medianamente los vacíos historiográficos que existen sobre el lazareto colombiano, institución que reguló una de las enfermedades más estigmatizadas y temidas hasta bien entrado el siglo XX y que ha sido exiguamente estudiado. Si bien, la escasez de las fuentes documentales y el estado de abandono en que se encuentran las que aún se preservan pueden limitar una investigación como ésta, ellas no fueron impedimento para estudiar el lazareto Colombiano, en especial, el lazareto de Contratación a quien la historiografía ha desmeritado por no haber alcanzado oficialmente la importancia que llegó a tener el lazareto de Agua de Dios.

PRIMERA PARTE

**LA POLÍTICA HIGIENICA DE ESTADO FRENTE A LA LEPROA Y
LOS LEPROSOS: EMERGENCIA Y DECADENCIA DE LOS
LAZARETOS.**

1. CONFORMACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS

Elaborar un estudio sobre los lazaretos colombianos en el período que coincide con la última etapa de su extensa existencia requiere la realización de un breve recuento de lo que fue su conformación y consolidación, aspectos que contribuyen a comprender su significado durante 1931 a 1961 y las causas que conllevaron a su desaparición oficial, ya que ellas fueron en parte producto de un proceso acumulativo. En este capítulo se estudiarán las políticas de las diversas administraciones gubernamentales destinadas al control de la lepra desde el período colonial hasta las primeras décadas del siglo XX. A su vez se identificará el papel de comunidad médica nacional y la repercusión del descubrimiento del bacilo transmisor de la enfermedad por el científico noruego G. A. Hansen como acontecimientos decisivos para la organización de la lucha contra la lepra emprendida por la presidencia del General Rafael Reyes (1904-1909) y continuada por las administraciones que lo siguieron hasta 1930. Por último, se estudiará el momento en que los lazaretos dejaron de ser establecimientos “hospitalarios” para convertirse en instituciones de aislamiento, regidas por drásticos principios que permiten asimilarlas con el panóptico foucaulteano.

1.1 LOS LAZARETOS DURANTE LA COLONIA

La historiografía colombiana ha establecido frente a la inexistencia de registros que vislumbren la permanencia de la lepra entre los aborígenes del nuevo mundo que esta dolencia penetró a América junto con los conquistadores europeos y los esclavos africanos. Acontecimiento que generó la aplicación de cuarentenas por parte de la Corona Española a los inmigrantes sospechosos de padecer del “mal de San Lázaro” y la aplicación de políticas de

segregación o apartamiento de los leprosinos basadas en tradiciones medievales europeas, como la reclusión de los convalecientes en lazaretos u hospitales de San Lázaro como desde entonces se les llamó⁶.

Desde las primeras décadas del siglo XVII, se erigió un hospital de San Lázaro ubicado en el centro de Cartagena de Indias, pero los miedos de los habitantes a convivir cerca de los enfermos conllevaron a trasladarlo hacia las zonas periféricas, siendo finalmente establecido en la isla de Tierrabomba, en el sitio de Caño de Loro, en donde permaneció hasta la primera mitad del siglo XX cuando fue definitivamente eliminado.

Desde la conformación del hospital de San Lázaro la monarquía española estableció una política centralizada de aislamiento de los leprosinos en el hospital de Cartagena. Disposición que causó controversia entre las provincias que conformaban la Nueva Granada, como fue el caso de las provincias del Socorro, Popayán, Panamá, Guayaquil y Quito, entre otras, quienes rechazaron la política de enviar a los leprosinos a Cartagena rehusándose a hacerlo. Por el contrario, solicitaban crear hospitales de San Lázaro en sus localidades, arguyendo que la considerable distancia de este centro con el resto del país y la insuficiencia y precariedad de las vías de comunicación hacían casi imposible la movilización de los enfermos procedentes de regiones distantes a Cartagena, travesía en la que en ocasiones fenecían antes de llegar a su destino final⁷.

Sin embargo, las autoridades virreinales se opusieron constantemente a la ejecución de dicho proyecto por considerar que sería mejor y más eficiente para organizar y dirigir las políticas sobre la lepra y el funcionamiento del establecimiento destinado para su control concentrar a todos los enfermos pobres del país en el hospital de Cartagena. Así se invertiría menos fondos, los cuales

⁶ PÉREZ, Op. cit. Documento sin paginar.

⁷ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 77.

para entonces eran escasos a pesar que cada provincia que remetía allí convalecientes procedentes de sus regiones debía proporcionar de sus rentas propias y de las virreinales sobre el aguardiente fondos para el sostenimiento de los dolientes en aquel lugar. Siendo quizás éste el verdadero motivo por el que las provincias se rehusaban a enviar a sus lazarinos a Cartagena, puesto que no estaban dispuestas a destinar de sus arcas internas dineros que irían a parar a otra provincia.

Los vecinos y las autoridades de la provincia del Socorro fuertemente afectados por el Mal de San Lázaro, temiendo que su expansión provocara la extinción del comercio de los tejidos de algodón, ya que se creía que la enfermedad también era transmitida de manera indirecta, por los objetos que fabricaban o tocaban las personas afectadas por la dolencia, propusieron la fundación de un hospital de lazarinos en su territorio, el cual se constituyó en la necesidad de mayor insistencia del Gobierno local y de las principales familias socorranas en las tres últimas décadas del siglo XVIII para lo cual se comprometían a acarrear con los gastos que causara dicho establecimiento⁸.

Los enfermos del Socorro especialmente aquellos de condición económica alta, se opusieron radicalmente a las políticas de exilio en un sitio alejado de su lugar de origen o residencia por la vasta distancia entre el Socorro y Cartagena como por tener que dejar a sus familias y a sus bienes como medida para evitar cualquier foco de contagio. Fue así como en 1784 se acondicionó una casa en las afueras de la ciudad, en el sitio denominado Regadillo, en donde se recluyeron primordialmente a los enfermos pobres, pues las políticas de segregación y destierro vigentes para el período colonial excluían del confinamiento en los hospitales de San Lázaro a los enfermos pudientes o de buena condición económica, a quienes se les permitía residir en los lugares que ellos desearan

⁸ PÉREZ, Op. cit. Documento sin paginar.

bajo la condición que estos fueran aislados, distantes y que no representaran un peligro social de lo contrario serían obligados a exiliarse en los hospitales.

El Mal de San Lázaro era para el período colonial una enfermedad sobre la que se desconocía su causa y modo de transmisión y sobre la que no existía un concepto unívoco que la definiera. Fue así como los gobernantes, religiosos y las pocas personas que practicaban la medicina para entonces asumían que este padecimiento era producto de un castigo divino por la corrupción del alma, por ciertos alimentos o influencias climatológicas y en especial por la relación que se estableció entre la lepra y las enfermedades venéreas al creerse que ella era el resultado de una sífilis en su estado más avanzado. Circunstancias que así mismo provocaron la confusión de esta enfermedad con otras dolencias o afecciones que por sus manifestaciones o por la imposibilidad de controlarlas se asimilaban, de allí que el hospital de San Lázaro durante el período colonial y parte del siglo XIX fuese un lugar donde no sólo se confinaron leprosinos⁹. Ideas y prácticas coloniales que se preservaron hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando se buscó darle a la causalidad y definición de la lepra una explicación más científica.

El Mal de San Lázaro al ser una enfermedad predominante en el Nuevo Reino de Granada pero desconocida en sus causas y tratamientos ocasionó que se creyera que era incurable y por ende incontrolable, despertando el interés de la población en general y de sus mandatarios. Desde que la monarquía española fue dirigida por los Borbones ilustrados se consideró que el problema de la América Española era su baja productividad, razón por la cual se promovieron proyectos encaminados a controlar y mejorar la población con el fin de hacerla más eficiente, haciendo hincapié en los asuntos sanitarios, todo lo cual repercutiría favorablemente en la economía local trayendo ostentosas ganancias a la Corona Española.

⁹ Ibíd., Documento sin paginar.

Sin embargo, las reformas Borbónicas en general tuvieron poco impacto en el Nuevo Reino de Granada como factores de desarrollo y cambio social¹⁰, y aunque la lepra fue objeto de preocupación y debate de médicos, gobernantes e ilustrados, quienes daban sus opiniones sobre sus posibles causas y la formas de evitarlas como la creación de más hospitales de San Lázaro o la reubicación de los enfermos en lugares con condiciones climáticas y alimentación específica, las representaciones colectivas sobre la lepra forjadas a través de centurias permanecieron inmutables en el país¹¹.

Si bien, las políticas de la administración virreinal se enfocaban en hacer que las personas que padecían del Mal de San Lázaro fueran recluidas en los hospitales creados para ello o en otros sitios dependiendo de su condición socioeconómica, la contribución financiera de la Corona para la realización de ese objetivo era escasa, debiendo las provincias del Reino asumir la financiación de su funcionamiento con rentas propias obtenidas de los gravámenes a las carnes, los tejidos, el aguardiente, los diezmos y las contribuciones caritativas de la gente de buen corazón.

1.2 LOS LAZARETOS DURANTE LA REPÚBLICA

La precaria situación de los enfermos de lepra y de los sitios destinados para su reclusión fue un aspecto que se pretendió modificar durante las primeras décadas del siglo XIX, desde de que el país se independizó de la Corona Española y la administración gubernamental encargada de dirigir los destinos de la naciente República hacía la ruta del “progreso” buscó para tal fin responsabilizarse de los

¹⁰ JARAMILLO URIBE, Jaime. Etapas y sentido de la historia de Colombia. En: Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985. p. 27.

¹¹ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 88.

problemas sociales que aquejaban a la población y que hasta el momento habían sido de interés local, provincial o individual como era el caso de los lazarinos. Al respecto, Estela Restrepo ha planteado... “Los vagos, los valenturientos y los enfermos (entre ellos los leprosos), entraron en el ámbito de las leyes civiles y de la medicina, como cómplices o sospechosos de delitos sociales o como generadores de males incurables y contagiosos”¹².

Así mismo, durante la República al igual que en el período colonial la persecución y el encierro de los enfermos de lepra fueron adoptados como las mejores políticas para contener y aislar a los leprosos al constituirse en un “problema” que amenazaba el bien público, el orden y la tranquilidad de la población. Fue así como en 1833 el Congreso de la Nueva Granada por primera vez y de manera legal ordenó el establecimiento de tres hospitales de San Lázaro o “Lazaretos” como se les llamó desde comienzos del siglo XIX: el primero de ellos para atender las provincias de Bogotá, Casanare, Neiva, Pamplona, Socorro, Tunja y Vélez; el segundo para Antioquia, Choco, Buenaventura, Popayán y Pasto; y el tercero para las provincias de Cartagena, Riohacha, Mompo, Santa Marta y Mariquita, los cuales fueron organizados física, burocrática, hospitalaria y financieramente como establecimientos nacionales¹³.

Esa disposición fue implementada mediante el Decreto 18 de Marzo de 1835, por medio del cual se reglamentaron esos establecimientos y se definieron rígidas políticas de persecución, segregación y coerción de los lazarinos, las cuales serían preservadas hasta las primeras décadas del siglo XX cuando alcanzaron el máximo de su rigidez.

¹² RESTREPO ZEA, Estela. Vagos, enfermos y valenturientos. Bogotá: 1830-1860. EN: Historia y Sociedad (Universidad Nacional de Colombia). Medellín. N° 8 (mar. 2002); p. 84.

¹³ RUIZ ARENAS, Álvaro. Croniquilla de Contratación. Colombia: FRID impresores. Tercera edición., 1999. Ley 5 de Agosto de 1833. p. 27.

No obstante, las intenciones de la Administración Central por reestructurar las políticas contra la lepra y la conformación de lazaretos nacionales en la República no tuvieron duración extensa porque el factor fiscal limitó una vez más su alcance, ya que los gastos que demandaron las batallas de independencia y los de la conformación como República, sumados a la inexistencia de una economía industrial y/o agro exportadora rentable situaron al país en un estado de pobreza incapaz de subsanar financieramente sus necesidades. Por consiguiente, sólo continuaron funcionando los dos lazaretos de origen colonial ubicados en Caño de Loro y Contratación gracias a la financiación interna o provincial de sus cabildos, puesto que la Nación sólo contribuyó con su financiamiento por tres años después de expedidas las leyes que buscaron reorganizarlos y nacionalizarlos. De tal modo, esos lazaretos restringieron su funcionamiento y atención sólo a los enfermos que residían en la jurisdicción de la provincia que los financiaba.

Las limitaciones financieras del país y de las provincias hicieron de los **lazaretos** establecimientos de beneficencia en donde los enfermos estaban sometidos al hambre y a condiciones sanitarias deprimentes que nada contribuían con la recuperación de su enfermedad, por el contrario se incrementaba el problema al no contarse con asistencia médica ni personal e instrumental para brindar a los enfermos la ayuda hospitalaria que se requería para sobrellevar su enfermedad de manera menos traumática y dolorosa.

La ausencia de personal médico eficaz, suficiente y preparado académicamente para atender las dolencias en los lazaretos fue un aspecto predominante en la Colonia y las primeras décadas de la República.. En 1826, la Universidad Central de Santa Fe estableció una Escuela de Medicina con la cual se pretendía aumentar el número de personas interesadas en los estudios médicos y profesionalizar su práctica, pues quienes ejercían los oficios médicos cuando no habían ido al exterior a adelantar sus estudios adquirirían en su mayoría los conocimientos médicos a través de método de la enseñanza libre, es decir,

mediante tutorías privadas por algún médico o leyendo por su cuenta y riesgo la literatura médica existente. Prácticas que se preservaron durante varias décadas porque la acentuada inestabilidad política e institucional de la primera mitad del siglo XIX no permitió la consolidación de la Universidad Central y por consiguiente de la Escuela de Medicina¹⁴.

La no consolidación en el país de un centro académico para recibir estudios médicos, en donde se difundiera y debatiera el conocimiento científico y tecnológico en boga en Europa, y que además sirviera como un ente investigativo y consultivo en el campo de la salud nacional, obstruyó la inclinación de numerosos individuos a proseguir estudios médicos. De igual forma, el limitado mercado laboral para ellos contribuyó a truncar las aspiraciones que muchos contemplaron de estudiar y ejercer la práctica médica.

Durante la época colonial no existió en la Nueva Granada una política oficial y centralizada de salud pública. La salud fue considerada un problema de los individuos quienes debían procurarse por sí mismos los medios para pagar la atención médica que necesitaban, tan sólo cuando alguna enfermedad alcanzaba índices epidemiológicos era de interés gubernamental, como era el caso de la lepra o la viruela. Concepciones que se mantuvieron en los períodos posindependentistas.

Los Gobiernos Nacionales del siglo XIX abrigaron con eminente fervor los ideales de progreso, incluidos aquellos asociados con las eficientes condiciones de salud de la población como requerimiento indispensable para la productividad del país, para lo cual se acentuaron los planteamientos y políticas sobre la salud, ya que no había una estructura sanitaria estatal realmente capaz de asumir en la práctica el

¹⁴ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Medicina (2): La Institucionalización de la medicina en Colombia. Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VIII. Bogotá: Conciencias, 1993. p. 58.

cumplimiento de estas propuestas¹⁵. Por tal razón, no puede plantearse que existiera una política unificada de salud pública durante el siglo XIX e inicios del siglo XX, por el contrario existió una división de la concepción de higiene entre pública y privada.

La higiene pública hacía referencia a las enfermedades agudas y sus agentes, pues se consideraban que provenían de un encuentro fortuito entre el individuo y las impurezas del ambiente, por lo que estas quedaban bajo la responsabilidad del Estado. Por su parte, a la higiene privada le correspondió encargarse de las enfermedades crónicas, las cuales se consideraban que provenían de los inadecuados hábitos personales y formas de vida, por lo que se concebía que su tratamiento debía ser un asunto personal de quienes las padecían, mientras que el Estado sólo debía preocuparse por las acciones de instrucción pública con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de higiene personal y de urbanidad¹⁶.

En las últimas décadas del siglo XIX, el Estado acentuó su papel legislativo e interventor en los organismos de salud, buscando traspasar las fronteras de la higiene pública, pero las dificultades político-económicas y la ausencia de una capacidad técnica frenaron estas intenciones, como se demostrará más adelante. Así mismo, en la retórica programática de las administraciones gubernamentales del siglo XIX se contempló la posibilidad y necesidad que tenía el Estado de responsabilizarse de los problemas de salud de la población en general, más en la práctica fueron pocos los aportes y avances que se efectuaron.

El Estado continuó preocupándose escasamente por la higiene pública y lo que ello comprendía, como era la salubridad de los puertos, el manejo de las aguas y de algunos alimentos, el control de los establecimientos públicos y el seguimiento

¹⁵ QUEVEDO, Emilio. ¿Políticas de Salud o Políticas Insalubres? De la Higiene a la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX. EN: Biomédica. Bogotá. Vol. 16, N° 4 (dic.1996); p. 346.

¹⁶ HERNANDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 176.

de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidemiológicas. Lo demás quedó bajo responsabilidad de la población, por eso quienes carecían de los medios para procurarse bienestar físico debieron seguir viviendo gracias a la filantropía.

Bajo esas circunstancias el mercado para los médicos era extremadamente reducido, tan sólo las personas de condición económica solvente eran quienes podían acceder a sus servicios. Sin embargo, los diversos gobiernos nacionales y regionales para el cumplimiento de sus compromisos con la higiene pública contaron con los servicios que prestaba el personal médico.

Los Lazaretos, por su parte se caracterizaron por ser lugares de ocultamiento, carentes de los medios que se requerían para ser un centro asistencial como consecuencia de los problemas políticos, sociales y económicos que vivía el país, por la ausencia de un verdadero compromiso de las autoridades estatales y la poca inclinación de los médicos a prestar sus servicios a los enfermos de lepra por temor a contagiarse y/o por miedo a perder su clientela privada, quienes al saber que éstos habían tenido contacto con lazarinos preferían no contar con sus servicios. Estos aspectos y circunstancias se vislumbraron desde el período colonial, se reafirmaron desde la consolidación como República y se hicieron reiterativas hasta bien entrado el siglo XX, con modificaciones en algunos momentos.

1.3 LOS LAZARETOS DURANTE LOS ESTADOS CONFEDERADOS

La crisis política, económica y social que afrontaba el país durante los procesos de consolidación como República, fueron factores que se aspiraron cambiar con la división político-administrativa del país en Estados Confederados en 1857, liderado por los liberales Federalistas, quienes con espíritu reformista acogían con mayor vigor la idea de progreso y apertura hacía las fuerzas modernizadoras,

concibiendo éste sistema de poder como la mejor forma de sacar al país del atraso e incivilidad en que se encontraba, a la par que concebían el bienestar social y cultural de la población una condición necesaria para lograr sus objetivos de progreso¹⁷.

Los legisladores liberales consideraban que mientras el país continuara conformado por individuos pobres y enfermos las condiciones de atraso e inferioridad no podrían ser superadas; por lo que se debía curar, instruir y ocupar productivamente a toda la población en los ramos de la economía que permitieran la consolidación de los proyectos políticos y culturales del Estado y la Nación.

Los lazarinos o “elefanciacos” como para entonces se denominó a las personas enfermas de lepra por la similitud entre la piel de los elefantes y la de los enfermos cuando la enfermedad deformaba sus cuerpos¹⁸, fueron objetivo de las políticas reformistas del naciente sistema gubernamental.

El aislamiento de los enfermos de lepra continuó siendo a falta de conocimientos y medicamentos eficaces para erradicar la lepra o la elefantiasis la mejor solución para evitar la proliferación de la “plaga” entre la población y “salvaguardar” a quienes la padecían del asecho de la población civil y policiva sana. Así mismo, el aislamiento de los elefanciacos fue justificado como medida para garantizar la salubridad y la tranquilidad de la población no afectada, quienes percibían a los enfermos a causa de sus discapacidades y deformidades como seres “monstruosos” que debían alejarse de la vista pública¹⁹. Diana Obregón al

¹⁷ PÉREZ, Op. cit. Documento sin paginar.

¹⁸ La palabra elefantiasis fue utilizado por los griegos para denominar la lepra, producto de la similitud entre la piel de los elefantes y la deformación dermatológica que causaba la enfermedad. Término que antecede al de Mal de San Lázaro, pero fue adoptado en Colombia posteriormente para el siglo XIX, según Elías Sevilla en su trabajo Los Mutilados del Oprobio, como una forma de llamar a esta enfermedad y a quienes la padecían de manera más caritativa y eufemística.

¹⁹ Elías Sevilla considera la discapacidad y la deformidad como manifestaciones fenomenológicas de la lepra, responsables del alto nivel de ostracismo y del intenso prejuicio social sufrido por los enfermos de lepra y cataloga a la *discapacidad* como una restricción funcional que deriva de un

respecto plantea que: “El gobierno liberal radical quedó atrapado entre el discurso protector de las libertades individuales y la necesidad de proteger a la sociedad entera del posible contagio de la lepra, por ello, el aislamiento en los lazaretos era sólo voluntario en este período”²⁰.

Al igual que las provincias en los tiempos coloniales, los Estados Soberanos que integraban el país aspiraron tener sus propios lazaretos. Sin embargo, sólo las aspiraciones del Estado de Cundinamarca se concretaron en 1867, cuando se promulgó una ley estatal que ordenaba la fundación de un lazareto en su territorio. Las aguas termales existentes en Tocaima, las cuales resultaban beneficiosas a los enfermos al aliviar los dolores físicos que ocasionaba la elefantiasis generó la concentración de un gran número de ellos en Agua de Dios, poblado cerca de aquel lugar, situación que fue aprovechada por el Gobierno para ascender a tres los establecimientos destinados al aislamiento de los elefanciacos en el país.

La disposición del Estado de Cundinamarca fue respaldada por la Administración Central, quien se comprometió a contribuir parcialmente en la financiación de dicho establecimiento, factor que le permitió convertirse rápidamente en un lazareto nacional, ya que al contar con una mayor cantidad de recursos monetarios generó que se construyeran con el tiempo una mayor y adecuada infraestructura para asistir a un número complejo de elefanciacos procedentes no sólo del Estado de Cundinamarca sino de todo el país²¹. Lazareto que paulatinamente le fue restando interés e importancia al lazareto de Caño de Loro, en el cual desde el siglo XVII se habían concentrado las políticas de aislamiento.

daño causado directa o indirectamente por la lepra, y a la *deformidad* como la forma peculiar de daño de la imagen física de los dolientes.

²⁰ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 114.

²¹ MARTÍNEZ, Luís Antonio. Bajo el Sol Ardiente de Agua de Dios. Bogotá: Arte Láser Publicidad, 2001. p. 17.

El lazareto de Contratación por su parte se había perfilado como un lazareto provincial y aunque en él residieron elefanciacos de otras regiones, su financiación siempre dependió de las arcas provinciales, circunstancia que no cambió con el fraccionamiento del país en Estados Confederados o por el interés de sus gobernantes por generar una población sana para obtener de ella mayor productividad y sacar al país del atraso e incivilidad en que se hallaba.

En 1861, cuatro años después de unificadas las provincias de Pamplona, Ocaña y el Socorro como Estado de Santander el lazareto de Contratación pasó a ser un lazareto estatal. Los legisladores del Estado desde 1857 habían concedido como su responsabilidad hacerse cargo de los elefanciacos pobres que en el Estado vivían. Ejemplo de esa aspiración fue el proyecto legislativo presentado a la Asamblea de Santander por el diputado Lino Flores el 30 de Octubre de 1858, en el cual se expresaba la necesidad que tenía el Estado de financiar, administrar y reestructurar el lazareto de Contratación para hacer de él un establecimiento para recluir y proteger a los elefanciacos adecuadamente²².

Finalmente, la Asamblea Constituyente y el poder ejecutivo del Estado de Santander mediante la Ley del 14 de Septiembre de 1861 reorganizaron el lazareto de Contratación haciendo de él un “hospital moderno” para alojar, alimentar y asistir a los elefanciacos pobres que a falta de recursos propios no pudieran mantenerse aislados, así como a los ricos o procedentes de otros Estados, siempre y cuando estos pudieran costearse sus propios gastos dentro de aquel establecimiento. La ley fue ratificada y reglamentada por el Decreto orgánico del 27 de Septiembre del mismo año mediante cual se revalidó y preservó lo dispuesto por la Ley 5 de Agosto de 1833 que creó jurídicamente el lazareto de Contratación y los decretos presidenciales del 21 de Febrero y del 21 de Diciembre de 1835 que lo reglamentaron²³.

²² GACETA DE SANTANDER. Octubre 30/1858. N° 5. p. 240.

²³ PÉREZ, Op. cit. Documento sin paginar.

Aunque el discurso de los gobiernos centrales y locales desde el período colonial, siguiendo modelos extranjeros, siempre se había orientado por hacer de los lazaretos hospitales de reclusión para enfermos de lepra considerados altamente peligrosos para la salubridad, ante la escasez de fondos que permitieran su buen funcionamiento interno o a la inexistencia del personal e instrumental médico y de tratamientos eficaces para hacer de los lazaretos establecimientos asistenciales éstos terminaron siendo “lugares de ocultamiento rural”, rodeados de caseríos que servían de residencia a los elefanciacos pudientes y menos graves, a las personas sanas que en su mayoría eran familiares de enfermos, quienes en procura de no alejarse de sus seres queridos los acompañaban hasta aquellos lugares de aislamiento, y al personal administrativo del lazareto.

El número de elefanciacos se acrecentó durante la segunda mitad del siglo XIX a causa de las políticas gubernamentales y al rechazo de los individuos exentos de la enfermedad que incitaban y obligaban a quienes padecían de lepra a aislarse, lo cual conllevó a que los caseríos se reorganizaran como aldeas, sin perder los lazaretos su condición de establecimientos hospitalarios. Ejemplo de ello fue la Ley XVIII del 14 de Mayo de 1866, con la cual se organizó política y administrativamente el caserío existente en Contratación desde 1835 como una aldea, administrada por un Regidor-Juez diferente al administrador del hospital lazareto. Y aunque a partir de 1869 se eliminó el cargo de Regidor-Juez y se reconcentró la responsabilidad de organizar y dirigir la aldea al administrador del lazareto, Contratación continuó siendo un lazareto y una aldea con una jurisdicción especial para cada una.

Las políticas nacionales intentaron hacer de los lazaretos, y de las aldeas que coexistían junto a ellos, lugares aptos para que sus habitantes pudieran vivir en condiciones salubres o contaran con los elementos médicos necesarios para su recuperación. Aún así, ese proyecto no llegó a concretarse porque a pesar de

considerarse el bienestar y la salud de la población requerimiento necesario para el “progreso” del país, la falta de estabilidad económica y la consolidación de un orden político-administrativo obligaron al gobierno federal a centrar su atención y sus recursos en resolver estas carencias, perdiendo interés e importancia en la agenda estatal lo concerniente con los problemas sociales. Esas situaciones trajeron en consecuencia que el lazareto de Contratación decayera asistencial y financieramente, ya que el deseo de descentralizar las instituciones y las inversiones en cada una de las municipalidades provocó que dependiera una vez más de las escasas rentas del Cabildo del Socorro. De allí las carencias materiales y las falencias médico-asistenciales que debieron sufrir los elefanciacos en el lazareto de Contratación. Panorama similar vivieron los enfermos del lazareto de Caño de Loro y de Agua de Dios, aunque este último contó con el apoyo del gobierno central como lazareto nacional, ello no fue un obstáculo para que el factor económico también limitara su desarrollo.

Los gobiernos posteriores al igual que en el período colonial, continuaron impulsando la caridad cristiana y la beneficencia como el mejor mecanismo para mitigar los problemas sociales, y la persecución y el aislamiento de los elefanciacos como la mejor solución para controlar la propagación de la lepra. Procedimientos que no cambiarían con la disolución de los Estados Soberanos ni con la recentralización político-administrativa iniciada en 1885, denominada la “Regeneración”.

El proyecto gestado por los Federales Radicales en 1857, basado en el fraccionamiento geográfico, político y económico del país en Estados Soberanos, autónomos y autosuficientes, como mecanismo para establecer la paz y el orden, generar prosperidad y permitir al país salir del atraso en que se encontraba, fue dos décadas más tarde cuestionado enfáticamente por los miembros del partido conservador y algunos del partido liberal, adscrito a un ala independiente del liberalismo radical. De acuerdo con Jorge Orlando Melo, el federalismo...

“había provocado la consolidación de oligarquías regionales en cada uno de los Estados en que se había dividido al país, privando al poder central de todo medio para mantener el orden y consolidar un sistema político que integrara eficazmente los diferentes sectores de la clase dirigente, a la par que la ilimitada autonomía regional que se había establecido creaba notables diferencias en los regímenes legales de los diversos Estados, establecía fuertes barreras a la formación de un mercado nacional e impedía en términos generales que las oligarquías establecieran un dominio político de alcance verdaderamente nacional”²⁴.

1.4 LOS LAZARETOS DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA REGENERACIÓN

Los inconvenientes del federalismo provocaron que en 1885 la presidencia de Rafael Núñez buscara la reorganización del país con un sistema gubernativo rígidamente centralista, lo cual se concretó en 1886 con la expedición de una nueva Constitución, en la cual se aceptaba el papel dominante de la iglesia, el autoritarismo presidencial y la limitación de los derechos individuales, políticas que reflejaban en su redacción la preeminencia de los preceptos del partido conservador. De esta manera, la limitación del poder y el autoritarismo fueron los mecanismos utilizados por el poder estatal para resolver los problemas políticos, económicos y sociales que afectaban al país y lo mantenían en grado de inferioridad en comparación con otros países latinoamericanos²⁵.

²⁴ MELO, Jorge Orlando. La República Conservadora. EN: Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985. p. 53.

²⁵ *Ibíd.*, p. 61.

Así mismo, la lepra y sus convalecientes, considerados un problema de higiene pública de gran magnitud, no encontraron respuesta distinta por parte del nuevo régimen político que la continuación del asecho y el aislamiento en los lazaretos o en lugares distantes, en donde no representaban un peligro para la salud de la población. Medidas justificadas igualmente por el descubrimiento de Gerhard Armauer Hansen en 1874 del agente causante de la lepra denominado *Mycobacterium Leprae* o *bacilo de Hansen*, con el cual se demostró una vez más que las enfermedades incurables eran ocasionadas por seres microbiológicos que parasitaban en el organismo. Este descubrimiento a pesar de llevar a la búsqueda de medicamentos, vacunas y tratamientos para curar y prevenir las enfermedades contagiosas, también provocó el incremento en todos los países de las medidas higiénicas y represivas tendientes a perseguir, exiliar y coartar a los enfermos como medio para limitar la propagación de la lepra.

1.4.1 El descubrimiento del *Mycobacterium leprae*, la profesionalización de la medicina en Colombia y sus repercusiones en las políticas nacionales contra la lepra. Desde el período colonial, las políticas de higiene y sanidad decretadas en América se habían basado en los modelos Europeos porque allí se moldearon las medidas y las prácticas tendientes al control de la lepra, así como se contaba con los recursos económicos y académicos para adelantar investigaciones que permitieran contener esa enfermedad. La lepra era un flagelo relativamente nuevo en América, ya que no era común entre los aborígenes, mientras que en el Viejo Mundo la lepra había estado presente desde épocas bíblicas y desde entonces se habían adoptado medidas para repelar su alcance. Sin embargo, el desconocimiento del agente causante de la enfermedad y sus modos de transmisión había limitado la efectividad de las políticas ejecutadas.

Para la teología, la lepra fue concebida como una enfermedad producto de la corrupción del alma que se manifestaba mediante la putrefacción del cuerpo,

mientras que para la ciencia médica la inexistencia de una explicación convincente sobre la causa de esa dolencia conllevó a que fueran varias y diversas las teorías que se postularon para explicar su causalidad, entre las que estaban las miasmáticas, dietéticas, higiénicas, contagiosas, electromagnéticas y hereditarias. Siendo esta última la que predominó durante gran parte del siglo XIX hasta el descubrimiento de Hansen en 1874 del microorganismo causante de la enfermedad, conocido como *MYCOBACTERIUM LEPRAE* o bacilo de Hansen.

Ese descubrimiento permitió que la Teoría Microbiana que consideraba a la lepra como una enfermedad de carácter infecto-contagioso fuese ratificada como la única y más certera explicación a esa dolencia. No obstante, algunos investigadores adoptando un riguroso punto de vista científico no aceptaron fácilmente la teoría microbiana, ya que el bacilo de Hansen era imposible de mostrar o cultivar in Vitro, lo que dificultaba el esclarecimiento de su modo de transmisión. Con todo, finalizando el siglo XIX esta teoría logró convertirse en la explicación dominante acerca de la causalidad de la lepra.

Durante el primer Congreso de Lepra en 1897 celebrado en Alemania, a pesar de las falencias o vacíos investigativos que presentaba la teoría microbiana expuesta por G. A. Hansen y del gran número de opositores que tenía, la ausencia de otra explicación más convincente del por qué el bacilo estaba siempre presente en pacientes enfermos de lepra mientras que no se encontraba en personas sanas fue aceptada por la comunidad científica²⁶, con lo que aseguró su reconocimiento y predominio entre los círculos médicos. Aunque la teoría hereditaria no perdió acogida, pues sus seguidores se valían de las falencias que presentaba la teoría microbiana para considerar la herencia congénita o el contacto intrauterino como la principal causa de transmisión del bacilo en el sistema nervioso.

²⁶ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 133-134.

En consecuencia, al aceptarse el carácter infecto-contagioso de la lepra en América se fortaleció el aislamiento de quienes la padecían como el método más eficaz para controlar la enfermedad, mientras que en Europa en donde la lepra había desaparecido considerablemente desde la Edad Media, como resultado de las políticas de higiene y salubridad que se decretaron o de la terapéutica adelantada por la comunidad médica, los científicos de países como Noruega e Inglaterra se dedicaron a la realización de constantes investigaciones que conllevaran a la erradicación total de la enfermedad al ser asociada con la insalubridad, pobreza e incivildad propias de las naciones pesqueras escandinavas o de los territorios coloniales ingleses, en especial los de la India.

Noruega había sido centro de atención de científicos como G. A. Hansen, quienes a partir de la realización de sólidas investigaciones en laboratorios, hospitales y en el campo de acción de la población enferma posibilitaron la disminución de los casos de lepra en el país. Siendo aunado al éxito científico la estructuración de un modelo salubrista racional e ilustrado basado en el estudio de las condiciones de la población y la adopción de prácticas de salud e higiene acordes a las necesidades y condiciones de los individuos²⁷.

A pesar que en Noruega se impuso el aislamiento obligatorio de los enfermos de lepra, éste se efectuó en hospitales distritales y no en lejanos lazaretos donde se violaban los derechos de los convalecientes. Y aunque en ese país también se produjeron abusos por parte de las autoridades gubernamentales y médicas, los propósitos de las políticas dispuestas para el control de la lepra tuvieron como objetivo la desaparición de la enfermedad y no de quienes la padecían como sucedía en otros países, en especial los del continente Americano, en donde las políticas que se crearon para erradicar la lepra en sus territorios atentaban en su mayoría contra los enfermos, para lo cual se exiliaban en recónditos hospitales que carecían de las condiciones necesarias para subsistir, debiendo sobrevivir

²⁷ *Ibíd.*, p. 121.

bajo el amparo caritativo y benéfico de algunas asociaciones, individuos o del Estado que en ocasiones se acordaba de ellos.

La efectividad del modelo salubrista aplicado en Noruega para contener los casos de lepra en el país fue razón suficiente para que la comunidad científica reunida en el Congreso de Lepra en Alemania recomendara su aplicación en todos los países del mundo que sufrían ese flagelo. Valga anotar que las recomendaciones o disposiciones que se efectuaban en los Congresos Internacionales eran por lo general acatadas por la mayoría de los países asistentes, pero la inexistencia de las condiciones materiales y el personal médico imposibilitaron la aplicación del modelo noruego, especialmente en los territorios coloniales en donde prevalecía esta enfermedad, quienes sólo extrajeron de aquel modelo salubrista el reforzamiento del aislamiento obligatorio de los dolientes²⁸.

En Colombia, el aislamiento de los enfermos de lepra fue un mecanismo utilizado desde la creación del hospital de San Lázaro de Cartagena en el siglo XVII pero fue a partir de la Ley 104 de 1890 cuando se declaró su ejecución como una “medida de urgente necesidad pública”²⁹. Esta disposición fue el resultado de la adopción de la teoría microbiana que consideraba a la lepra como una enfermedad infecto-contagiosa por parte de la naciente comunidad médica nacional, cuyos miembros buscaban apresuradamente reconocimiento social y cultural, por lo que se lanzaron a la búsqueda de una terapéutica efectiva para controlar la enfermedad con resultados casi siempre fallidos, lo que ocasionó que fuera el poder Estatal quien se encargara de contener la lepra.

El régimen centralista instaurado desde 1886, ante lo “peligroso” que parecía ser la lepra para la higiene pública por su rápida propagación y la imposibilidad de contenerla, con la Ley 104 decretó oficialmente el aislamiento obligatorio de las

²⁸ *Ibíd.*, p. 155.

²⁹ Leyes de la República de Colombia. Ley 104, Diciembre 20/1890.

personas que padecían esta enfermedad en los lazaretos o en lugares aislados según se condición socio-económica, preservando así las prácticas realizadas años atrás. Y aunque se declaró el aislamiento obligatorio no fue necesario que se llevara a cabo exclusivamente en los lazaretos al ser posible realizarse en otros lugares sí se contaba con los recursos para ello, si estaban alejados de las urbes y si tenían unas condiciones climáticas y sanitarias específicas, razón por la cual esa forma de llevar el aislamiento estaba al alcance sólo de las personas de condición económica alta mientras que los demás enfermos debían exilarse en alguno de los tres lazaretos que existían en el país para recibir las raciones de subsistencia y las atenciones hospitalarias financiadas por el Estado para los enfermos pobres.

Así mismo, durante las últimas décadas del siglo XIX en Colombia se había iniciado los procesos para profesionalizar la medicina. La cátedra médica se había implantado en algunas universidades establecidas en el país y el Gobierno Nacional en 1887 reglamentó la práctica de esta carrera y se conformó la Academia Nacional de Medicina como órgano investigativo y consultivo en materia de salud y de higiene pública y privada³⁰. Circunstancias que posibilitaron además la conformación de una comunidad médica para acoger y divulgar con fervoroso optimismo la teoría microbiana, aunque existieron médicos que se rehusaron a la adopción de esta teoría y se inclinaban por considerar principalmente a la herencia como la causa de la lepra. Tal controversia motivó la realización de Congresos nacionales en donde se debatió la etiopatología de la enfermedad y se evidenció el predominio entre la elite médica de la teoría microbiana.

La aceptación de la teoría que relacionaba la causa de la lepra con un agente bacteriológico específico despertó entre la comunidad médica mundial un fervoroso optimismo, puesto que se desestimaba así la creencia de la incurabilidad de esta enfermedad y por el contrario se concebía la idea del

³⁰ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 70.

descubrimiento de un tratamiento específico para erradicarla. La comunidad médica colombiana a pesar de sus limitadas condiciones técnicas se lanzó a la búsqueda de un método terapéutico basado en doctrinas científicas que contuviese la lepra y que otorgara reconocimiento mundial para los médicos colombianos quienes buscaban apresuradamente adquirir prestigio nacional y con mayor ímpetu internacional.

De tal modo, el propósito de la comunidad médica establecida a finales del siglo XIX era lograr constituir su legitimidad social y su autoridad cultural al combatir la lepra como el principal flagelo que azotaba a Colombia y que contribuía a catalogarlo como un país pobre, insalubre e incivilizado. Para ello, numerosos médicos se inclinaron por la rama investigativa buscando incesantemente producir un tratamiento para curar la lepra, entre los que se destacó el doctor Juan de Dios Carrasquilla reconocido por su entrega al estudio de la lepra en cuanto a sus causas y tratamientos.

1.4.1.1 Juan de Dios Carrasquilla y la búsqueda de una vacuna para la lepra.

En 1888 J. Héricourt y Charles Richet demostraron la eficacia de la seroterapia como método para combatir la sífilis y la tuberculosis. Su procedimiento consistía en inyectar una sustancia particular llamada antígeno para producir un antídoto o anticuerpo, siendo este producto el suero que posteriormente se la aplicaría a los seres humanos inmunizándolos contra algunas enfermedades de carácter infeccioso. Si bien sus resultados no fueron del todo positivos por algún tiempo la “seroterapia fue vista como la panacea contra las enfermedades infecciosas”³¹.

Juan de Dios Carrasquilla convencido de la analogía entre la sífilis y la lepra, cuyo agente etiológico tampoco se podía cultivar y basado en el suero antisifilítico de Richet y Heicout, preparó un suero para combatir la lepra con sangre de enfermos

³¹ OBREGÓN TORRES, Diana. La elusiva búsqueda de una vacuna para la lepra: controversia entre ciencia pura, ciencia aplicada e higiene. <http://www.colciencias.gov.co/divulgación/pdfs/colcyt1901.pdf>.

el cual era inoculado en los caballos. Debido a la efectividad que demostró poseer el suero antileproso en Colombia el Gobierno creó el Instituto Seroterapéutico a cargo de Carrasquilla.

Y aunque en muchos casos los resultados obtenidos con la seroterapia fueron satisfactorios sus inconvenientes no tardaron en aparecer. La mayoría de personas a quienes se les aplicó la seroterapia no toleraron el tratamiento y la enfermedad se desarrolló con más rapidez en sus cuerpos. Pero sería el juicio de la comunidad científica reunida en el Congreso de Lepra en Alemania al cual asistió Carrasquilla como delegado colombiano, la que terminaría por disolver la esperanza puesta en el suero antileproso.

Luego de haber sido estudiado el suero por varios científicos internacionales y puesto a prueba en diversas regiones del mundo, se concluyó de manera general su poca efectividad. Ese acontecimiento repercutió directamente en el país al solicitar la Academia Nacional de Medicina al Gobierno estatal la transformación del Instituto Seroterapéutico en un verdadero instituto de investigaciones³². Carrasquilla debió dejar a un lado la seroterapia y continuar con investigaciones sobre el modo de transición del bacilo de Hansen y su terapéutica, el cual era objeto de estudio de otros investigadores quienes también tenían la esperanza de encontrar solución a este flagelo que azotaba al país, y con ello conseguir legitimidad y reconocimiento nacional e internacional.

En conclusión, si bien fue significativo el interés que tuvieron algunos médicos colombianos por el estudio de la lepra, el desconocimiento de su modo de transmisión, los continuos intentos fallidos en busca de un tratamiento eficaz para su erradicación, la falta de recursos financieros y técnicos para efectuar investigaciones científicas, y el poco compromiso de algunos médicos que continuaban viendo a la lepra con estupor y recelo al no aceptar tener contacto

³² *Ibíd.*, p. Documento sin paginar.

con ella, obligaron al Estado a responsabilizarse de su control policivo y hospitalario.

1.4.2 La construcción del gran lazareto nacional. La aceptación del carácter infecto-contagioso de la lepra y la imposibilidad de controlarla conllevaron al afianzamiento de las drásticas políticas que hasta entonces se habían decretado contra los enfermos de lepra al justificarse cualquier medio para contener la enfermedad, especialmente el aislamiento. Fue así, como los gobernantes, legisladores, médicos y religiosos salesianos, quienes habían llegado al país en 1890 y desde entonces habían inclinado su labor misional al servicio de los enfermos de lepra, contemplaron en Colombia la posibilidad de abolir los lazaretos existentes y en su reemplazo construir un “Gran Lazareto Nacional” en la isla de Coiba en el Pacífico colombiano³³. Un proyecto que causó rechazo por parte de los enfermos y entre algunos miembros de la élite dirigente y médica por considerar que ello acarrearía cuantiosos gastos para las empobrecidas arcas del país, y porque su promulgación se había basado más en el propósito de alejar de la vista pública a los temidos elefanciacos por medio de prácticas represivas y coercitivas que atentaban contra la integridad de los enfermos que en una política de higiene tendiente a controlar la enfermedad por medio de prácticas médicas, asistenciales y salubres.

Siguiendo las políticas higienistas establecidas por la comunidad médica noruega y las investigaciones y adelantos realizados por científicos como G. A. Hansen, con las cuales se habían propiciado la disminución de los casos de lepra en ese país, las élites colombianas ambicionaron traer al país a ese científico para que contribuyera a combatir la enfermedad. Aspiración que no logró efectuarse por los altos costos que tendría el traslado de Hansen desde Noruega y su estadía en Colombia, sumado a la oposición de la naciente comunidad médica a toda forma

³³ RABAGLIATI, Evasio. El doctor Hansen y los lazaretos en Colombia: Informe a la junta de la sociedad de San Lázaro. Bogotá: Escuela tipográfica salesiana, 1899. p. 5.

de importación de conocimiento y técnicas europeas que reflejara su incapacidad para controlar la lepra o que obstaculizara su lucha por adquirir legitimidad social y autoridad cultural³⁴.

En vista de los inconvenientes que se presentaron, el Gobierno Nacional aprovechó el viaje que el sacerdote salesiano Evasio Rabagliati realizaría a la sede de su comunidad en Europa para que visitara y consultara en Noruega al Doctor Hansen. El padre Rabagliati había sido uno de los primeros salesianos en llegar a Colombia, era el encargado de dirigir la misión de la orden destinada al servicio de los enfermos de lepra, así como había sido uno de los gestores del proyecto que buscaba construir el “Gran Lazareto Nacional” en la isla de Coiba. Proyecto que se descartó después del encuentro efectuado entre Hansen y el padre Evasio, ya que para el científico noruego la aglomeración de todos los enfermos en un sólo punto viciaría y corrompería la atmósfera de ese lugar, imposibilitaría la permanencia de personal médico y asistencial ante la vulnerabilidad a contagiarse, así como haría inmanejable la permanencia de los dolientes en un solo recinto, agudizando por consiguiente el mutuo sufrimiento³⁵.

Fue por ello que Rabagliati reorientó su discurso hacía la construcción de lazaretos departamentales que debían ser establecidos bajo condiciones salubres para que los enfermos vivieran sana y cómodamente. Considerando las recomendaciones dadas por Hansen y la dificultad de transportar a “tantos enfermos a tan enormes distancias” se abandonó la idea de instaurar un solo y apartado lazareto, por la creación de varios lazaretos en diversas localidades, como se había realizado en Noruega, al considerarse que esa política sería más factible, humanitaria y a su vez la más “necesaria para la salvación y redención de la república colombiana”³⁶.

³⁴ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 190.

³⁵ RABAGLIATI, Op. cit., p. 10.

³⁶ *Ibíd.*, p. 10-12.

La conformación de lazaretos regionales fue una aspiración manifiesta de algunos gobiernos locales desde el período colonial pero la oposición de las administraciones centrales, la resistencia de la población sana a convivir cerca de los elefanciacos y los numerosos gastos que ello demandaba no habían hecho posible la realización de este objetivo incluso al finalizar el siglo XIX.

Aunque el Gobierno Nacional aprobó y respaldó la iniciativa de crear más lazaretos en el país, desde los inicios de la República los gastos que acarrea cada lazareto debían costearlos los respectivos departamentos en donde se conformaban, constituyéndose ello en un factor que imposibilitó la puesta en práctica de tan ambicioso plan, ya que el déficit económico era el aspecto característico de todos los departamentos que conformaban la República Colombiana.

Adicionalmente, durante las últimas décadas del siglo XIX las frecuentes guerras civiles que se desataron entre miembros del partido de gobierno y los liberales por la obtención del poder y la exclusividad de orientar al país según sus preceptos, habían generado inestabilidad en el orden político y social, así como un estado de absoluta pobreza, en el que los mandatarios eran incapaces de satisfacer las necesidades de la población. De tal modo, la pragmática gubernamental que buscaba la reestructuración de las políticas sobre la lepra y la conformación de los establecimientos destinados para su control no logró materializarse, debiendo continuar funcionando los lazaretos de Caño de Loro, el de Contratación y el de Agua de Dios quien contó con el apoyo del Gobierno Nacional, situación que en la práctica no lo diferenció mucho de los problemas y necesidades que padecieron los otros dos lazaretos en el siglo XIX.

En 1887, Agua de Dios y Contratación fueron ascendidos a distritos municipales por la administración central como mecanismo de control para las aldeas que

coexistían junto a los establecimientos administrativos y asistenciales que conformaban los lazaretos, las cuales tendieron a acrecentarse al residenciarse en ellas a los enfermos perseguidos, a los familiares de enfermos que preferían en ocasiones acompañarlos a sus lugares de exilio y a los funcionarios administrativos, religiosos y hospitalarios, cuyo número había aumentado para las últimas décadas del siglo XIX.

Además del administrador del lazareto y la aldea, se requería contar con una figura gubernativa que controlara y dirigiera a las personas que no padecían de lepra pero que vivían dentro de los poblados en donde se habían erigido los lazaretos, fue así como se estableció el cargo de alcalde como autoridad única de la cabecera municipal, separándose su autoridad de la del administrador del lazareto. Aún así, ese acontecimiento no cambió los abusos por parte de los funcionarios estatales y la situación de pobreza o abandono en que se encontraban los enfermos y las personas sanas que vivían junto a ellos.

Los problemas políticos, económicos y sociales que afligían al país, y la falta de un verdadero compromiso del Estado y de la naciente comunidad médica para brindar a los enfermos las condiciones materiales y morales que se requerían para sobrellevar la enfermedad de manera menos traumática y dolorosa, fueron entre otras las causantes de la inoperancia de las políticas establecidas para controlar la lepra. Sería sólo a comienzos del siglo XX cuando las condiciones del país cambiaron que las políticas sobre la lepra y los lazaretos adquirieron mayor prioridad en la agenda estatal, aunque ello no indica que las condiciones de los enfermos hubieran mejorado porque si bien hubo mayor compromiso hospitalario para con ellos, de igual modo la persecución y la opresión aumentaron.

1.5 NACIONALIZACIÓN DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS Y AFIANZAMIENTO DE LAS POLITICAS PARA CONTENER LA LEPROA

Pocos cambios trajo consigo el inicio del siglo XX para Colombia. La inestabilidad del orden político y social, el fraccionamiento territorial y la economía devastada entre otros, fueron aspectos característicos del siglo XIX que trascendieron a la nueva centuria. Para los primeros años del siglo XX, Colombia debió afrontar una de las mayores guerras civiles de todos sus tiempos, aceptar la separación de Panamá y someterse al autoritarismo político y la limitación de poder que habían sido las bases de la hegemonía conservadora instaurada en 1885 y respaldada por la constitución de 1886. El primero de esos fenómenos fue la salida encontrada por los miembros del partido liberal para obtener participación política, desatándose en 1899 un nefasto y sangriento conflicto armado conocido como la Guerra de los Mil Días, que sólo finalizó en 1902.

Por otra parte, la indiferencia de la oligarquía colombiana propició la separación de Panamá en 1903, impulsada por el Gobierno y los empresarios norteamericanos interesados en construir un canal interoceánico y aunque el Gobierno estadounidense pagó 25'000.000 de dólares como indemnización, eso fue una cifra irrisoria si se tiene en cuenta la estratégica posición mercantil y geográfica de Panamá, y lo devaluado en que se encontraba el peso colombiano frente al dólar. Álvaro Tirado Mejía establece que la devaluación presentada para esos momentos era la más fuerte de toda la historia colombiana, ya que la tasa de cambio del peso frente al dólar había llegado al 10.000 por ciento³⁷.

No obstante, los advenimientos que trajo consigo el comienzo del siglo XX, no fueron el presagio de los tiempos de paz, estabilidad y crecimiento económico que vendrían enseguida. Para 1905, con la presidencia del General Rafael Reyes

³⁷ TIRADO MEJIA, Álvaro. COLOMBIA: siglo y medio de bipartidismo. EN: Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985. p. 132.

(1904-1909) el panorama caótico de inestabilidad política, pobreza y atraso en que se hallaba Colombia prometía cambiar. El General Reyes, imbuido de ideas positivistas y de progreso como los principales objetivos de su Gobierno, buscó la reconciliación nacional entre los dos partidos en disputa y la reconstrucción económica para ubicar al país en la vía de la civilización.

Al posesionarse en 1904 y con el propósito de conseguir el apoyo de los dirigentes liberales, el nuevo Presidente rompió la tradición de los gobiernos sectoriales y nombró miembros de esa colectividad, hasta esos momentos excluidos del banquete burocrático, igualmente la Asamblea Nacional Constituyente convocada en 1905 para reformar la constitución contó con una nutrida participación liberal.

Aprovechando el auge del sector cafetero y la importancia que este producto tenía para Europa y Estados Unidos, Reyes enfatizó en su producción y comercialización convirtiéndolo en el primer producto colombiano que pudo competir en los mercados internacionales y en consecuencia propició la inserción del país en la economía mundial, lo cual trajo consigo ventajas financieras y desarrollo político, social y cultural³⁸. Sin embargo, el progreso económico y la modernización no eran suficientes para afrontar los complejos problemas sanitarios y de higiene pública que continuaban siendo un inconveniente para el desarrollo nacional.

Para entonces, la **lepra** era catalogada como una enfermedad infecciosa y crónica que atacaba inicialmente la piel y los nervios periféricos, involucraba estructuras profundas como músculos, huesos, ojos y vísceras y finalmente incapacitaba y deformaba la apariencia corporal de sus víctimas. Motivo por el que se debieron instaurar rigurosas medidas tendientes a contener o disminuir su expansión, y para borrar la imagen internacional que catalogaba a Colombia como uno de los países más afectados por la lepra en el mundo como resultado

³⁸ *Ibíd.*, p. 131-134.

de las exageradas estadísticas sobre la prevalencia de la enfermedad presentadas por los salesianos y algunos médicos, quienes en miras de obtener ayuda financiera y asistencial para solucionar este flagelo acrecentaban la verdadera magnitud de aquel problema, generando que los mercados mundiales permanecieran cerrados para los productos colombianos por el miedo de los europeos y estadounidenses a contagiarse.

Para hacer frente a esa situación, el Gobierno Nacional empezó a promover una serie de rígidas normas que mediante la persecución, la proscripción y la coerción de los leprosos intentaban hacer frente a la lepra. Ejemplo de ello fue la nacionalización de los lazaretos y la derogación de su suprema dirección con el fin de propiciarles una organización uniforme, sometiéndolos a un sistema homogéneo en toda la República a la vez que se insistió en el aislamiento obligatorio o “secuestro” de los enfermos como una medida de urgente necesidad, ordenándose para ello que todo colombiano debía denunciar ante las autoridades a todos aquellos enfermos de quienes se sospechara de serlo, eximiéndose a los médicos del secreto profesional en el caso de lepra³⁹.

Políticas que para 1907 se incrementaron y afianzaron con la catalogación de la lepra como “calamidad pública”, intensificándose el asecho de todos los enfermos sin distinción y la obligatoriedad de ser trasladados a los lazaretos⁴⁰. El aislamiento a domicilio en lugares alejados de las urbes, en donde se les había permitido residir a los enfermos que poseían los medios económicos para ello, fue cuestionado por el Gobierno y por algunos médicos para quienes éste se estaba llevando a cabo en forma inadecuada. Los lugares escogidos por los convalecientes para habitar carecían en su mayoría de las condiciones climáticas y sanitarias indispensables, los enfermos compartían los espacios públicos libremente con las personas sanas y no existían los fondos ni los organismos

³⁹ Reglamento de los lazaretos de la República. Decreto N° 14, Enero 26/1905. p. 25-28.

⁴⁰ Acto General. Adicional y reformativo de la Constitución Nacional y leyes de la República de Colombia. Ley N° 14, Mayo 3/1907.

oficiales para controlar esta práctica. Razones por las que se erradicó esa forma de aislamiento y se estableció que todos los enfermos de lepra sin distinción debían asilarse en los lazaretos o “leproserías” como popularmente se les llamó. El factor socio-económico sólo sería tenido en cuenta para distribuir o ubicar internamente a los enfermos en las mejores construcciones⁴¹.

El aislamiento obligatorio de todos los enfermos de lepra, ricos y pobres, consolidó además las políticas para el control de la enfermedad y el objetivo funcional de los lazaretos, asumiéndose que la mejor medida era aislar a los leprosos porque no existía otro procedimiento médico ni higiénico para controlar la enfermedad o mantenerla alejada de la vista pública como era el propósito de las leyes y los decretos presidenciales.

La reorientación que el poder gubernamental buscó propiciar en las políticas sobre la lepra y los establecimientos destinados para su control ocasionó además que los leprosos fueran tratados como delincuentes y los lazaretos organizados como prisiones. Para ello los alcaldes y los policías estaban obligados a retener y llevar por la fuerza a los leprosos hasta los lazaretos, muchos de ellos morían antes de llegar a su destino final y quienes sobrevivían eran retenidos y se les privaba de la libertad por ser sospechosos de generar un peligro para la higiene pública y privada colombiana. Finalmente al ser obligados por la enfermedad a residir dentro de los lazaretos se consideraba que los enfermos quedaban condenados a permanecer en ellos a perpetuidad, o en el peor de los casos se les decretaba la muerte social al restringirse sus derechos civiles y políticos.

1.5.1 Similitudes entre los lazaretos y los panópticos. Los lazaretos al igual que las instituciones carcelarias fueron custodiados por guarniciones militares o policivas en ocasiones cercadas con alambres de púas denominado “cordón

⁴¹ Reglamento de los lazaretos de la República. Resolución N° 101, Julio 5 /1910. p. 102-103.

sanitario”, el cual fue instaurado como un “dispositivo disciplinario”⁴² para mantener a sus residentes vigilados y controlados, para procurar la docilidad y obediencia de los internos, y para prevenir toda forma de inconformidad que se manifestara en levantamientos, insurrecciones o la fuga de los enfermos, falta que se castigaba drásticamente con el encarcelamiento, privación de los privilegios y la retención de la poca ayuda monetaria que el Gobierno les suministraba para subsistir⁴³. Así mismo, con esas medidas se buscó alejar y hacer más difícil el acceso de los familiares, los comerciantes o los curiosos hacia los lazaretos al desviarse todos los caminos públicos que los comunicaban⁴⁴.

Hasta entonces los lazaretos se habían caracterizado por ser lugares en donde se les permitía a los enfermos de lepra vivir libremente con las personas exentas de la dolencia, quienes al aumentar en su número provocaron el ascenso político-administrativo de los poblados circundantes a los lazaretos como distritos municipales, separándose la autoridad hospitalaria del administrador del lazareto sobre los enfermos de la autoridad gubernamental del alcalde en la cabecera municipal sobre las personas sanas que residían en Contratación, Agua de Dios y Caño de Loro, quienes a pesar de habitar en esos poblados no se regían por las mismas disposiciones que los enfermos de lepra.

Las dificultades que trajo consigo esa dualidad gubernamental se intentaron modificar aboliendo el rango de municipalidad otorgadas a las poblaciones-lazareto en 1887 y restringiendo el número de individuos que podían vivir junto a los enfermos sólo a aquellos que tuvieran algún vínculo conyugal o estuvieran dentro del primer grado de parentesco civil de consanguinidad con los convalecientes, o algún empleado o sirviente, cuando demostrara ser útil y

⁴² Michel Foucault en su obra *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión*, define los Dispositivos Disciplinarios como los mecanismos que permiten imponer un orden, controlando y ordenando los cuerpos para que permanezcan quietos, dóciles e útiles por medio de la sujeción constata de sus fuerzas.

⁴³ Reglamento de los lazaretos de la República. Resolución N° 104, Agosto 5/1910. p. 103-104.

⁴⁴ *Ibíd.*, Decreto N° 377, Marzo 26/1907. p. 53-56.

necesario para algún enfermo no hospitalizado. Esos individuos debieron además someterse a la misma reglamentación de los leprosos, cuyo desacato acarrearía castigos como multas, la expulsión de los lazaretos o la privación de la libertad en un centro carcelario⁴⁵. Una vez instaurados dentro los lazaretos las personas exentas de lepra para poder abandonar momentáneamente esos lugares necesitaban de un permiso que el administrador otorgaba por tiempo restringido, debiéndose someter a los procesos de desinfección impuestos a las personas y objetos que deseaban salir de los perímetros que constituían los lazaretos⁴⁶, fiel reflejo del temor al contagio y el estupor que provocaba la enfermedad y todo lo que procediera de esos centros.

Así mismo, como medida urgente de higiene el Gobierno prohibió en los lazaretos la circulación de los billetes y monedas nacionales implantando en su reemplazo una moneda metálica especial o “coscoja”, con la cual se pretendía desaparecer los peligros que se pensó generaba la libre circulación de la moneda nacional entre los lazaretos y el resto del país⁴⁷.

Esas medidas se preservarían y complementarían continuamente durante las primeras décadas del siglo XX. Los enfermos de lepra además de ser social y oficialmente perseguidos fueron obligados a vivir dentro de los lazaretos a perpetuidad, lugar en donde se les restringían hasta las relaciones con sus hijos cuando éstos eran sanos. Para ello el Gobierno Nacional se propuso evitar la expansión de la enfermedad al mantener controlados y vigilados a los posibles portadores de la enfermedad en la posteridad, se autorizó la creación de establecimientos fuera de los lazaretos para separar a los niños sanos de sus padres enfermos de lepra, y se dispuso que los infantes debían ser sostenidos y educados por el Estado bajo el cuidado de alguna Orden Religiosa hasta que

⁴⁵ Acto legislativo y leyes de la República de Colombia. Ley 32, Octubre 29 /1918.

⁴⁶ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Decreto N° 903, Octubre 13/1910. p. 79-82.

⁴⁷ Reglamento de los lazaretos de la República. Decreto N° 1562, Diciembre 31/1906. p. 227-229.

cumplieran la mayoría de edad sin haber presentado indicios de la enfermedad de los padres.

Es así, como la experiencia histórica en la organización de los lazaretos de Colombia, en especial desde 1905, permite a su vez hacer una comparación de los mismos con el sistema de control tipo panóptico asociado principalmente a la institución carcelaria estudiada por Michel Foucault en su obra “Vigilar Y castigar: nacimiento de la prisión”. El sistema panóptico fue creado como dispositivo disciplinario para encauzar la conducta, corrigiendo, reformando y curando a todos los individuos que se alejaban o desviaban de lo normal, lo legal, lo permitido y lo establecido como eran el delincuente, el loco y el enfermo quienes con sus actos o presencia atentaban contra la sociedad.

Para ello, el panóptico debía ser un espacio cerrado, recortado y vigilado en todos sus puntos, en donde los individuos estaban insertos en un lugar fijo en el que los menores movimientos se hallan controlados, todos los acontecimientos estaban restringidos, y cada individuo estaba constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos. De tal modo, la finalidad del panóptico era la de neutralizar la peligrosidad de los individuos que se hayan inmersos en él, corrigiendo sus desviaciones, aumentando la utilidad productiva de las fuerzas recluidas, y en especial sometiendo políticamente esas fuerzas a la obediencia⁴⁸.

Los lazaretos se asimilaban al **sistema panóptico carcelario** porque fueron estructurados arquitectónica, jerárquica y funcionalmente para encauzar y controlar a los individuos que por su enfermedad se alejaban del ideal higiénico establecido, manteniéndolos en un sistema de sujeción, coacción, prohibiciones y obligaciones. Y aunque su finalidad no era la de curar, porque no existían los medios eficaces para realizar este objetivo, ni tampoco el obtener de ellos el

⁴⁸ FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI, 1976.

máximo de sus fuerzas productivas para la rentabilidad o progreso económico, puesto que todo lo que los enfermos de lepra hacían o tocaban con sus manos era rechazado por la población quien temía ser contagiada, en esas prisiones hospitalarias se logró hacer que los leprosos fueran personas dóciles, obedientes y resignadas a su exilio y a las injusticias a las que eran sometidos. De esa manera se garantizó el bienestar físico y moral de la sociedad, lo cual significaba el aumento de las fuerzas productivas.

Sin embargo, la severidad del sistema disciplinario instaurado dentro de los lazaretos conllevó a que el aislamiento de los enfermos en esos lugares se viera obstruido por la renuencia de algunos a ser forzosamente exiliados bajo drásticas condiciones, prefiriendo adentrarse en las zonas rurales para evitar ser perseguidos, rechazados y detectados por la población o por los médicos leprólogos que en ocasiones recorrían el territorio en busca de leprosos o sospechosos para hacer efectivas las políticas de aislamiento. Ello imposibilitó al Gobierno poder tener un mayor control sobre la lepra y sus dolientes, viéndose en la obligación de originar políticas que no sólo exigieran, vigilaran y castigaran sino que también motivaran al enfermo a aceptar el aislamiento.

Luis Guillermo Cano, al estudiar a Agua de Dios como un sistema Social aislado⁴⁹, planteó que a pesar de existir la obligación por la ley de acatamiento al aislamiento para que éste se cumpliera efectivamente, se hacía necesario que se ofrecieran a los asilados condiciones mínimas de seguridad personal, pues de esta manera el individuo enfermo actuaría aceptando su aislamiento al estar integrados sus intereses con los valores que se creaban alrededor de la lepra.

Para tal fin, fue necesario preservar la decimonónica subvención como el eje central de las políticas motivacionales que el Gobierno instauró. La “Ración”, el

⁴⁹ CANO, Luis Guillermo. Agua de Dios un sistema social aislado (Tesis de grado Sociología). Bogotá: Universidad Nacional, 1990. p. 92.

dinero otorgado a los enfermos de lepra residentes en los lazaretos como medio de ayuda para subsistir o como forma de pago por aceptar ser segregados, había sido un recurso adoptado desde épocas anteriores especialmente, pero fue desde inicios del siglo XX cuando la administración central se comprometió a suministrarla de sus arcas y de manera constante, buscando así evitar que los enfermos se negaran a ser proscritos en los lazaretos o escaparan de allí por carecer de recursos para sobrevivir.

Para acceder a la ración, los enfermos debían cumplir requisitos como eran: hallarse sujetos al aislamiento prefijado y a los reglamentos de los lazaretos y no tener un bien o pensión que le proporcionara una renta mensual de treinta (30) pesos⁵⁰. Las personas que cumplieran con esas condiciones sin excepción, tenían derecho a ser subvencionados, aunque el monto del auxilio varió con el tiempo y de acuerdo a la condición física de los convalecientes, ya que los enfermos más graves u hospitalizados por hallarse internos bajo el cuidado y amparo del personal a cargo de los establecimientos “médicos-asistenciales” recibían una mínima parte de lo que recibían los demás enfermos.

Si bien el monto de las raciones fue exiguo y en ocasiones se retraso su pago provocando inconformidad por parte de los enfermos, éste siempre fue un elemento representativo para que los leprosos aceptaran y acataran ser proscritos, pues por fuera de los lazaretos los enfermos por su condición más que por su incapacidad difícilmente podían laborar. De allí la necesidad de garantizarles un subsidio para sobrevivir, a cambio de aceptar estar “presos” sin tener que volver hacer mendigos libres, hambrientos y rechazados por la sociedad.

1.5.2 De establecimientos hospitalarios a instituciones de aislamiento. La prestación de los servicios medico- asistenciales en los lazaretos también fue de

⁵⁰ Acto legislativo y leyes de la República de Colombia. Ley 32, Octubre 29/1918.

interés estatal como estrategia para controlar la lepra, para ayudar a quienes la padecían a poder sobrellevar las dolencias que los aquejaban, y para incentivar a los enfermos reacios a aislarse en esos lugares. No obstante, la imposibilidad de encontrar curación científica a la enfermedad fue fundamentalmente la causa que provocó que la medicina practicada en los lazaretos estuviera encaminada a atender las necesidades generales de la población antes que tratar la lepra misma, al ser considerada como incurable⁵¹.

La comunidad médica formada en las últimas décadas del siglo XIX había demostrado su interés en buscar solución a la lepra, aunque sólo fuera desde el ámbito teórico porque en la práctica fue constante la renuencia de muchos médicos a tener contacto directo con quienes la padecían. Ello, sumado a la falta de capacidad, y conocimientos técnicos y científicos, como a la inexistencia de una estructura estatal capaz de ejecutar las medidas profilácticas sugeridas por la comunidad médica, hicieron ineficaz cualquier intento médico, terapéutico o higiénico por contener los alcances de la lepra.

Con el advenimiento del nuevo siglo y el ascenso presidencial de Rafael Reyes en 1904, la comunidad médica colombiana asumió una orientación positiva hacia el problema de la lepra al presentarla como una enfermedad que podían controlar por medio de procedimientos médicos⁵². No sólo porque esto significaba una forma de detener o erradicar el “contagio”, altamente temido y despreciado, sino porque también Colombia al requerir inversión internacional y desarrollo comercial e industrial debía proyectar la imagen de un país moderno, en donde la profesión médica tenía reconocimiento político, autoridad cultural, y ejercía control sobre los problemas de la higiene pública.

⁵¹ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 72.

⁵² *Ibíd.*, p. 220.

A finales del siglo XIX, la penetración al país de la mentalidad etiopatológica en boga en Europa y cuyo objetivo era precisar el agente causal de las enfermedades para contrarrestarlas con la eliminación del mismo, sumado a la aceptación de la teoría bacteriológica que asoció al *Mycobacterium Leprae* como el bacilo transmisor de la lepra, se adoptó una actitud más esperanzadora por parte de la comunidad médica que se inclinaba al estudio de la lepra, puesto que una vez determinada su causa se creyó que sería más fácil hallar un procedimiento para controlarla. Como se planteó anteriormente, algunos médicos colombianos dedicaron su labor investigativa en tratar de producir solución a esta dolencia, pero al ser reiterativos los intentos fallidos el Gobierno Nacional debió responsabilizarse de su control estableciendo el aislamiento obligatorio y la represión de todos los enfermos de lepra como el único y más certero recurso conocido.

Ello no indica que se hubieran detenido las investigaciones desde las ciencias médicas, por el contrario, con el comienzo del nuevo siglo éstas se intensificaron al contarse con un mayor compromiso estatal y la adopción e instauración paulatina de conocimientos y técnicas extranjeras. De allí que la ausencia de espacios requeridos para adelantar dichas investigaciones se fueron subsanando con la creación de laboratorios, considerados por la comunidad médica de trascendental importancia... “para dilucidar no sólo el diagnóstico, sino también la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades que dominaban la patología colombiana”⁵³. En consecuencia, para la segunda década del siglo XX se crearon laboratorios clínicos y de investigación en Bogotá y Medellín, en donde se instauró el Laboratorio Químico Departamental de Antioquia y el Laboratorio Bacteriológico Municipal.

En Bogotá, y con el carácter de entidad privada, los doctores Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría fundaron en 1917 el laboratorio Samper Martínez. El cual se destacó por su orientación y dotación, por convertirse en un

⁵³ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 95.

ente importante de la investigación médico-clínica, por la producción de la vacuna contra la fiebre paratifoidea, las vacunas antirrábicas y las autovacunas, así como por la producción de sueros inmunes y la realización de exámenes bacteriológicos y parasicológicos de aguas y leches. Su prestigio fue tal que el Estado se interesó en adquirirlo, lo cual se concretó en 1928, cuando el laboratorio Samper Martínez pasó hacer una dependencia efectiva de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, bajo la condición de Instituto.

Con todo, la comunidad médica colombiana durante las primeras décadas del siglo XX fracasó nuevamente en su intento por eliminar la lepra a través de tratamientos clínicos. Incapacidad que provocó la inclinación de algunos médicos a considerar la lepra como una enfermedad incurable, apoyando la política de estricto aislamiento que el Gobierno Nacional había decretado desde 1905, e impulsando la aceptación de una actitud severa contra los enfermos.

El desconocimiento del modo de transmisión del bacilo causante de la lepra siguió siendo un obstáculo para dilucidar un mecanismo terapéutico efectivo, frente a lo cual la higiene se presentó como el único medio para erradicar o por lo menos contener esa dolencia. Para ello, al ser catalogada la lepra como una enfermedad infecciosa producida por un agente externo, las reglas de higiene se concentraron en una estructura legal rígida que perseguía, segregaba, exiliaba y reprimía a los enfermos en lugares apartados, carentes muchas veces de las condiciones higiénicas y sanitarias para vivir cómodamente y sobrellevar la dolencia que los afligía. De tal modo, la decisión adoptada por las autoridades colombianas se diferenciaba de países como Noruega, que había controlado la lepra mediante la creación de políticas de higiene acordes a las condiciones del país y las necesidades de los dolientes, efectuando políticas de aislamiento en lazaretos distritales.

Aunque con la nacionalización de los lazaretos y su reestructuración se concibió la idea de convertirlos en instituciones médicas tal objetivo no se logró. Como se ha expuesto, la falta de un mayor compromiso de algunos médicos que continuaban percibiendo la lepra con una mentalidad colonial, la ausencia de un mecanismo médico e higiénico realmente capaz de menguar los alcances de la enfermedad, sumado a la insuficiencia de fondos, y la inexistencia de una estructura sanitaria para llevar a cabo las políticas propuestas, no permitieron concretar la conversión de los lazaretos en instituciones médicas, pues sólo se dio el paso de establecimientos “hospitalarios” a instituciones de aislamiento, conformadas por varios establecimientos asistenciales como hospitales y asilos internos y externos para albergar a los niñas y niños sanos o enfermos hijos de leprosos. De tal modo sólo se amplió la cobertura y el perímetro que constituían los lazaretos, aunado al hecho que los poblados o colonias colindantes a los hospitales a partir de 1905 pasaron hacer parte de la institución de aislamiento conocida de forma general como lazareto. Por ello, enfermos como sanos debieron someterse a una reglamentación similar, bajo la autoridad de un mismo administrador interno.

El **lazareto de Contratación** para la segunda década del siglo XX estaba compuesto hacia el norte y occidente por la aldea o colonia donde residían los enfermos menos graves y los individuo sanos, y hacia el sur y oriente por los establecimientos hospitalarios Maria Mazzarello para la atención de mujeres, el hospital para hombres San Juan Bosco, por los asilos San Evasio para niños enfermos de lepra y el Santa Catalina para niñas, y por los asilos o preventorios instaurados posteriormente para la asistencia de los hijos sanos de enfermos de lepra, Maria Auxiliadora y San Bernardo. De esta manera, el lazareto de Contratación dejó de ser un establecimiento “hospitalario” para ampliar su cobertura y convertirse en una institución “asistencial” y de aislamiento, fundada en patrones drásticos tendientes al exilio, coerción y coacción de los enfermos de lepra como mecanismos para proteger a la sociedad del peligro público que significaba la enfermedad.

Un aspecto que cabe destacar del propósito de convertir los lazaretos en instituciones médicas fue la designación de personal médico al servicio exclusivo de los lazaretos. Durante el siglo XIX los lazaretos se caracterizaron por la ausencia de personal profesional para la asistencia de los enfermos y demás personas que vivían junto a ellos, labor que se delegó al administrador, a médicos visitantes y finalmente a las ordenes religiosas quienes desempeñaron dicha función más con fervor y entrega que con los conocimientos e instrumental requeridos.

Sin embargo, el número de médicos que el Gobierno Nacional designó a los lazaretos no fue alto. Al lazareto de Agua de Dios considerado espacialmente el más extenso y donde se acogía una población más compleja que la que habitaba en los otros dos lazaretos, sólo se asignaban tres médicos, de los cuales uno debía dedicarse a visitar el lazareto de Contratación y Caño de Loro para supervisar al médico establecido en cada uno de ellos. Así mismo, sus funciones estaban lejos de obedecer a una programática médica para brindar curabilidad o aliviar los dolores de los enfermos, ya que sus funciones se limitaban junto con los religiosos a atender las mínimas necesidades físicas de la población, a inspeccionar que las condiciones y prácticas de higiene fueran adecuadas para evitar que los lazaretos se convirtieran en focos de infección, así como debían llevar estadísticas de los enfermos que ingresaban a los lazaretos y mantener informado al organismo o ministerio encargado de la administración de estas instituciones de aislamiento⁵⁴.

De esa manera, se puede plantear que en las primeras décadas del siglo XX los lazaretos no fueron instituciones médicas y los establecimientos hospitalarios que estaban a su servicio eran en la práctica hospicios en donde la curabilidad no era

⁵⁴ Reglamento de los lazaretos de la República. Decreto N° 175, Febrero 14/1908. Resolución N° 70, Octubre 6/1909. p. 144-152.

el propósito final, ya que... “la preocupación fundamental de los hospitales para leprosos era el consuelo para las almas porque para los cuerpos no había mayores alivios disponibles”⁵⁵, motivo por el que fueron imprescindibles las ordenes religiosas en la labor de dirigir y atender espiritualmente esos establecimientos.

⁵⁵ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 74.

2. DECADENCIA INSTITUCIONAL DE LOS LAZARETOS COLOMBIANOS: eliminación del aislamiento obligatorio de todos los enfermos de lepra

La conformación y estructuración de los lazaretos colombianos y las políticas de control de los enfermos de lepra, desde el período colonial hasta las primeras décadas del siglo XX, empezando con la incipiente instauración del hospital de San Lázaro de Cartagena en el siglo XVII, antecesor del lazareto de Caño de Loro, la constitución del lazareto del Socorro en Contratación desde 1833 y el de Agua de Dios en 1871, permiten demostrar cómo esos hospitales y las políticas de control para los leprosos fueron el resultado de los factores políticos, económicos, sociales y culturales que caracterizaron al país desde el siglo XVII.

Si bien, esos factores fueron una constante hasta el siglo XIX, a comienzos del siguiente siglo, cuando el país se alistaba a experimentar una serie de cambios, las medidas sanitarias creadas para detener la expansión de la lepra alcanzaron oficialmente el máximo de rigidez, consolidándose una verdadera campaña contra los convalecientes más que contra la enfermedad en sí. Los lazaretos pasaron de ser hospicios sostenidos gracias a la beneficencia y la caridad de individuos particulares a convertirse en instituciones estatales de aislamiento y asilamiento similares a las instituciones carcelarias, regidas por patrones policivos que buscaban encausar la conducta y accionar de los leprosos para evitar la “contagiosa” peligrosidad de su cercanía.

Esos aspectos permitirán comprender los acontecimientos que sucederán más adelante hasta producirse la desaparición legal de los lazaretos colombianos en 1961. Y aunque muchos factores pueden haber sido tratados sin profundidad por la superficialidad de las fuentes o por los escasos trabajos historiográficos que han servido de referencia, se pretende reconstruir los eventos y circunstancias más destacables de la conformación y existencia de

esas instituciones con el fin de comprender cuáles fueron las causas para que algunos de ellos comenzaran a declinar, provocando la paulatina desaparición de los lazaretos en todo el país. Para realizar en los capítulos siguientes un estudio interno y exclusivo del lazareto de Contratación, con el propósito de establecer los cambios que llevaron a su desaparición y cómo los enfermos respondieron ante los mismos. En este capítulo se estudiarán por tanto los factores político-económicos y sociales ocurridos en Colombia entre 1931 y 1961 que pudieron influir en los cambios de percepción del leproso y la reorientación funcional de los lazaretos que se materializaron con su eliminación legal y la reestructuración de la campaña antileprosa.

2.1 INTERVENCIONISMO NORTEAMERICANO EN SALUD PÚBLICA

Con el discurrir del siglo XX, el Estado colombiano se vio en el deber de cambiar su actitud frente a la salud de sus habitantes y las condiciones higiénicas internas, ya que presiones e influencias externas así lo exigían y facilitaban. Desde la administración de Rafael Reyes el país buscó insertarse en la economía mundial mediante la exportación del café y luego de banano y el petróleo, siendo esa diversidad de insumos colombianos lo que despertó la atención de Estados Unidos y los países europeos permitiendo a futuro la conformación de eventos y circunstancias en pro del desarrollo colombiano, de los cuales el sector salud no fue ajeno.

Si bien la lepra a comienzos de siglo mereció más atención del Gobierno colombiano, más allá del interés por erradicar una enfermedad infecciosa que deformaba y discapacitaba a quienes la padecían se evidenció la necesidad de mostrar internacionalmente la imagen de un país salubre, en donde la comunidad médica tenía bajo su control la patología regional, pues una economía dependiente, ávida de mercados externos, capitales extranjeros y

filiales de empresas transnacionales que explotaran sus recursos naturales, requería de una modificación en las condiciones sanitarias internas⁵⁶.

Desde los últimos decenios del siglo XIX, Estados Unidos se perfiló como una de las más grandes potencias industriales del mundo, pero la insuficiencia de recursos naturales y materias primas propias lo obligaron a la búsqueda y explotación de ellos en otros países, ampliando así los mercados internacionales. Países latinoamericanos como Colombia, con diversidad de recursos y con ansias de liquidez monetaria para su desarrollo interno, se presentaron como la opción más factible para que Norteamérica lograra posesionarse como una superpotencia y modelo a seguir, desplazando a países europeos que hasta entonces habían detentado esa hegemonía.

En esa carrera por la supremacía, los empresarios estadounidenses que codiciaban los insumos colombianos no tardaron en aparecer destacando las ventajas que ello traería al país, ocultando sus intereses pecuniarios, concentrando sus capitales en la explotación petrolera, bananera y cafetera. Así mismo, la separación de Panamá (1903) en lugar de debilitar las relaciones con Estados Unidos las fortificó. Colombia requería de los dólares norteamericanos, la transferencia de conocimientos técnicos y científicos, y la adopción de los principios éticos modernos para hacer efectivos los ideales de progreso que las elites nacionales abrazaron desde el siglo XIX. Razón por la que se abrieron las puertas del país a los capitales estadounidenses y el “capitalismo en expansión vino a irrogar los estrechos canales de nuestra vida económica con importantes masas de inversión”⁵⁷.

⁵⁶ HERNÁNDEZ, Mario; OBREGON, Diana. La organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de Historia 1902-2202. Bogotá: 2002. Disponible en Internet vía archivo: <http://www.col.ops/oms.org/centenario/libro/OPSestado>.

⁵⁷ ARRUBLA, Mario. Síntesis de una historia política contemporánea. EN: Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985. p. 187.

A inicios del nuevo siglo, las concesiones petroleras se habían entregado a empresarios colombianos, pero a mediados de la década del veinte fueron traspasadas a empresas norteamericanas. La concesión de Mares, en la zona de Barrancabermeja, fue cedida en 1916 a la Tropical Oil Company, filial de la Standard Oil Company, y la concesión Barco en el Norte de Santander pasó en 1918 a la Colombian Petroleum Company, filial de la Gulf Oil Company. De otro lado, la zona bananera del Magdalena fue entregada a la United Fruit Company, creada en 1899 con capital americano y cuyos cuarteles generales se ubicaban en Boston⁵⁸.

Acaecimientos que más allá del usufructo de las riquezas colombianas trajeron consigo ventajas económicas, políticas y sociales que se deben destacar. En el ámbito social, la intervención extranjera a través de organizaciones sanitarias internacionales e instituciones filantrópicas dirigidas por el Gobierno y la burocracia norteamericana, con el tiempo contribuyeron a la estructuración de una organización sanitaria nacional capaz de asegurar a la población un mejor estado de salud y bienestar.

Con la expansión internacional se generó además el problema de garantizar la salud de los trabajadores extranjeros en las inhóspitas e insalubres regiones tropicales, convirtiéndose el tema de la salud pública en una preocupación importante para los empresarios y el Estado Norteamericano. Era indispensable, por una parte, impulsar el control sanitario en los puertos a donde llegaban los barcos comerciales y militares estadounidenses o de donde salían naves comerciales extranjeras hacia América y, por otra parte, sanear las zonas continentales en donde se estaban instaurando los enclaves petroleros y frutales. Surgiendo así dos grandes estrategias: en primer lugar, la implementación de una intervención estatal tendiente a la creación de una oficina sanitaria de carácter internacional encargada de coordinar los programas sanitarios adecuados a los países periféricos y,

⁵⁸ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 210.

segundo, el apoyo por parte del capital privado, la investigación médica sobre enfermedades tropicales y a la intervención sanitaria directa en dichos países⁵⁹.

Los intentos por conformar una organización sanitaria se habían dado desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional reunida en París en 1851, la cual había sido promovida por países europeos, pero sería solo hasta comienzos del siglo XX cuando una serie de circunstancias económicas, políticas, sociales y culturales hicieron posible la creación de organizaciones internacionales con cierta estabilidad, inicialmente para prevenir el contagio y la expansión de las enfermedades infecciosas y después para regular e impulsar la higiene y la sanidad en el ámbito internacional.

Fue así como para 1902, en el continente americano, se creó la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), llamada en 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), transformada en 1947 como la Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y finalmente en 1958 como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde sus inicios ese organismo internacional contó con notable participación norteamericana, asegurando así el control de ese país en dicha organización sanitaria, aunado a la integración de Estados independientes de Europa con incidencia directa sobre los países latinoamericanos, con lo cual se logró dar impulso a la constitución de organizaciones sanitarias nacionales y sólidas, con capacidad de realizar actividades de sanidad portuaria y acciones territoriales de lucha contra las principales enfermedades epidémicas y endémicas.

Mientras se lograba la conformación de organizaciones sanitarias nacionales fuertes, teniendo en cuenta lo difícil que ello era en países como Colombia por sus condiciones internas, la Oficina Sanitaria Internacional y quienes la

⁵⁹ QUEVEDO, Emilio. ¿Políticas de Salud o Políticas Insalubres? De la Higiene a la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX. Op. cit., p. 347.

procedieron mediante convenciones periódicas que reunían a representantes del norte, centro y sur América, sumado a la imposición de códigos sanitarios a seguir, intentó resguardar al comercio transnacional de la extensa y variada patología latinoamericana, para lo cual se mantuvo activo el comercio con un mínimo riesgo de difusión de enfermedades.

Representantes colombianos de las elites burocráticas y políticas en su deseo de no quedarse fuera de los procesos del mercado internacional, se preocuparon además por establecer instrumentos para crear y desarrollar un sistema de sanidad portuaria, primero marítima y después fluvial y terrestre en relación con las enfermedades epidémicas, apoyándose en las directrices emanadas de las convenciones y conferencias sanitarias continentales. Esas acciones fueron respaldadas o promovidas internamente por fundaciones filantrópicas de los Estados Unidos como la Fundación Rockefeller, la cual contribuyó a legitimar y garantizar la continuidad de los procesos iniciados por el Estado Norteamericano y las organizaciones sanitarias internacionales.

La Fundación Rockefeller representaba los intereses del petrolero John Rockefeller, quien había diseñado paralelamente a su actividad económica y empresarial una estrategia en los Estados Unidos y fuera de ese país, bajo el ropaje de la extensión de la civilización. La filantropía manejada con criterio comercial constituía una buena alternativa económica ya que los donativos filantrópicos hacían bajar el monto de los impuestos que las diversas compañías debían pagar a los países en donde se realizaba la explotación de recursos naturales, así como las acciones sanitarias contribuían a disminuir el riesgo sanitario en las localidades en donde se ejecutaban las operaciones comerciales o industriales.

En 1901, se fundó el Instituto Rockefeller para la investigación médica y la realización de adelantos en el campo de las enfermedades “tropicales” con el

fin de sanear las tierras de explotación petrolera, tanto en Estados Unidos como en otros países. En vista de los buenos resultados de las campañas de sanidad adelantadas por dicho Instituto en Estados Unidos, México, Cuba y Panamá, entre otros, el Gobierno Nacional colombiano solicitó en 1917 a la comisión norteamericana financiada por el Instituto Rockefeller, la planeación de un estudio para determinar la presencia de la fiebre amarilla en el país y decidir la necesidad de la cuarentena impuesta por la Oficina Sanitaria Panamericana a los barcos colombianos y a todos aquellos que tocaran las costas con rumbo al canal de Panamá. Con ello se oficializó la partición del Instituto y la posterior conformación de una estructura sanitaria estatal. Para 1919, la fundación adelantaba también una campaña contra la Uncinariasis en Colombia.

El Instituto Rockefeller actuaba mediante la selección de una enfermedad que afectaba a un gran número de personas, de la cual se conocían todos sus detalles y que se consideraba podía ser curada en un cien por ciento, de tal manera que los individuos pudieran percibir los buenos resultados de la salubridad pública, y de paso se destacara el papel realizado por ese Instituto en la lucha por la salud y civilización de los pueblos, creándose así la necesidad de una integración entre las organizaciones y fundaciones extranjeras con el Estado Colombiano.

Teniendo en cuenta los parámetros utilizados por el Instituto de investigación Rockefeller para la escogencia de una enfermedad a combatir, la lepra, pese a ser una enfermedad que por el temor al contagio consecutivamente preocupaba al Gobierno colombiano y a los países con los que mantenía relaciones comerciales no fue objeto de investigación de la fundación estadounidense porque el desconocimiento del modo de transmisión de la enfermedad la hacía casi imposible de controlar rápida y cabalmente, iniciar una campaña exclusiva contra la lepra podía perjudicar la imagen de la Fundación y de los Estados Unidos, y en especial, porque la no obtención de

eficaces y vertiginosos resultados generarían la pérdida de credibilidad y deslegitimarían la necesidad de intervención extranjera, obstaculizando la presencia norteamericana en Colombia.

Sin embargo, la unión de intereses públicos y privados, políticos y comerciales del Gobierno norteamericano con las organizaciones sanitarias internacionales y la Fundación Rockefeller, permitieron el desarrollo en Colombia de un amplio espacio de organización sanitaria⁶⁰, el cual además de contribuir a fortalecer su consolidación y constituir un marco de protección de las múltiples formas de comercio e inversión local, forjaron una serie de eventos y circunstancias que permitieran la transferencia de conocimientos y técnicas médicas modernas acordes con una nueva y más amplia noción de salud pública, que sería acogida más tarde por el Estado y la comunidad médica colombiana influyendo directamente en las políticas decretadas y ejecutadas para eliminar la lepra.

2.2 ENTRE LA HIGIENE, LA ASITENCIA Y LA SALUD PÚBLICA

2.2.1 Conformación internacional de la concepción de salud pública.

Durante la tercera década del siglo XX, la conformación de modernas estructuras capitalistas en los distintos campos de la vida social, económica, política y cultural en Colombia consolidaron las condiciones y espacios requeridos para alcanzar la civilización. Un deseo anhelado desde tiempo atrás por las distintas administraciones gubernamentales pero carencias internas habían limitado su alcance.

Y aunque desde comienzos del siglo XX se habían empezado a suplir esas carencias al propiciarse las condiciones requeridas para convertir al país en una nación moderna y civilizada, fue sólo hasta la década del treinta cuando

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 356.

estas aspiraciones comenzaron a concretarse gracias al Estado Norteamericano, las organizaciones sanitarias y las fundaciones filantrópicas internacionales quienes jugaron un papel decisivo y determinante para tal fin.

Para 1930, luego de cuarenta y cinco años de hegemonía política, el partido conservador fue derrotado por el partido liberal, quien llegó al poder a través de un movimiento denominado “Concentración Nacional” de composición bipartidista que prontamente derivó hacia la supremacía liberal. El Gobierno de transición lo precedió Enrique Olaya Herrera (1930-1934), pero los grandes cambios que traería el liberalismo vendrían con la primera administración de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) y su “Revolución en Marcha”, la cual comprendió una serie de reformas para adecuar el Estado a las nuevas situaciones económicas y sociales del hemisferio. Alfonso López modificó la constitución de 1886, realizó una reforma penal y tributaria, y replanteó las relaciones del Estado con los ciudadanos, otorgando mayor participación a los sectores obreros y sindicales oprimidos. De igual forma, entre los cambios que contempló su administración estuvo la modificación de la actitud del Estado frente a la salud de su población.

El despegue de una economía tendencialmente capitalista y dependiente planteó nuevos retos y labores para la medicina y las instancias estatales encargadas de la higiene y la salud. Debiéndose propiciar las circunstancias internas para conformar una estructura sanitaria a cargo del personal profesional idóneo, capaz de asumir en la práctica las responsabilidades que el Estado fue adquiriendo con la población en procura de un bienestar general y colectivo de carácter preventivo. López Pumarejo emprendió así un Gobierno dirigido a modernizar el país para el mejor funcionamiento del capital por medio de una gestión modernizante desarrollada en un contexto internacional que políticamente le era propicio⁶¹.

⁶¹ TIRADO, Op. cit., p. 149.

Durante esos tres primeros decenios del siglo XX la economía colombiana había tomado ya nuevos rumbos. Las exportaciones del café, el banano y el petróleo insertaron al país en los mercados internacionales generando ventajas financieras que permitieron una leve recuperación económica, y que sumado a la industria liviana ya instalada, propiciaron que el Estado colombiano en procura de obtener mayores fuentes de ingresos y fortalecer los existentes para la prosperidad económica del país se convirtiera en un agente interventor, adecuara la nación bajo estructuras capitalistas, y siguiera fielmente los tratados y recomendaciones internacionales.

Los cambios económicos ocurridos en el país trajeron además desarrollo urbano y apertura de vías férreas, creando así nuevas formas de asentamiento y movilización demográfica que potencializaron nuevas patologías tropicales, no comunes en los años anteriores, que sumado al aumento de las ya existentes, obligó a un cambio de actitud del Estado Colombiano frente a la salud de los pobladores por medio de decisiones políticas⁶².

El control de la patología colombiana fue necesario para evitar los padecimientos de la población, para cumplir con las condiciones sanitarias que exigían los países con los que se mantenían relaciones comerciales, y a la postre porque fue parte importante de las nuevas concepciones de salud pública que se van a introducir y prohiar, las cuales se enfocaron a la integración de medidas preventivas y curativas. En especial, porque el control de las enfermedades transmisibles no podían superarse sin el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, factor que demandó la creación de arduas campañas de erradicación y la ampliación de los servicios curativos prestados por el Estado.

⁶² QUEVEDO, Emilio. ¿Políticas de Salud o Políticas Insalubres? De la Higiene a la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX. Op. cit., p. 346.

Como se mencionó, las organizaciones sanitarias internacionales, las fundaciones filantrópicas y el Estado Norteamericano fueron agentes activos en los cambios estructurales y prácticos que se produjeron en el campo de la higiene y la salubridad colombiana. El interés por los productos colombianos fortaleció la intervención estadounidense en el país al establecerse empresas para la explotación agrícola y petrolera lo que provocó el interés por prevenir que las enfermedades “tropicales” típicas de los países latinoamericanos pusieran en riesgo el bienestar físico de sus trabajadores o se expandieran hasta su territorio.

Mediante la creación de pautas de salubridad concretadas en códigos sanitarios de cumplimiento obligatorio, la constitución de una organización sanitaria Nacional, la preparación del personal profesional de la salud, y la transferencia de técnicas y conocimientos científicos los Estados Unidos evitarían que la múltiple e incontrolable patología colombiana afectara sus intereses. Ello a su vez fue significativo para el país porque permitió la adopción de una política de salud pública que unificaba parcialmente la higiene pública y privada, cobijando más campos y un mayor número de individuos. Durante la siguiente década, mediante el Servicio Cooperativo Interamericano de salud pública, se intensificó la influencia norteamericana en la reestructuración del sector salud colombiano, promoviendo decisivamente el modelo de servicios que el Estado debía administrar y definiendo los lineamientos técnicos para enfrentar los principales problemas sanitarios del país.

Los procesos de industrialización llevados a cabo en los Estados Unidos y en algunos países europeos como Inglaterra y Francia desde el siglo XIX, conllevaron a la reorientación de las políticas de salud por parte del Estado, puesto que éstos generaron profundos problemas sociales y sanitarios, especialmente en los grandes centros urbanos, en donde fue afectada la

emergente clase trabajadora, quien además de soportar extenuantes jornadas de trabajo tuvo que concentrarse en instalaciones elementales, ubicadas en ambientes perjudiciales para la salud al estar caracterizadas por el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas, repercutiendo ello en la salud de los trabajadores y por ende en la productividad económica de esos países. Por tal razón, los salubristas de la época postularon que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sobre todo de aquella que vivía en las crecientes ciudades industriales, era necesario y debía fundamentarse en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Para ello, al Estado le correspondió convertirse en un agente interventor, proponiendo nuevos enfoques para el manejo de los factores que se consideraban determinantes para resolver los problemas de salud de la población trabajadora y demás. Desde 1848 en Gran Bretaña se había dictado la primera ley de salud pública, en la cual el Estado se comprometió a asumir los problemas de salud de la colectividad, creándose alrededor de ésta unos lineamientos fundamentales constitutivos de lo que modernamente se ha denominado salud pública. Por primera vez y de manera oficial, el Estado asumió como deber suyo garantizar el bienestar físico de la colectividad, interviniendo de manera directa en la búsqueda de ese objetivo mediante la conformación de una estructura sanitaria nacional que orientara las políticas sanitarias creadas y que fuera acorde con las necesidades y condiciones del país⁶³.

Así, y siguiendo los estudios sobre la salud pública en Colombia, se puede decir que los problemas sociales y sanitarios que generaron los procesos de industrialización y urbanización incentivaron la conformación de una concepción de salud pública, la cual requirió de una intervención directa del Estado y se dirigió a cobijar a un número mayor de individuos, ya que hasta

⁶³ CARDONA, Álvaro. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. EN: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. (1999); p. 45.

el momento los problemas sanitarios e higiénicos habían sido en su mayoría de interés particular. Sin embargo, las motivaciones que históricamente condujeron a la adopción de tales compromisos han sido objeto de controversia.

Álvaro Cardona en un artículo titulado “Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado”⁶⁴, plantea que las causas que conllevaron a la conformación de una compleja política de salud pública, a parte de haber sido el producto de un desarrollo constante y acumulativo de los derechos sociales, obedecieron primordialmente a la necesidad que tenía el Estado de legitimar su funcionalidad como representante del interés colectivo. Plantea a su vez, que a la salud pública le fue ajena la idea del mercado como principio que definió la participación de cada quien en el disfrute de las potencialidades desarrolladas por la sociedad para la protección de la salud y la vida.

Y aunque pudiera ser contradictorio, Álvaro Cardona no niega totalmente la vinculación que pudo existir entre una política integral de salud pública y la necesidad de garantizar bienestar a la población como mecanismo para generar productividad o riqueza económica ya que en otro artículo suyo, titulado “El Estado en la historia de la salud pública”, al citar a Esteban Rodríguez manifiesta...

“a finales del siglo XVII, hundiendo sus raíces en los procesos de consolidación de los Estados Nacionales al descubrirse el valor de la población como factor productivo, se debió delimitar un cuerpo de saberes y técnicas específicas en torno a la defensa de la salud de la colectividad, la cual se desarrolla complejamente

⁶⁴ CARDONA, Álvaro. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado. EN: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 13 (1999); p. 38.

*gracias a los procesos de industrialización y urbanización, y se denominara salud pública*⁶⁵.

Argumento válido, ya que los principios de mercado cuando no ayudan a entrever la necesidad de constituir una política de salud pública, contribuyen a definir sus enfoques.

Lo anterior se evidenció en los Estados Unidos, pues a la par que este país se instituyó como una potencia económica mundial fue desarrollando una política de salud pública más compleja e integral que cobijaba a un mayor número de individuos y abarcaba mayores campos de la salud. Es decir, los gobiernos se alejaron de la sola relación salud-enfermedad y buscaron garantizar un bienestar físico, mental y emocional a través de la combinación de políticas preventivas y curativas, en donde el Estado como representante de la colectividad mediante una estructura sanitaria interna se encargó de crear, coordinar y hacer cumplir lo dispuesto para efectuar dicho objetivo. A su vez, se crearon los espacios, la tecnología y los saberes científicos, así como se preparó el profesional especializado que se requería.

Esa concepción de salud pública fue plenamente materializada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud, quien planteó que ella era el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encontraran en condiciones adecuadas de salud, es decir, para que la población goce de un estado de bienestar no sólo físico que haga relación a la ausencia de malestar o enfermedad sino también mental y emocional que permita poseer la capacidad de funcionar en la sociedad⁶⁶. En consecuencia, el Estado como representante de la comunidad era quien debía garantizar este derecho a su población.

⁶⁵ CARDONA, Álvaro. El Estado en la historia de la salud pública. Ponencia ante el congreso internacional Salud para Todos. Medellín. 1999. p. 12.

⁶⁶ MOLINA, Gustavo. Introducción a la Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, 1977. p. 36.

Del mismo modo, la moderna concepción de salud que se constituyó durante las primeras décadas del siglo XX puede ser entendida o asumida, según Emilio Quevedo, como la práctica de las medidas de la medicina preventiva en todos los casos que sea posible la prolongación de la vida, la promoción de la salud física y mental, y la eficiencia en los esfuerzos de la comunidad por medio de la instrucción en higiene, la sanidad ambiental, el control de las enfermedades previsibles y la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico y el tratamiento preventivo del individuo⁶⁷.

Ahora bien, teniendo en cuenta la fuerte influencia estadounidense y de la OMS en el panorama internacional, la presente concepción de salud pública fue la que se buscó introducir a escala mundial. Colombia de esta manera no fue la excepción y pese a los inconvenientes y carencias internas intentó adoptar este ideal de salud. A continuación se planteará cómo dicha concepción penetró al país y hasta qué punto pudo ella influir en la reorientación funcional de los lazaretos y las políticas institucionales destinadas al control de la lepra.

2.2.2 Concepción de salud pública adoptada en Colombia. Dadas las condiciones internas del país fue imposible la adopción y puesta en práctica de la política de Salud pública constituida en Europa y desarrollada principalmente en los Estados Unidos, paralelamente a su conformación. Ésta requirió de un proceso complejo y paulatino, debiéndose crear los espacios y las circunstancias requeridas, pese a las limitaciones.

El primer paso en ese largo camino se concretó durante el Gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938). Al considerarse la salud la base del progreso nacional y por ello un deber del Estado por primera vez el Estado

⁶⁷ QUEVEDO, Emilio. La salud en Colombia: Análisis sociohistórico (segunda parte). Disponible en Internet vía archivo: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud55/informe.htm>

colombiano se presentó con deberes sociales, entre los cuales estaba el de garantizar la salud de la población. Pero el ideal de querer brindar bienestar físico a toda la población en general era un reto ostentoso para la época, considerando que las carencias internas no eran sólo económicas. Para ello, el Estado debió delimitar los individuos a quienes irían dirigidos sus compromisos, instituyéndose la concepción de Asistencia Pública, entendida ésta como una función del Estado que se debía prestar a quienes estando físicamente incapacitados para trabajar carecieran de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas⁶⁸.

Esa concepción había tenido sus raíces en el segundo decenio del siglo XX pero oficialmente no había sido constituida. Fue objeto de debate entre algunos estamentos estatales y en 1925 se adicionó por la Ley 15 a las funciones de la Dirección Nacional de Higiene, con lo que se ordenó al Gobierno asumir responsabilidades que hasta el momento habían sido relegadas a la beneficencia, más su significación y funciones no habían sido estructuradas ni asumidas legalmente por ninguna administración gubernamental.

En un país que tendía a afianzar su economía, ampliando sus campos de acción hacía la conformación de una industria nacional liviana, pequeña y directamente influenciada por Norteamérica, al igual que como sucedió allí y en Europa, el interés del Estado se orientó en asegurar bienestar a la población trabajadora como herramienta importante en la producción, y porque los movimientos sindicales que se estaban gestando así lo exigían.

La consolidación de la industria colombiana desde comienzos del siglo XX y los procesos de urbanización que se dieron a la par, estuvieron acompañados de la emergencia de un nuevo imaginario urbano que daría

⁶⁸ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 226-227.

inicio a la ciudad moderna, pero sus necesidades chocaban con la capacidad de enfrentarlas. De allí que la emergente clase trabajadora procediera a exigirle, porque el obrero como su familia sufrían las consecuencias de las malas condiciones de trabajo y eran propensos a adquirir enfermedades que se relacionaban, entre otras cosas, con la mala alimentación y el hacinamiento⁶⁹.

Por su parte, el campesinado organizado en ligas agrarias pedía mejores condiciones de trabajo y de vida. Bajo estas circunstancias el primer Gobierno de Alfonso López Pumarejo, inclinado a ser un Gobierno social, debió intervenir mediante la expedición de una serie de normas que suplían las exigencias de los movimientos campesinos y obreros, considerados de gran importancia para la producción económica. Esa estima gubernamental sería manifestada por el ministro Alberto Lleras Camargo quien en un mensaje gubernamental decía “Hemos querido levantar el nivel de vida del pueblo, no sólo para que sirva mejor a las empresas nacionales que se quieren acometer con su respaldo, sino para que sea también un consumidor eficaz, es decir, un elemento más seguro del progreso en la producción industrial y agrícola”⁷⁰.

Los jefes de gobierno departamentales sin estar aislados de los propósitos del Gobierno Nacional expresaron igualmente el interés por “preveer y proteger el bienestar y el valor económico de la raza”. Así lo manifestó el gobernador de Santander Alfredo Cadena D’costa en 1931, para quien la... “profilaxia social era necesaria para el mejoramiento material y dignificación moral de los trabajadores”⁷¹.

⁶⁹ CONGOTE, Jana Catalina. Obreros y salud 1900-1930 (Tesis de Grado) Medellín: Universidad de Antioquia, 2002. Documento sin paginar.

⁷⁰ TIRADO, Op. cit., p. 155.

⁷¹ GACETA DE SANTANDER. Año: LXXIV, N° 5524 (Junio 13/1931). p. 178-180.

El Gobierno de Alfonso López respondió a esos eventos con una reforma jurídica y tributaria, adecuando la legislación existente a las nuevas situaciones que se estaban generando, en donde al campesinado con redistribución de tierras y el reconocimiento de algunos derechos se le daba solución parcial a sus peticiones. En lo que al movimiento obrero y sus peticiones respecta, en la reforma constitucional de 1936 se estableció un artículo que facultaba al Estado para intervenir en la vida económica y en los conflictos obrero patronales con el fin de dar... “al trabajador la justa protección a la que tenía derecho”⁷².

La industrialización que se adelantaba requería alta productividad en materias primas y procesadas, alimentos y la ampliación de mercados, por ello cualquier inconveniente, como el reflejo de descontento de la clase trabajadora rural y urbana o cualquier factor que pudiera afectar su bienestar y la disminución de sus fuerzas de trabajo podía obstaculizar la producción y el desarrollo del país, aspecto del que era consiente el Gobierno liberal del López Pumarejo, por lo que trató de dar soluciones a los problemas que se plantearon. Pero la clase dirigente del país, los industriales y terratenientes al verse afectados sus intereses por esas políticas tildaron al Gobierno de López de comunista, entablando una fuerte oposición a su mandato, ocasionando que las reformas que propició la “Revolución en Marcha” se frenaran. Pese a esto, la situación laboral del obrero y el campesinado mejoraron, aunque debieron esperar algunos años más para gozar de derechos individuales y colectivos más amplios.

Lo anterior refleja que en Colombia la adopción de nuevos compromisos sociales por parte del Estado para con su población, que se reflejaría a la postre con la adopción de una política de salud pública compleja e integral, fue el resultado entre otras cosas de las políticas de mercado, propias de

⁷² TIRADO, Op. cit., p. 148.

principios capitalistas, para los que el individuo era un objeto más de la producción económica por lo que era indispensable su bienestar.

Pero contrario de lo que se esperaba, los primeros compromisos dirigidos a brindar bienestar físico a la población no fueron asumidos directamente con la clase trabajadora. Al considerar al trabajador como elemento productor de riqueza se creyó que su salud debía estar protegida por el patrono, mientras que el Estado limitó su accionar a constituir la estructura legal que protegía al trabajador más no se convirtió en un agente prestador de servicios de salud. Sólo hasta 1946, mediante la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales el Estado adquiriría mayores compromisos con la salud de la población trabajadora⁷³.

Quizás ello se debió a las carencias económicas, estructurales, técnicas y profesionales que no permitían la adopción de compromisos sanitarios con un sector tan amplio como era la clase trabajadora urbana y rural. Los compromisos estatales debieron comenzar a asumirse con un sector de la población mucho más reducido como eran aquellas personas que carecían de medios de subsistencia, del derecho para exigirlos a otras o físicamente incapacitados para trabajar.

Citando a Emilio Quevedo, Mario Hernández y Néstor Miranda, se diría que al aplicar este mandato constitucional estrictamente serían muy pocos los incluidos en esta triple fatalidad y sería muy barato para cualquier Estado dar esa asistencia. Sin embargo, desde la aceptación de sus deberes sociales por el Estado, incluida la posibilidad de prestación directa de servicios de asistencia pública, se evidencia un cambio de dirección importante en el campo del papel de la organización estatal frente a la salud de los ciudadanos⁷⁴. Lo cual es en sí lo que interesa porque más allá de la

⁷³ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 90, Diciembre 26 /1946.

⁷⁴ HERNANDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 226.

comprensión de las causas que llevaron a la reorientación del papel funcional del Estado para con su población, lo que va a importar son las consecuencias que ellas van a traer, por lo menos para con las políticas destinadas al control de la lepra y el funcionamiento de los lazaretos.

El cambio de actitud del Estado para con la salud de su población se vio reflejado, así mismo, en la constante búsqueda de las condiciones requeridas para instaurar una estructura sanitaria nacional, para la preparación de personal profesional especializado y para la trasplatación de técnicas y saberes científicos, que en permanente interacción permitirían la puesta en práctica de políticas de salud mucho más complejas e integrales de las que hasta entonces manejaba el Estado. Es decir, la creación de esas condiciones, a la vez que permitieron un completo cambio del papel del Estado fueron el reflejo de ese cambio.

Cambio que derivaría en la adopción de una concepción de salud pública destinada a brindar bienestar colectivo. El Estado pasaría así del individualismo propio de la concepción de higiene pública al intervencionismo requerido por una política de salud pública. Por su parte la asistencia pública, que representaba una alternativa creciente de la intervención directa del Estado, fue un eslabón en la transición de la concepción sanitaria que se empezó a constituir desde la década del treinta pero que fue adoptado especialmente en la segunda mitad de siglo XX. Si bien pudieron presentarse incongruencias entre la política estatal de salud y su puesta en práctica es de resaltar que por lo menos desde la oficialidad se presentó un cambio actitudinal del Estado colombiano para con la salud de su población. Se requiere ahora establecer cómo se fueron forjando las condiciones internas para la adopción de ese nuevo ideal de salud.

2.2.3 Las Juntas de Higiene y el control de la lepra. Desde 1886, el Estado colombiano había manifestado oficialmente la necesidad de erigir un

organismo sanitario para controlar la higiene pública al asumirla como responsabilidad suya. De esta forma se creó la Junta Central de Higiene (J.C.H) y Juntas Departamentales de Higiene. La J.C.H tuvo como funciones específicas tomar medidas para el control de las principales enfermedades consideradas en ese momento epidémicas (fiebre amarilla, viruela, lepra, peste y cólera), el control sanitario de los entes y estructuras públicas (hospitales, escuelas, cárceles, asilos, etc.) y por su puesto, la aplicación de los tratados internacionales que eran ratificados con el fin de evitar la penetración al país de nuevas enfermedades infecciosas como el aislamiento del comercio internacional⁷⁵.

Aunque la J.C.H logró conformarse no sucedió lo mismo con las juntas departamentales. Tal fue el caso del Departamento de Santander, en donde no hay evidencias legislativas ni prácticas que demuestren la creación de una Junta departamental, por lo menos durante el siglo XIX. Razón por la que investigadores de la salud como Néstor Miranda ha planteado que si bien hubo interés estatal y la J.C.H logró realizar una labor meritoria, no logró conformarse una verdadera organización sanitaria nacional porque la capacidad técnica y la dinámica socioeconómica del país en su totalidad lo imposibilitaron⁷⁶.

Para 1913, los cambios que se estaban llevando a cabo en el país habían aumentado las exigencias en el sector salud, se asumió la idea de reestructurar la higiene pública para que pudiera responder adecuadamente con los propósitos estatales de intervenir en la salud de la población, y se consideró necesario fortalecer el frágil aparato sanitario estatal conformado por la J.C.H. Con tal fin, se expidió la Ley 33 de 1913, mediante la cual la J.C.H pasó a denominarse Consejo Superior de Sanidad, y se establecieron tres niveles más de organización sanitaria conformados por las Juntas

⁷⁵ Leyes de la República de Colombia. Ley 30, Octubre 20/1886.

⁷⁶ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 180.

Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias.

Una organización demasiado extensiva, teniendo en cuenta lo difícil que resultaba la instauración y sostenimiento de tres organismos a escala regional, siendo quizás la imposibilidad de su conformación lo que ocasionó el replanteamiento de dicha política, conllevando un año más tarde al Consejo Superior de Sanidad a recobrar su antiguo nombre y a abolirse la organización sanitaria conformada, instaurándose sólo Direcciones Departamentales de Higiene, cuyas disposiciones debían ser de cumplimiento obligatorio por las autoridades Departamentales y municipales⁷⁷.

En 1918 la J.C.H continuó sufriendo algunas modificaciones, su nombre cambió al de Dirección Nacional de Higiene (D.N.H) y pasó de depender del Ministerio de Gobierno al Ministerio de Instrucción Pública⁷⁸, siendo esos cambios de ministerio una constante hasta que en 1938 se conformó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. La manera en que el Estado concibió la salud ocasionó que se relacionara en ocasiones con la educación y otros con la agricultura o el comercio, de allí que fuese desde esos ministerios desde donde se organizó la estructura sanitaria nacional. Fue así como en 1920, a través del Decreto número 226, la D.N.H se adscribió al Ministerio de Agricultura y Comercio.

Cuando los problemas de salud de la población fueron atribuidos a la falta de salubridad en los hábitos y costumbres de los individuos se consideró que la mejor forma de corregir estos problemas era enseñar a la población las políticas y los hábitos de higiene, por lo que se creyó pertinente encargar al

⁷⁷ Secciones Extraordinarias y Ordinarias de la República de Colombia. Ley 84, Noviembre 21/1914.

⁷⁸ Acto legislativo y leyes de la República de Colombia. Ley 32, Octubre 29/1918.

Ministerio de Instrucción Pública de la coordinación de la D.N.H. Por el contrario, cuando se afianzaba la relación entre población sana y productividad económica, se consideró más oportuno adscribir la D.N.H al Ministerio de Agricultura y Comercio para que él se encargara de organizar, supervisar y financiar este organismo.

Por otra parte, cuando el Estado empezó a perfilar sus aspiraciones de adoptar políticas de asistencia pública adicionó su control a la D.N.H, quien como único organismo sanitario nacional existente debió encargarse de socorrer médica, farmacéutica, hospitalaria, alimenticia e higiénicamente a quienes pudieran necesitarlo y no tuvieran los medios propios para costearse estos servicios. A la par que se afianzaban los nuevos compromisos estatales con respecto a la salud de la población se vislumbró más la necesidad de consolidar una organización sanitaria nacional, de allí que para 1931 la Dirección Nacional de Higiene, adoptó el nombre de Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, así como se constituyó en un ente autónomo con independencia administrativa para abordar los problemas sanitarios del país⁷⁹.

Aunque la conformación de un organismo con independencia de los demás departamentos administrativos era indispensable para contar con una verdadera estructura sanitaria, la autonomía decretada en 1931 no duró mucho, puesto que en la documentación encontrada en ese mismo año la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública figuraba como dependiente del Ministerio de Gobierno. El interés del Gobierno central por convertirse en un agente interventor en el ramo de la salud había generado, frente a la imposibilidad de constituir un organismo sanitario autónomo, la necesidad de mantener control e influencia directa en la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, siendo la mejor forma para ello adscribir este organismo al Ministerio de Gobierno.

⁷⁹ Secciones extraordinarias de la República de Colombia. Ley 1, Enero 5 /1931.

Así, en la medida que se arraigaba la idea de concebir la salud de la población como política de Estado se percibía con mayor claridad la necesidad de instaurar un organismo sanitario con independencia administrativa y financiera para encargarse exclusivamente de crear y hacer cumplir las políticas de higiene y asistencia pública. Y aunque se produjeron durante las primeras décadas del siglo XX grandes avances en lo que a la conformación de un departamento sanitario se refería, su autonomía sólo se concretó hasta 1938 cuando esas intenciones comenzaron a materializarse con la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social⁸⁰, involucrando de esta manera la higiene en el Estado como parte de las políticas sociales.

La instauración del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social fue reflejo de la estrecha relación que se generó en el Gobierno de Alfonso López Pumarejo entre la higiene, la asistencia pública y las clases trabajadoras. Su creación fue además un paso importante para la puesta en marcha de las concepciones higienistas y asistenciales que se estaban adoptando en el país. A través del Decreto 2392 de 1938 con el cual se organizó el Ministerio, es manifiesta la intención de crear un Departamento especializado para cada uno de los aspectos que fueron integrando el ideal de salud que se buscó alcanzar.

De esta manera, se estableció el Departamento de Servicios Coordinados de Higiene, de Ingeniería Sanitaria, de Protección Infantil y Materna, de Asistencia Social y el departamento de Lucha Antileprosa, evidenciándose así la importancia que aún tenía esa enfermedad en el país. Otras enfermedades como la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el cáncer, consideradas un significativo problema de salud contaron también con secciones especializadas. Sin embargo, la intención de instaurar un

⁸⁰ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 96, Agosto 6 /1938.

Ministerio de Higiene autónomo no se descartó, ya que el Gobierno afirmaba que el Ministerio creado en 1938 era una organización transitoria que pronto sería mejorada.

Un propósito que se concretó tan sólo en 1947 cuando se creó el anhelado Ministerio de Higiene como un ente autónomo, encargado exclusivamente de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país⁸¹. Quedando de esta manera, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social convertido sólo en el Ministerio de Trabajo.

Con la creación del Ministerio de Higiene se vieron concretadas y materializadas las aspiraciones de constituir una estructura sanitaria que por lo menos, desde la oficialidad, asumiera la higiene como una política social de gran importancia, y cuyos alcances fueran significativos entre la población colombiana al recibir ayuda asistencial por parte del Estado como parte de un programa específico que representaba los nuevos compromisos adquiridos.

Igualmente, la creación del Ministerio de Higiene fue el reflejo de las nuevas concepciones sanitarias que se estaban adoptando en el país. Es por eso que cuando se buscaron adoptar plenamente las nuevas corrientes Estadounidenses de salud pública, se hizo indispensable la reestructuración del Ministerio de Higiene como Ministerio de Salud Pública en 1953, asignándose como principal función propiciar políticas de salud tendientes a cobijar un mayor número de población desde campos más amplios.

La conformación de la organización sanitaria también debió efectuarse a escala departamental para lograr una integración completa que diera continuidad a las políticas sanitarias fundadas por los organismos nacionales

⁸¹ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 27, Diciembre 2 /1946.

y garantizara su ejecución. Tomando como ejemplo el Departamento de Santander, se puede decir que las carencias económicas, técnicas y profesionales entre otras, habían provocado la inexistencia de una verdadera organización sanitaria regional que se encargara de controlar, coordinar y hacer cumplir las políticas higienistas y asistenciales que se fueron instaurando desde las administraciones nacionales. Hasta comienzos del siglo XX, esa situación poco cambio, aunque se creó la Dirección Departamental de Higiene, problemas financieros y de administración restringieron su funcionamiento, situación que se puede corroborar a través de un seguimiento a las ordenanzas departamentales que evidencian el interés del gobierno territorial por reestructurar esa dependencia y sus funciones.

En 1935, la Asamblea Departamental de Santander ordenó la creación de la Junta de Higiene y Asistencia Pública, cuyas funciones eran la administración financiera del presupuesto nacional y departamental destinado a la higiene y la asistencia pública de Santander, difundir medidas profilácticas que impidieran el desarrollo de enfermedades contagiosas, así como divulgar todas las demás nociones de higiene pública y privada tendientes a obtener la vigorización de la raza y de la protección infantil⁸².

Un año después, mediante la Ordenanza número 33 del 27 de Abril, la Junta adquirió el nombre de Dirección Departamental de Higiene y Asistencia Pública, sumando a sus obligaciones tener que verificar el control de la higiene en los hospitales, asilos, orfanatos y demás establecimientos de utilidad común, así como en los cuarteles, cárceles, hoteles, pensiones, basureros y casas particulares, con el fin de evitar la propagación de enfermedades.

⁸² Ordenanzas del Departamento de Santander. Ordenanza N° 11, Julio 1/1935.

La Dirección Departamental debió además, fomentar el establecimiento de instituciones de asistencia pública con servicios de consulta externa, prenatal y de protección infantil como eran los hospitales y asilos; hacer parte de las juntas seccionales de títulos médicos; velar por el cumplimiento de las disposiciones nacionales, departamentales y municipales relacionados con la sanidad y la asistencia pública, y adelantar enérgicas campañas contra la lepra, la tuberculosis, la anemia, el paludismo y el pían.

A esa continuidad de las disposiciones nacionales por parte del departamento de Santander, se aunó el deseo por instituir una organización sanitaria que funcionara como un agente supervisor, interventor y promotor de las nuevas concepciones higienistas y asistenciales que las diversas administraciones centrales fueron implementando con orientación preventiva y colectiva. Ello se reflejó más explícitamente a mediados de 1936 con la conformación de las comisiones sanitarias que reemplazaron las Juntas de Higiene bajo las órdenes de la Dirección Nacional de Higiene y el Gobernador del Departamento. Su objetivo continuó siendo el de atender los problemas de higiene y asistencia pública de la población urbana y rural, para lo cual las comisiones sanitarias deberían llegar a las zonas rurales distantes, en donde no existía una política sanitaria y asistencial coordinada por alguna institución gubernamental. Para ello, las comisiones prestarían servicios de saneamiento, medicina, dentistería, vacunación y laboratorio, así como seguirían adelantando campañas contra las enfermedades de mayor impacto o en educación higiénica⁸³.

Posteriormente, se instituyó una Unidad Sanitaria con sede en Bucaramanga, que tuvo a su cargo la coordinación de las comisiones sanitarias conformadas en 1936, preservando así la organización sanitaria de Santander, que si bien pudo tener variaciones nominales su finalidad siguió

⁸³ Gaceta de Santander. Año LXXIX, N° 5792. Decreto N° 475, Junio 12/1936.

siendo prestar un servicio social a la comunidad a través de la integración de medidas preventivas y curativas. En especial, hacia el control patológico, el saneamiento del territorio y una ardua labor educativa para enseñar a la población hábitos de higiene que contribuyeran a evitar la aparición de nuevas enfermedades y/o la expansión de las existentes.

No obstante, la conformación y fortalecimiento de una organización sanitaria estatal no era suficiente para la puesta en práctica de una concepción de salud pública que tendía a garantizar bienestar físico, mental y emocional a la colectividad a través de la combinación de medidas preventivas y curativas, acordes con los objetivos que buscaba alcanzar el Gobierno Nacional. Ello requirió además, la transferencia de técnicas y saberes científicos, así como preparación de personal profesional especializado capaz de responder a los requerimientos de un nuevo país.

2.2.4 Prácticas y mentalidades médicas predominantes. Hasta mediados del siglo XX los médicos colombianos habían sido formados bajo la mentalidad clínica y los principios médicos europeos. La *anatomoclínica*, consideraba la enfermedad como la lesión de una parte localizada del cuerpo (órgano, tejido o células) que traía como consecuencia la alteración de la forma y la estructura de dicha parte, para lo cual el médico por medio del diagnóstico y la curación debía conocer las diferentes alteraciones que producían las lesiones en el tamaño, el color, el sabor, el olor y la consistencia de los órganos, tejidos y células, constituyéndose así en una práctica de observación con inclinación teórica, destinada más a curar que a prevenir. Con todo, esa mentalidad clínica había sido adoptada y predominaba entre comunidad médica colombiana desde su conformación a finales del siglo XIX.

Sin embargo, sus principios y prácticas se hacían inadecuados para la puesta en funcionamiento de la concepción de salud pública, cuyo fin se

enfocaba a la prevención y a la protección de una capa social más amplia. De allí que la *fisiopatología* entendida como el estudio de las alteraciones funcionales que conforman la enfermedad y la *etiopatología* que se interesa por la identificación del complejo causal de las enfermedades resultaran más acordes con las nuevas necesidades en salud pública. Aunado al hecho que a pesar de su origen europeo se habían desarrollado en Norteamérica.

La etiopatología tuvo gran acogida desde finales del siglo XIX entre algunos médicos colombianos, pues el conocimiento de los agentes causales de la enfermedad, primordialmente cuando ésta era producto de un agente externo, propiciaba la esperanza de ser controlada mediante la eliminación de dicho agente. Con lo cual la higiene resultaba ser así una rápida y económica solución para prevenir y controlar la enfermedad.

No obstante, su práctica requería de espacios de investigación como eran los laboratorios, motivos por el cual los médicos que se orientaban hacia esa tendencia propiciaron la constitución de establecimientos de investigación. Y aunque se erigieron algunos laboratorios, el factor económico obstaculizó su constitución y efectividad ante la falta de dotación técnica y de personal especializado.

De esta manera, la imposibilidad de contar con los espacios requeridos para efectuar prácticas investigativas y la hegemonía de la mentalidad anatomoclínica entre los médicos colombianos obstruyeron la aceptación en el país de la etiopatología. Aún así, el intervencionismo norteamericano, y con él la renovación de la medicina y la enseñanza médica, conllevaron a que la anatomoclínica o clínica francesa iniciara un paulatino desplazamiento.

Los procesos económicos, políticos y sociales vividos por los Estados Unidos desde el siglo XIX le habían permitido afianzar su posicionamiento

hegemónico, habían reorientado sus políticas frente a la salud de la población, así como propiciaron la asimilación efectiva e introducción en el médico de mentalidades y prácticas médicas acordes a las nuevas necesidades asistenciales que los procesos de cambio y modernización generaban. La prevención se consolidó como el objetivo de las ciencias médicas estadounidenses, para lo cual la teoría y la práctica médica debieron fusionarse, pues las nuevas necesidades y concepciones de salud requerían de una medicina más investigativa y experimental.

La fisiopatología y etiopatología se ajustaban más a los requerimientos de los Estados Unidos, en especial la fisiopatología que encontró seguidores y desarrollo. Para ello se apoyó en las ciencias física y química, se fundamentó en el trabajo de laboratorio, y reencausó el papel funcional del médico para convertirlo no sólo en un científico sino también en un agente activo, capaz de cambiar el rumbo de la enfermedad, mediante intervenciones quirúrgicas y tratamientos clínicos⁸⁴, lo cual alejaba al médico de ser un simple observador.

De igual forma, la fisiopatología requirió de la tecnología y la especialización, para su conformación. La tecnología era indispensable para adelantar las investigaciones científicas y para las intervenciones quirúrgicas y clínicas, y la especialización, en vista de la multiplicidad de enfermedades que afectaban el complejo cuerpo humano, se hizo necesaria para generar resultados más certeros y eficaces.

La etiopatología, por su parte, aunque no se convirtió en la mentalidad médica dominante en los Estados Unidos también encontró adeptos y adquirió nuevos rasgos y desarrollo. Así la fisiopatología y etiopatología de orígenes europeos, al encontrar en Norteamérica las condiciones para su adopción, evolución y puesta en práctica se asimilaron con las políticas de

⁸⁴ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Medina. Op. cit., p. 161.

ese país pues países europeos como Francia seguían aferradas a la mentalidad anatomoclínica.

Con la acentuación de la intervención norteamericana en Colombia, en la tercera década del siglo XX se aceptó el ideal de salud manejado en ese país, y se hizo necesaria la adopción de las prácticas y las mentalidades médicas allí desarrolladas. La fisiopatología por requerir para su puesta en práctica de elementos técnicos, conocimientos científicos y personal médico especializado, difícilmente pudo ser adoptada en Colombia. Por el contrario, la etiopatología, con resultados positivos y con menos requisitos para su ejecución se presentó como la opción más factible. No obstante, los espacios y condiciones para su adopción aún estaban por terminar de construirse.

Los escasos centros universitarios encargados de formar los médicos colombianos estaban imbuidos por la clínica francesa, y los médicos que no se educaban allí preferían hacerlo por tradición en Europa, preferiblemente en Francia. Así, mientras la mentalidad anatomoclínica aseguraba su predominio en el país, el Gobierno Nacional exigía que la reestructuración académica de las universidades colombianas debía hacerse e inclinarse hacía la asimilación de la medicina norteamericana, aunque para ello se necesitaba formar el personal que llevaría a cabo esa transformación. Para lo cual, el Estado Norteamericano, las organizaciones sanitarias internacionales y las fundaciones filantrópicas como la Rockefeller otorgaron becas que incentivaban a quienes deseaban estudiar medicina a hacerlo en ese país. Logrando así que el personal formado allí facilitara la adopción de las nuevas corrientes médicas, las cuales se adecuaban a los acaecimientos y circunstancias que se estaban efectuando en el país.

En el amplio e innovador programa de gobierno de Alfonso López Pumarejo, se contempló la reforma del sistema hospitalario y los programas educativos

en medicina. En cuanto a la enseñanza médica en 1935 se propuso modernizar la estructura académica, jurídica, administrativa de la Universidad Nacional⁸⁵, se adoptaron una serie de reformas al reglamento de la facultad de medicina, y se reconoció la necesidad de especializar al personal médico en áreas determinadas como la medicina y cirugía general, la obstetricia, la dermatología, la anatomía, la fisioterapia, la neurología, la siquiatria, la histología, la embriología, la bacteriología, la higiene, la fisiología y la radiología, entre otras⁸⁶.

Así mismo, quienes se inclinaban por la reestructuración de los centros universitarios y la aceptación de las corrientes médicas norteamericanas argumentaban la necesidad de cambiar una situación que desde tiempo atrás se consideraba que no correspondía a los nuevos rumbos de la medicina ni a las necesidades asistenciales del país. Según ellos, en su reemplazo debía instaurarse una medicina especializada y de laboratorio mediante la cual la enseñanza médica fuera teórica y práctica y en donde la universidad como centro moderno tuviera como función principal la investigación⁸⁷.

No obstante, dicha transformación sólo se daría en su forma hasta la segunda mitad del siglo XX porque los grandes cambios propuestos no llegaron a concretarse cabalmente, ya que muchos médicos colombianos se negaron a aceptar el cambio de rumbo, aferrándose a la tradición y forma de concebir y practicar la medicina bajo la influencia de la clínica francesa. Por lo tanto, los médicos siguieron inclinados hacia la práctica de una medicina teórica y de enfoque curativo desarrollada en el ámbito privado.

⁸⁵ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 68, Diciembre 7/1935.

⁸⁶ HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 124. Acuerdo N° 3, Julio 11/1932

⁸⁷ QUEVEDO, Emilio. La salud en Colombia: Análisis socio histórico (primera parte). Disponible en Internet vía archivo: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud56/informe.htm>.

En 1944 y 1947, los estadounidenses Arístides Moll y Morris Fishbein al realizar un análisis de la situación médica colombiana concluyeron que en el país se destacaba la inexistencia de facultades de medicina, la notable influencia francesa en la educación médica y el poco valor de la investigación como de las publicaciones científicas que realizaba la comunidad médica nacional. Estos factores propiciaron la organización de misiones médicas norteamericanas que vinieron a Colombia para contribuir en la reorganización administrativa de las facultades de medicina, la creación de departamentos en cada uno de los principales campos de la medicina, en el entrenamiento de médicos jóvenes en el extranjero, el establecimiento de postgrados y la reorganización de los hospitales, entre otros.

La primera misión norteamericana vino a Colombia en 1948 y por ser presidida por el doctor G. H. Humphreys, se denominó "Humphreys". Luego de un análisis de las instituciones medicas, la misión llegó a la conclusión que estas presentaban fallas de organización por lo que recomendaba mejorar la situación de la enseñanza médica, haciéndose énfasis en las ciencias básicas o preclínicas, reduciendo el número de estudiantes admitidos y aumentando el número de profesores. Así como se sugirió reorientar la enseñanza médica hacia métodos más experimentales para lo cual se requería facilitar a las facultades el mejoramiento de sus condiciones técnicas y de laboratorio.

Para 1953, hizo su aparición en el país la segunda misión médica, conocida como la misión Lapham. Ella destacó que muchas de las deficiencias anotadas por la primera misión se habían corregido gracias a las sugerencias hechas por esa misión al gobierno colombiano. Sin embargo, aún quedaban aspectos por corregir como el sistema de conferencias didácticas con énfasis en la memorización de datos textuales, motivo por el que la misión Lapham propuso un plan de estudios para que fuera adoptado por todas las facultades de medicina en el país, mediante el cual se

reemplazaba el método de memorización por un método enfatizado en el trabajo práctico que el médico debía efectuar en el laboratorio, al lado de la cama del enfermo y en la biblioteca⁸⁸.

Mediante la formación de médicos competentes y especializados, aunado al desarrollo de la ciencia a través de la investigación, se buscó que las instituciones universitarias contribuyeran al mejoramiento de la salud pública. Ello significó no sólo la consolidación del modelo de salud norteamericano, tanto en la estructura sanitaria como en el acogimiento de una mentalidad clínica, sino también la formación de profesionales que se adecuaron al nuevo perfil que exigía la práctica médica para responder a las condiciones del país. Esas políticas conllevaron adicionalmente a reglamentar y restringir el ejercicio de la medicina sólo a quienes hubieran culminado satisfactoriamente los estudios médicos en algún centro de educación superior, nacional o internacional, contando para ello con un título como médicos avalado, controlado y evaluado por una Junta Central de Títulos Médicos⁸⁹. Al ser considerada el ejercicio de la profesión médica como una función social con la que se requería obtener resultados satisfactorios, su institucionalización y control profesional era ineludible.

Aún así, se presentaron inconvenientes en la formación del profesional médico orientado al ejercicio de una práctica más especializada, investigativa y experimental, sumado a las incongruencias entre la política estatal de salud y la reorientación de la educación y práctica médica, porque si bien la oficialidad planteó el cambio como requisito indispensable para hacer efectiva la nueva noción de salud pública, ello implicaba traspasar los límites de la higiene pública, la individualidad y la curación.

⁸⁸ HERNANDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Op. cit., p. 142, 261-265.

⁸⁹ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 67, Diciembre 4/1935.

En conclusión, los cambios económicos generados desde comienzos del siglo XX en Colombia van a propiciar una serie de eventos y circunstancias que dejaron ver la necesidad que tenía el Estado de reorientar su papel frente a la salud de la población. Si bien, las causas que conllevaron al Estado a reconocer sus deberes sociales pudieron responder a presiones internacionales y/o nacionales, a la necesidad que tenía de legitimarse como Estado moderno y civilizado, a un proceso acumulativo o por intereses pecuniarios públicos o particulares, ese cambio fue importante para establecer una estrecha correlación entre lo legal y lo práctico con importantes efectos sobre la sociedad en general.

La participación norteamericana en el proceso de cambio actitudinal del Estado colombiano para con la salud de su población fue notable, pues en ese país se había constituido el modelo de referencia del ideal de salud que buscaba implantarse en Colombia, así como la forma y métodos que se necesitaban para tal fin. Ello requirió además de un proceso complejo y paulatino que adoptó características propias, y que según investigadores de la salud pública, sólo logró concretarse cabalmente para finales de la década del sesenta. Aún así, el deseo de brindar bienestar físico, mental y emocional a la colectividad, que permitiera la prolongación de la vida mediante la instrucción en higiene, la sanidad ambiental, el control de las enfermedades prevenibles, la organización de los servicios médicos y la práctica de la medicina preventiva, independientemente de sus intenciones, había estado presente en las administraciones gubernamentales desde antes de la primera mitad del siglo XX.

Ello se vio reflejado en la constante búsqueda de los elementos requeridos para llegar a efectuar el cambio, como eran la consolidación de una estructura sanitaria nacional, la preparación del profesional especializado y educado bajo una mentalidad clínica más investigativa, experimental y preventiva que contribuyera al desarrollo de la ciencia, sumado a la

adecuación de una legislación colombiana acorde a los compromisos que el Estado fue adquiriendo para responder a las nuevas condiciones del país, entre otros aspectos.

El ideal de salud manejado en Colombia durante el período que comprende esta investigación (1931- 1961) fue aquel que se debatió entre la higiene pública y una política compleja e integral de salud pública, en donde apareció una concepción intermedia como fue la de asistencia pública. El Estado buscó pasar de individualismo al intervencionismo, de lo particular a lo colectivo, de dejar de ser un agente pasivo para convertirse en un agente activo, asumiendo deberes sociales que hasta el momento habían sido responsabilidad individual, generando programas para resolver problemas que se consideraban que sólo concernían a quien los padecían. Aun así, lo más importante del cambio actitudinal que el Estado colombiano tuvo para con la salud de la población o por lo menos en lo que atañe a la presente investigación fue la repercusión que todo ello tuvo en las políticas decretadas para el control de la lepra y la reorientación funcional de los lazaretos.

2.3 REESTRUTURACIÓN DE LA CAMPAÑA ANTILEPROSA

La lepra, enfermedad estigmatizada y temida socialmente había sido objeto de atención de las autoridades gubernamentales desde su aparición en el período colonial, y aunque en la práctica había sido realmente poco lo realizado para detener su expansión, a comienzos del siglo XX se creó una estructura legal rígida que perseguía, proscribía y coartaba a quienes la padecían. La imposibilidad de controlarla por otros medios, situaron al aislamiento obligatorio en los lazaretos la única medida sanitaria conocida. Medida que contó con el apoyo estatal, de la comunidad médica y de la población en general quienes en su afán por alejar de la vista pública a seres que portaban una enfermedad considerada altamente contagiosa, y que por las discapacidades y deformidades que ésta ocasionaba lograban aterrorizar,

no les importó los sufrimientos que la segregación y el desprecio causaban a los enfermos.

Durante las tres primeras décadas del siglo XX se adelantó una campaña persecutoria contra los enfermos, quienes además de padecer las terribles y dolorosas manifestaciones de la enfermedad, debían soportar los señalamientos de la sociedad quien los rechazaba y menospreciaba por padecer una enfermedad de la cual no sabían por qué ni cómo la habían contraído. Si bien, la lepra fue asimilada con el pecado, la pobreza e incivilización, ella no tuvo distinción social, política, cultural y económica, porque afectó a ricos y a pobres, a niños, adolescentes o ancianos, a negros, blancos y mestizos, a creyentes e impíos, al ignorante y al intelectual, al albañil y al artista. Todos debieron sufrir el rechazo de la población y los padecimientos de la enfermedad.

Aún así, la represión y la indiferencia se constituyeron en la respuesta a la enfermedad por parte de la población ajena a ella, quienes esperaban que de un momento a otro, sin la compensación de un medicamento y/o de unas políticas higienistas y asistenciales acordes a las necesidades de los enfermos y la situación del país, la lepra desapareciera del panorama nacional. Evento que no sucedió, ya que el proscribir a todos los enfermos de lepra en los diversos lazaretos no garantizaba la erradicación de la enfermedad, más aún teniendo en cuenta que allí vivían los leprosos con personas sanas y en condiciones deficientes. De allí que se replanteara la política de aislamiento obligatorio y la funcionalidad de los lazaretos.

El primer avance que oficialmente se estipuló ocurrió en 1927, cuando se pretendió organizar los lazaretos colombianos de acuerdo a los sistemas hospitalarios modernos que existían para la época, al interior de los cuales se contempló la necesidad y la obligatoriedad que se tenía de suministrarles un tratamiento científico a los enfermos. Sin embargo, la Ley 20 del 26 de

Septiembre de ese mismo año si bien concretó la anterior propuesta en ningún artículo dejó claro cuales eran los métodos modernos y los tratamientos que se debían aplicar⁹⁰. En consecuencia y como era evidente esta disposición no pasó del ámbito legal.

Aún así, fue significativo la intención de convertir los lazaretos en instituciones, en donde además de aislar a los leprosos también se les prestaba ayuda médica. Ayuda que se había basado desde finales del siglo XIX con el suministro fortuito del aceite de Chaulmugra por vía oral o subcutánea, constituyéndose en un tratamiento que arrojó resultados positivos en algunos pacientes, pero en otros contribuyó a empeorar el estado de la enfermedad. Con todo, el Chaulmugra permaneció hasta bien entrado el siglo XX siendo el único tratamiento aceptado como científico.

Por consiguiente, no se puede establecer que hasta 1930 existiera un tratamiento científico cabalmente efectivo para controlar la lepra, así como sería inadecuado plantear que la medicalización de la lepra fue la causa inicial de la reorientación de las políticas instituidas para el control de la enfermedad que se entrevieron desde 1927. Por otra parte en 1929, contrario a lo instituido hasta entonces, el Estado y la comunidad médica colombiana contemplaron la posibilidad de liberar enfermos después de períodos de observación entre los seis y doce meses, durante los cuales se sometían a diversos exámenes y prácticas para establecer si el bacilo de Hansen como agente transmisor de la enfermedad había desaparecido de sus cuerpos, y consigo poder ser decretados como personas no peligrosas para vivir en sociedad, llamados luego “curados sociales”⁹¹.

Valga anotar que desde 1905 se había ordenado el aislamiento obligatorio de todos los enfermos de lepra sin distinción, pero 24 años después las

⁹⁰ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Ley 20, Septiembre 26 /1927. p. 13-15.

⁹¹ *Ibid.*, Resolución N° 34, Mayo 27/1929. p. 195-197.

cerradas puertas de los lazaretos se abrieron para liberar a algunos enfermos. Acaecimiento importante porque marcó el comienzo de la nueva concepción de la lepra, el leproso y el lazareto que se tuvo y que conllevó al declive de la rígida estructura institucional que se había consolidado a comienzos del siglo XX.

Para 1932, quizás por el incumplimiento a la presente disposición, nuevamente se decretó la liberación de los enfermos, replanteándose la forma en que debía realizarse. Fue así como se estableció que sólo los casos contagiosos debían aislarse por ser altamente peligrosos para la sociedad, mientras que los individuos que no presentaban el bacilo de Hansen al momento de ser examinados bacteriológicamente, así la enfermedad hubiese dejado en ellos consecuencias graves como discapacidades, debían dejarse en libertad pero sometidos a la vigilancia de las autoridades⁹².

No obstante, sería el replanteamiento del método en que debía llevarse a cabo el aislamiento obligatorio una de las políticas más significativas del cambio emprendido por el Gobierno Nacional en su lucha contra la lepra. Si bien, antes de la institucionalización de los lazaretos en 1905 el aislamiento de los leprosos era necesario, éste podía realizarse a domicilio o en lugares apartados de las urbes sin ser imperioso que se efectuara en los lazaretos. Evento que cambió a comienzos del siglo XX cuando se catalogó a la lepra como una calamidad pública y se ordenó que el aislamiento de todos los enfermos sin ninguna excepción o consideración debía cumplirse en alguno de los tres lazaretos de la República.

Pero el afán gubernamental por reorientar la campaña antileprosa conllevó a que desde 1933 se concediera nuevamente permiso a los enfermos de efectuar su aislamiento en lugares distintos a los lazaretos. Fue así como se

⁹² Acto legislativo y leyes de la República de Colombia. Ley 32, Noviembre 18 /1932.

planteó que todos los enfermos infectantes, es decir, aquellos que presentaran lesiones abiertas y signos bacteriológicos positivos debían ser proscriptos, procedimiento que podría ejecutarse en los lazaretos o a domicilio. Incluso se contempló la posibilidad de que éste se hiciera en salones especiales ubicados en los hospitales oficiales, lo cual no sucedió, porque los hospitales del país no contaban con el personal, la infraestructura y demás medios requeridos para la adecuación de un lugar especial destinado a la atención y sostenimiento de los leprosos, sumado a la adversión de los enfermos endémicos y los pacientes ambulantes a convivir de cerca con los leprosos.

El aislamiento a domicilio se condicionó a la posibilidad que tenían las autoridades sanitarias de vigilar constantemente a los enfermos y a la posibilidad que los leprosos tuvieran de contar con recursos suficientes para hacer efectiva esa medida. La edificación que servía de residencia a los leprosos debía contar con condiciones higiénicas adecuadas y no ser de utilidad colectiva. Así mismo, los enfermos debían permanecer siempre en su domicilio, no visitar ni hacer uso de establecimientos públicos, no compartir sus utensilios o ropaje, no ejercer profesión u oficio que tuviera un contacto directo o indirecto con las personas exentas de la enfermedad, someterse a los tratamientos establecidos y a exámenes periódicos, los cuales debía también practicarse el acompañante, sirviente o enfermero que conviviera con el doliente⁹³.

Considerando esas estrictas condiciones para conceder el aislamiento a domicilio era de esperarse que pocas personas hicieran uso de él, prefiriendo gozar de las “libertades” otorgadas en los lazaretos, ya que dentro de esas instituciones convivían entre iguales, con personas que compartían la misma enfermedad y el mismo ostracismo, y les eran devueltos los derechos civiles que por su condición fuera de los lazaretos les eran negados, el único

⁹³ Diario Oficial. Año LXIX, N° 22337. Resolución N° 60, Mayo 19 /1933.

derecho al que no tenían acceso los enfermos era al de elegir y ser elegido para ocupar algún cargo público, derecho que les devolvió hasta la eliminación de los lazaretos en 1961.

Sin embargo, es significativo el replanteamiento de las condiciones y el lugar en que debía efectuarse el aislamiento de los enfermos infectantes, así como la liberación de los que bacteriológicamente no lo eran. Esa medida dejó entrever la desaparición oficial de la concepción de lepra como calamidad pública y con ello el inicio de la decadencia de los lazaretos, pues su objetivo empezaba a dejar de ser el aislamiento obligatorio. Así lo manifestaron enfáticamente las diversas administraciones gubernamentales a partir de los años treinta al reorientar el papel funcional de los lazaretos como instituciones de aislamiento para convertirlos en instituciones médicas, cuyo objetivo central no fuera exclusivamente alejar de la vista pública a los enfermos de lepra sino también proporcionarles ayuda médico-asistencial, a fin de que fueran menos dolorosos sus padecimientos físicos, dado que para entonces alcanzar la completa curabilidad era un propósito casi irrealizable. A pesar que todo eso había sido desde varios años atrás un proyecto estatal, realmente no se había llegado a concretar hasta que las administraciones gubernamentales liberales vieron ello como una necesidad que requería su materialización.

Las nuevas políticas que se decretaron desde 1927, contrarias a las que se habían estructurado a comienzos de siglo, conllevan a formular preguntas como: ¿Qué ocurrió para que el Gobierno Nacional cambiara su percepción de la lepra, del enfermo y de la institución destinado para su control? ¿Qué provocó la desaparición legal de los lazaretos colombianos? Trabajos historiográficos como el de Elías Sevilla titulado “Los mutilados del oprobio” y el de Diana Obregón Torres “Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia” se constituyen en estudios que pueden contribuir a dar respuesta a los anteriores interrogantes, aún así esta investigación pretende

comprender los orígenes y el desarrollo de los lazaretos en Colombia, para luego establecer si hubo una correlación entre las disposiciones legales y las practicas clínicas, y cómo los enfermos vivenciaron los cambios que se efectuaron, todo ello a través del lazareto de Contratación.

La liberación de enfermos no infectantes, propuesta formal y legalmente por el Gobierno Nacional, podría parecer en principio que obedeció a influencias externas, dado que en el artículo 1 de la Ley 32 del 18 de Noviembre de 1932 se estipuló que... “la campaña contra la lepra se continuaría en el país de acuerdo con los principios universalmente aceptados sobre profilaxia de dicha enfermedad, según los cuales los enfermos contagiosos que son un peligro para la sociedad deben aislarse y aquellos que no presenten ese riesgo pueden dejarse en libertad, pero sometidos a la vigilancia de las autoridades sanitarias y las disposiciones de la Dirección Nacional de Higiene”. Si bien, el Estado y la comunidad médica colombiana para facilitar el comercio internacional y las comunicaciones marítimas habían adoptado y aplicado las disposiciones emanadas de las convenciones sanitarias internacionales y de congresos de enfermedades específicas como la lepra que en ocasiones y de manera esporádica se celebraron, el estigma y el temor a la misma y a quienes la padecían continuaban arraigadas en la mentalidad y los sentimientos de la población con la misma fuerza que en los períodos colonial y republicano.

La oposición de la población exenta de la enfermedad fue un obstáculo para la ejecución de cualquier política orientada a exponer de nuevo a la vista pública a individuos que pese a no ser catalogados como contagiosos por no poseer el bacilo de Hansen en su cuerpo eran considerados leprosos, por ello el compartir los espacios públicos con los enfermos aterrorizaba a la sociedad, y aunque así lo comprendieron los dirigentes colombianos quienes debieron tomar medidas que beneficiaran a ambas partes, esos beneficios

nunca fueron igualitarios, pues los enfermos siempre soportaron la peor parte.

En una sociedad que juzgaba, rechazaba y temía a los enfermos de lepra, la principal causa para que se decretara la liberación de curados sociales no podía ser directamente el acatamiento a una recomendación internacional. De haber sido así, desde finales del siglo XIX se hubiera adoptado el sistema de aislamiento en hospitales ubicados en las grandes urbes implantado en Noruega, el cual había demostrado su efectividad y había sido por ello ampliamente promovido por las organizaciones sanitarias internacionales como mecanismo para controlar la lepra de una manera menos traumática para los dolientes.

La influencia internacional, en especial de los Estados Unidos, contribuyó a consolidar un modelo sanitario moderno y su opinión fue decisiva para la conformación de las políticas higienistas y asistenciales en Colombia, pues la hegemonía y poderío de este país lo convertían en una autoridad mundial. Colombia, un país dependiente, habido de mercados, prosperidad y modernización fielmente acató sus exigencias y disposiciones. No obstante, detrás de la estipulación de esta nueva política que reorientaba las medidas para detener la expansión de la lepra, la aparición de otro actor sanitario como fue el curado social, obedeció a factores internos primordialmente, aunque no se desconoce el papel que pudo ejercer el Estado norteamericano indirectamente desde mitad de siglo XX.

Los procesos de industrialización, urbanización y consolidación de nuevas fronteras que se generó a comienzos del siglo XX, como se expuso anteriormente, propiciaron la aparición de nuevas enfermedades y la propagación de las existentes, muchas de ellas en efecto de mayor alcance que la lepra, las cuales pronto merecieron la atención de las autoridades. Repercutiendo esto en la planeación de una estrategia más general de

higiene pública que incluía el control de otras enfermedades. Enfermedades infecciosas como la anemia tropical, la fiebre amarilla, la uncinariasis, la disentería, la difteria, la viruela, la malaria y la tuberculosis, entre otras, amenazaban frecuentemente a la población, en especial a aquella que vivía en condiciones de salubridad e infraestructura deprimentes, ya que eran medios que permitían la rápida proliferación de éstas y otras enfermedades.

La viruela fue una enfermedad epidémica que prevaleció en el siglo XIX con un índice de mortalidad del 33%, aunque para aquella época se creó la vacuna contra esa dolencia y se trató de impulsar su aplicación obligatoria, aunque en las primeras décadas del siglo XX aún su presencia era notoria. Quizás la falta de un programa sanitario impidió llegar a zonas rurales distantes para adelantar la campaña de vacunación, sumado esto a las limitaciones económicas que imposibilitaba la adquisición masiva del antídoto⁹⁴.

La malaria transmitida por el mosquito *Anopheles* fue común en Colombia, en particular en las tierras bajas, húmedas e isotérmicas que se constituyeron en un medio ideal para su propagación, así como las inundaciones periódicas favorecían la aparición recurrente de esta enfermedad entre la población. Para 1948, la malaria fue la dolencia predominante en el país afectando a 504.618 personas⁹⁵.

La fiebre amarilla se había manifestado en Colombia desde el período colonial, pero en el siglo XIX su presencia se intensificó, provocando grandes brotes epidémicos que se extendieron hasta la siguiente centuria, viéndose afectados municipios como Bucaramanga. La imposibilidad de detener la enfermedad generó la solicitud de ayuda por parte de las autoridades colombianas a la Fundación filantrópica Rockefeller para dilucidar su

⁹⁴ ABEL, Christopher. Ensayos de la historia de la salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia- CEREC, 1996. p. 110.

⁹⁵ *Ibíd.*, p. 112.

diagnostico y rápido control; la cual también contribuyó en el control de la uncinariasis. Así mismo, la tuberculosis para la primera mitad del siglo XX fue una dolencia con alto grado de mortalidad, su vertiginosa propagación ocasionó que se emprendiera una ardua campaña de educación y prevención, y se construyeran dispensarios y pabellones especiales en los hospitales para afectados de este mal⁹⁶.

De tal modo, la amplia y compleja patología colombiana obstaculizaba el comercio internacional y afectaba la prosperidad económica de la nación. Los países con los que se mantenía relaciones comerciales no deseaban comprar los productos colombianos por temor a adquirir diversas enfermedades, dolencias que de igual forma restaban fuerzas a la población trabajadora, vulnerable a contraerlas. El control patológico era así necesario no sólo para cumplir un requisito internacional sino también como una política social de un país moderno y civilizado, como pretendieron las administraciones gubernamentales nacionales e internacionales que consideraron que ello traería considerable ventajas financieras.

En estas circunstancias, el manejo de una política de higiene pública limitada al control de ciertas enfermedades como la lepra y el control sanitario de lugares públicos como puertos o enclaves industriales o agrícolas rápidamente se vio insuficiente. Se debieron crear estrategias de mayor complejidad en las que fue indispensable la conformación de una estructura sanitaria interna, la preparación de personal profesional especializado, la adopción de técnicas y conocimientos científicos modernos y la integración de medidas médicas preventivas y curativas.

Aún así, la insalubridad del territorio, la falta de hábitos adecuados de higiene, la desnutrición de gran parte de la población y la carencia de una infraestructura civil se constituían en las principales causas de aparición y

⁹⁶ Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley 20, Marzo 5 /1937.

propagación de las enfermedades. Para facilitar su control por parte de las autoridades sanitarias estatales y obtener resultados rápidos y positivos, el saneamiento ambiental y la constitución de campañas educativas y prácticas de higiene orientadas a una mejor nutrición y limpieza personal se constituyeron en los principales medios para solucionar los problemas sanitarios del país. Pero para ello era preciso contar con recursos económicos suficientes, pues si bien la economía colombiana durante las primeras décadas del siglo XX había sufrido una gran recuperación, el gasto público era mayor y los dineros requeridos para el sector salud continuaban siendo insuficientes, más aún si se tiene en cuenta, como lo expresó el presidente Alfonso López Pumarejo que el 75% de este presupuesto era utilizado para contener la lepra⁹⁷. Enfermedad que comparada con otras como epidemias la malaria o la tuberculosis tenía una prevalencia mucho menor y no causaba la muerte a quienes la padecían.

Esas limitaciones económicas, la presión internacional y el deseo de extender la política de higiene pública para ampliar sus campos de acción obligaron a reorientar las medidas para el control de la lepra, buscando obtener de ellas mayores resultados a un menor costo. Al comenzar los años treinta el ambiente de modernidad que se vivió fue propicio para que se introdujeran algunas de esas variaciones en la política de control de la lepra, constituyéndose una verdadera campaña enfocada a la prevención de la enfermedad y no al ocultamiento de los dolientes.

Por su parte, la política de segregación que se fortaleció a inicios del siglo XX y que hizo parte de la rígida estructura legal dirigida a contener la propagación de la lepra, tres décadas más tarde no había causado los resultados que se esperaban con su imposición, pues el aislamiento

⁹⁷ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 266.

obligatorio de los enfermos de lepra había servido más para alejar de la vista pública a los enfermos que para disminuir los índices de la enfermedad.

Tomando las actas de ingreso de los dolientes al lazareto de Contratación se evidencia que el número de leprosos entre 1905 a 1935 se acrecentó, ya que de 3 enfermos registrados en 1905 se pasó en 1925 a 34 y en 1935 a 103, factor que demostraba que el aislamiento por si sólo no era una medida eficaz de control y aunque en Noruega el aislamiento había sido efectivo ello se debió a las condiciones del lugar en que se efectuó, ya que allí se aisló a los enfermos en hospitales urbanos y se les separó totalmente de la población sana bajo medidas sanitarias y asistenciales favorables. En Colombia, por el contrario, los lazaretos estaban ubicados en lejanas poblaciones que carecían de sistemas de alcantarillado y agua potable, los enfermos convivían libremente con las personas sanas, y la asistencia médico-hospitalaria que recibían era escasa.

Opuesto al número de enfermos, el personal médico a cargo de los lazaretos cuando no se mantuvo estable varió muy poco, pues la responsabilidad de garantizar la salud de los leprosos y demás personas que residían con ellos fue encomendado a uno o tres médicos máximo⁹⁸, siendo ello un personal mínimo para atender las múltiples y diversas dolencias físicas que se presentaban en los cada vez más aglomerados lazaretos colombianos. De allí que esa limitación tuvo que ser suplida con la masiva presencia de la Comunidad Salesiana por medio de sacerdotes con funciones misionales, parroquiales y hospitalarias en asocio a los servicios de enfermería prestados por las hermanas de María Auxiliadora y las hermanas de los Sagrados Corazones, demostrándose así la buena voluntad y la entrega por el necesitado que los médicos no podían ni querían hacer.

⁹⁸ Reglamento de los lazaretos de la República. Acuerdo N° 3, Junio 5/1905. p. 37-40.

Por otra parte, el escaso personal encargado de atender los servicios hospitalarios de los lazaretos no fue producto sólo de las carencias económicas que impedían contratar los servicios de un número mayor de médicos, también influyó el temor que estos profesionales sentían de trabajar con los enfermos de lepra. El factor común entre los médicos colombianos, como lo expone y presenta Diana Obregón en su investigación sobre la lepra en Colombia, fue el de ser renuentes a mantener un contacto directo con los enfermos de lepra. Por consiguiente, cuando se dedicaban al estudio de la enfermedad lo hacían más desde la parte teórica que la práctica, ya que el temor al contagio y el estigma hacía la enfermedad y a quienes la padecían no sólo generaban aversión entre los sectores populares, pues los miembros de las elites, entre ellas las de los médicos, fueron las que con mayor fuerza expresaron su rechazo respecto a compartir los espacios públicos con los leprosos. Reflejando esa actitud el deseo de preservar su clientela privada y la oposición a toda forma de conversión de los lazaretos en instituciones médicas.

La reorientación de las políticas para el control de esa enfermedad se hicieron cada vez más necesarias, evidenciándose así la importancia de economizar y medicalizar la lucha contra la lepra. Propósito que se empezó a concretar con la organización de una nueva campaña antileprosa de enfoque preventivo emprendida en todo el país para los años treinta, la cual se constituyó en una lucha contra la lepra por fuera de los lazaretos. De otro parte, los curados sociales, considerados personas no contagiosas y por lo tanto no peligrosas para vivir en sociedad, continuaron sometidos a medidas de control y seguimiento a tal punto que la Ley 32 de 1932 en su artículo quinto ordenó la creación de dispensarios antileproso en las poblaciones en donde los índices de crecimiento de la enfermedad eran altos.

Entre las funciones de los dispensarios estaban aplicar el tratamiento médico correspondiente a los curados sociales y demás enfermos liberados,

supervisar que cumplieran todas las medidas profilácticas establecidas, prevenir la propagación de la enfermedad mediante la divulgación de nociones de higiene y la profilaxis de la lepra, la temprana localización y medicalización de los leprosos, la inspección sanitaria de los familiares de los dolientes y la realización de un estudio epidemiológico acerca de la influencia que en la propagación y transmisión de la enfermedad pudieran tener el clima, las temperaturas, las condiciones higrométricas de la región, así como debían establecer la clase de alimentación, las costumbres, la ocupación, la clase social, las viviendas y las condiciones sanitarias y económicas de las regiones leprógenas, y en particular de los enfermos y su prole⁹⁹.

La localización precoz de los enfermos era importante porque además de poderles brindar ayuda oportuna se evitaba que la enfermedad avanzara o se convirtieran en agentes activos de transmisión, elevándose así el número de leprosos. Igualmente, la divulgación de las nociones de higiene y profilaxis de la lepra permitían a las personas reconocer de manera rápida la enfermedad y evitar estar en contacto con los medios que facilitaban su propagación.

Los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y los Santanderes por ser considerados grandes zonas epidémicas de lepra fueron los primeros que experimentaron la creación de dispensarios antileprosos en su territorio¹⁰⁰, disposición decretada el 23 de Mayo de 1934 y acatada de manera inmediata por la Asamblea de Santander al ordenar el 21 de Abril de ese año su instauración en el Departamento¹⁰¹. Dos años más tarde se crearon dispensarios en Caldas, Tolima, Bolívar, Nariño, Cauca y Valle del Cauca¹⁰²,

⁹⁹ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Decreto N° 1099, Mayo 25/1934. p. 209-212.

¹⁰⁰ *Ibíd.*, Resolución N° 84, Mayo 23/1934. p. 209.

¹⁰¹ Gaceta de Santander. Año LXXVII, N° 5685 (may. 19/1934). Ordenanza N° 31, Abril 21/1934.

¹⁰² Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Resoluciones N° 106, 107, y 108. Junio 3 de 1936. p. 215-221.

así como para 1944 funcionaban ya dispensarios antileprosos en Antioquia y Atlántico.

Cada uno de los dispensarios estuvo conformado por tres médicos epidemiólogos y cuatro enfermeros, y aunque sus sedes eran las respectivas capitales de departamento, su jurisdicción se extendió a cada uno de los mismos¹⁰³. Posteriormente, para evitar que las personas no asistieran a los dispensarios antileprosos por miedo a ser señalados, su nombre cambió al de dispensarios dermatológicos, en donde también eran atendidas las personas que acudían con diversas enfermedades de la piel. Al iniciar la segunda mitad de siglo el nombre de “dispensario” fue reemplazado por el de “consultorio de la piel” pero su finalidad se mantuvo¹⁰⁴.

La imposibilidad de construir hospitales para leprosos en inmediaciones de los centros urbanos a causa de la negativa de la población sana a convivir cerca de los dolientes, conllevó a que la creación de dispensarios con funciones de preventorios fuesen una opción significativa que logró suavizar las políticas decretadas contra los leprosos, ya que quienes salieron de los lazaretos pudieron volver a sus poblaciones de origen y reencontrarse con los familiares que no los acompañaron en su exilio, aunque no volvieron a llevar una vida normal porque el padecer o haber padecido de lepra era una carga que se llevaba por siempre. Por ejemplo, un certificado de sanidad entregado a los curados sociales que debían portar constantemente se encargaba de recordárselos, así como se lo hacía saber a las personas que lo desconocían, quienes no tardaron en rechazarlos y apartarlos a pesar de haber sido reconocidos como enfermos no contagiosos.

Los dispensarios junto con las comisiones y unidades sanitarias que se encargaron de su organización y supervisión fueron una nueva forma de

¹⁰³ Diario Oficial. Año LXXX, N° 25564 (jun. 9/1944). Decreto N° 1308, Mayo 31/1944.

¹⁰⁴ *Ibid.*, Año LXXXI, N° 26294 (dic. 2/1954). Decreto N° 3317, Octubre 18/1946.

integración de la asistencia hospitalaria. Ello resultó significativo para la aplicación de la nueva concepción en salud pública que las autoridades colombianas buscaron prohijar, así como reflejaron el interés nacional por enfocar la práctica médica hacía la integración de medidas preventivas y curativas entre la sociedad, para lo cual la educación jugó un papel fundamental.

Otro elemento representativo que caracterizó la nueva campaña antileprosa emprendida por el Gobierno Nacional, fue su inclinación a minimizar los alcances de la enfermedad a través del saneamiento ambiental del territorio colombiano y la adecuación de la infraestructura civil de los espacios que integraban los lazaretos. Fue así, como el Departamento Nacional de Higiene, organismo encargado del sector salud, promovió hábitos educativos de higiene, resaltando la importancia y necesidad de éstos y del saneamiento ambiental. La inspección de las viviendas o distintas instalaciones, especialmente aquellas ubicadas en los centros urbanos, se convirtió en una función primordial de los organismos sanitarios nacionales y locales, así como se incentivó a la población para que adecuaran sus viviendas y las mantuvieran siempre limpias, alejadas de ambientes insalubres que los pudieran afectar¹⁰⁵.

Esa medida, aunque fue importante para controlar la lepra, se consolidó como parte de una estrategia general de higiene pública para evitar la aparición y propagación de otras enfermedades. En 1937, el Gobierno Nacional manifestó su interés por colaborar activamente en la vasta campaña de higienización emprendida por los organismos sanitarios en las ciudades, pueblos y aldeas contra enfermedades microbianas como la tuberculosis, la sífilis y la lepra que afectaban a los sectores sociales más pobres y

¹⁰⁵ Gaceta de Santander. Año LXXVII, N° 5695 (jul. 30/1934). Resolución N° 84, Mayo 28/1934.

necesitados a causa de la precariedad de las medidas tomadas para combatirlas y del medio en que estos individuos habitaban¹⁰⁶.

Por otra parte, al percibirse que las deficiencias materiales o de infraestructura de los lazaretos y las carencias de los servicios públicos aceleraban la propagación de la enfermedad, convirtiendo a esos centros en focos de infección, su adecuación se volvió una necesidad estatal, así como las viviendas, los establecimientos públicos que prestaban algún bien a los enfermos y demás personas sanas que residían en los lazaretos, y la dotación o suministro de los servicios públicos se constituyeron en un propósito gubernamental.

Para ello, el Gobierno Nacional buscó comprar las edificaciones de los particulares que existían en los lazaretos y que servían de consultorios, hospitales o viviendas, se dispuso destruir aquellas que se encontraban en mal estado para de ser reemplazadas por unas modernas y mejor condicionadas, así mismo, el Gobierno pretendió dotar y financiar los lazaretos con los servicios de alumbrado y alcantarillado¹⁰⁷. Para 1950, en el caso del lazareto de Contratación, el Ministro de Higiene Jorge Cavelier contrató los servicios de una Asociación de Ingenieros Constructores (ASICON), para que efectuaran la proyección urbanística de una Colonia-sanitaria con capacidad para dos mil enfermos, la cual debía contar con alcantarillado, acueducto y red eléctrica¹⁰⁸.

La compra de las edificaciones que pertenecían a los particulares dentro de los lazaretos, si bien fue una medida sanitaria que se llevaba a cabo con el animo de sanearlas y modificarlas, también puede ser entendida como una disposición mediante la cual el Gobierno tenía el interés de disminuir los

¹⁰⁶ Informe del secretario de Gobierno al Gobernador de Santander. Sección Higiene. Bucaramanga: Imprenta Departamental. 1937. p. 26-30.

¹⁰⁷ BEJARANO, Jorge. Exposición de Motivos y proyecto de ley. Bogotá: Imprenta Nacional, 1931.

¹⁰⁸ Diario Oficial. Año LXXXVII, N° 27417 (sep. 21/1950). Contrato. Junio 9 de 1950.

gastos que generaban los lazaretos, ya que los costos que ocasionaba su alquiler a futuro podían representar un gasto mayor. No obstante, la sola intención de adecuar los lazaretos a las necesidades de sus habitantes, representó su interés de luchar contra la lepra a través de políticas sociales y no sólo represivas.

La violencia que caracterizó la lucha antileprosa hasta 1930 fue apaciguada, y el trato de criminales dado a los enfermos fue una práctica que se intentó modificar con la reorientación de la campaña contra la lepra. El Gobierno Nacional manifestó cabalmente su interés por imprimirle a la campaña un amplio criterio social, persiguiendo con ella fines educativos y sanitarios, dándole a los enfermos y a sus familiares todas las oportunidades para su curación o prevención, se respetó su libertad individual y se reservó el uso de los métodos policivos únicamente para aquellos casos en que la renuencia de los dolientes pudiera poner en riesgo la salud de la población.

Y aunque esa disposición fue sólo la representación de la intención política, contribuyó a suavizar los mecanismos destinados a ejecutar las políticas antileprosas sin cesar la persecución contra los enfermos, contribuyeron a la declinación de la estructura rígida consolidada desde 1905, y permitieron redefinir al leproso como un enfermo al que había que tratar con medicamentos y medidas asistenciales y no como un individuo peligroso que necesitaba ser controlado por métodos violentos y represivos.

Luego de varios años de iniciada la campaña contra la lepra basada en el asilamiento obligatorio, la represión y coacción de los leprosos, el Gobierno Nacional con la asesoría de la comunidad médica colombiana replantearon la orientación de la presente campaña para darle un enfoque más preventivo, médico y “humanitario”, que permitió la liberación de algunos enfermos. Para entonces, la propagación de enfermedades de mayor impacto social que la lepra colocaba en riesgo la economía del país, pues obstaculizaba el

comercio internacional y minimizaba las fuerzas laborales de los trabajadores, sector vulnerable y elemento importante de la producción. Razón por la cual se hizo necesario la adopción de una política de higiene más amplia y fuertemente influenciada por los Estados Unidos, país en donde ya se manejaba una concepción de salud pública dirigida a la colectividad desde mayores campos de acción.

La puesta en práctica de esa política de higiene y asistencia pública requirió además de un mayor presupuesto nacional o la mejor repartición de éste, pues el 75% se gastaba en el sostenimiento de los lazaretos, sin ser ellos instituciones médicas, convirtiéndose por el contrario en focos de infección, en donde la libertad en que vivían los enfermos con personas sanas, las inadecuadas condiciones de higiene y salubridad, y la inexistencia de un medicamento totalmente efectivo permitían la rápida propagación de la enfermedad y revelaban el fracaso de las leyes y campañas de aislamiento. En consecuencia, no se justificaba gastar la mayor parte del presupuesto nacional para la salud en luchar infructuosamente sólo contra la lepra. Fue así como se aceptó la necesidad de planear una campaña que arrojara mayores resultados a un menor costo. De esta manera, la racionalidad económica permeó los lazaretos buscando disminuir el gasto desmesurado que le ocasionaba al Estado sostener cabalmente a los enfermos de lepra y a sus hijos.

Por otra parte, desde el siglo XIX la subvención entregada a los enfermos mediante la ración fue el atractivo para aceptar ser aislados y coartados, sin embargo, no todos los que tuvieron derecho a ella fueron en realidad leprosos, porque la ambición por vivir ociosamente incitó a muchos a desear recibirla, declarándose enfermos. De ello fueron cómplices algunos médicos quienes entregaban certificados de enfermedad a individuos que en realidad no padecían de lepra. En otros casos, muchas personas sanas buscaron por todos los medios contagiarse obteniendo no siempre resultados positivos,

puesto que todos los seres humanos no son susceptibles a adquirir la enfermedad. De tal modo, fueron muchas las personas que tuvieron derecho a la ración sin merecerla.

El hecho de que personas sanas compartieran los lazaretos con los enfermos provocaba además que la enfermedad se propagara y aumentara el gasto estatal en su sostenimiento, más aún cuando algunos buscaron adquirir la enfermedad a propósito y otros fueron declarados enfermos sin serlo, contribuyendo ese factor a reorientar las políticas de control de la enfermedad.

Por tal razón, el descongestionamiento de los lazaretos mediante la liberación de los curados sociales y otros enfermos no fue suficiente para minimizar los costos y arrojar mejores resultados en la lucha contra la lepra. Teniendo en cuenta que los lazaretos eran lugares para la reclusión masiva y aislamiento obligatorio de los enfermos de lepra, aunado al hecho que desde 1905 se había establecido que los cónyuges, quienes tuvieran primer grado de consanguinidad con los dolientes o quienes demostraran ser útil para la subsistencia de aquellos enfermos que no estuvieran hospitalizados podían vivir en los lazaretos, se buscó además limitar el número de personas sanas residentes allí, pues existían individuos que el único lazo que los unía a esos lugares era un interés pecuniario, ya fuera porque trabajaban al servicio de alguno de los enfermos, sus familias, porque poseían un negocio o cualquier otro tipo de actividad lucrativa.

Desde 1933 se adoptaron medidas para controlar el aumento de personas sanas en los lazaretos del país al obligárseles portar la cédula de identificación especial. Siendo esa cédula requerimiento necesario para presentar cualquier solicitud ante las autoridades dentro y fuera de la institución de asilamiento¹⁰⁹, se esperó con su implantación y obligatoriedad

¹⁰⁹ Diario Oficial. Año LXLX, N° 22288 (may. 16/1933). Resolución N° 46, Abril 25/1933.

que todos acudieran a su expedición para así establecer cuántos y a quiénes en realidad se podía autorizar a habitar los lazaretos. Aquellos que no pudieron justificar su permanencia allí tuvieron un máximo de treinta días para abandonarlos, ya que su incumplimiento sería castigado con una multa de veinte (20) pesos y la expulsión inmediata¹¹⁰.

A pesar de ello, muchas personas hicieron caso omiso de estas disposiciones y la población sana que habitó los lazaretos continuó aumentando. Para 1950, el Gobierno Nacional insistió en la necesidad de regular la presencia de no enfermos en los lazaretos colombianos, arguyendo nuevamente que la presencia de numerosas personas sanas que convivían en completa promiscuidad con los enfermos generaba la propagación de la lepra, la pérdida del carácter de institución de aislamiento de los lazaretos, y contribuía a desfaltar al erario público, ya que muchos de ellos vivían a expensas de los subsidios que el Estado y otras personas y entidades destinaban al sostenimiento de los enfermos de lepra, ocasionando un grave detrimento a su bienestar personal.

Por tal motivo, el Gobierno Nacional mediante el Decreto 467 del 11 de Febrero de 1950, dispuso que únicamente los enfermos que requerían cuidados especiales podían vivir junto a un familiar, a quien se le otorgaría una autorización luego de haber presentado la documentación requerida para comprobar la familiaridad con el leproso, sumado al certificado expedido por el Médico Director mediante el cual se prescribía que el enfermo requería de cuidados especiales que no podían prestárseles individualmente en los establecimientos colectivos de la institución. Los enfermos por su parte debían demostrar la posesión de medios distintos de la ración para el

¹¹⁰ Gaceta de Santander. Año LXXVI, N° 5660 (nov. 7/1933). Resolución N° 109, Septiembre 12/1933.

sostenimiento de su acompañante y certificar su buena conducta como la de la persona con la que conviviría¹¹¹.

Otra de las medidas que el Gobierno Nacional debió expedir para hacer efectivas las políticas tendientes a la eliminación de la lepra, detrás de las cuales estaba presente el interés económico de disminuir los gastos que demandaba el sostenimiento de los enfermos y de la institución en donde eran proscritos, fue la de aislar únicamente a quienes se comprobaba que padecían la enfermedad a través de la realización previa de un examen científico, puesto que con frecuencia los individuos remitidos a los lazaretos como leprosos resultaban en ocasiones no serlo, provocando “perjuicios a la sociedad y gastos inútiles al erario”¹¹².

Ello fue dispuesto no sólo por los gastos que demandaba su sostenimiento dentro de la institución sino también porque los gastos que ocasionaba el traslado a los lejanos e incomunicados lazaretos eran asumidos por el municipio, el departamento o la nación, dependiendo del organismo que hubiera atendido el caso. La simple denuncia o sospecha de que alguna persona era leprosa dejó de ser prueba fehaciente para decretar su ingreso la “Alta” como se les llamó, con lo cual el certificado médico expedido después de un examen bacteriológico se constituyó en el verdadero pase de entrada a los lazaretos.

No obstante, las condiciones técnicas y médicas que existían durante las primeras décadas del siglo XX hacían que la realización de exámenes para verificar la tenencia de la lepra fuera bastante difícil. Por ésta razón, cuando la realización de exámenes fue un requisito para ordenar el aislamiento se debieron establecer las condiciones para ello, entre las cuales estuvo encomendar en cada uno de los Departamentos a un médico, a quien se

¹¹¹ Diario Oficial. Año LXXXVI, N° 27257 (mar. 7/1950). Decreto N° 467, Febrero 11/1950.

¹¹² *Ibid.*, Año LXVII, N° 21859 (dic. 5/1931). Resolución N° 22. Noviembre 27/1931.

llamó médico leprólogo, la labor de recorrer todo su territorio en busca de leprosos o sospechosos de serlo para luego practicarles el exámen pertinente. Aún así, en Departamentos como Santander y Norte de Santander en algunas ocasiones sólo un médico debió realizar esa función, evidenciándose la imposibilidad de cumplir una buena labor con tan limitado personal.

En 1931, esa responsabilidad se delegó a la autoridad ejecutiva de los corregimientos o municipios como eran los alcaldes, quienes debían atender los casos de lepra que aparecieran en sus territorios, haciendo examinar al sospechoso por el médico leprólogo o por un médico graduado cuando el primero no pudiera. Para incitar a los médicos a atender y tratar los posibles portadores de lepra se autorizó una atractiva compensación monetaria de seis pesos por cada persona examinada¹¹³, cuyos gastos debían ser costeados por las rentas locales. A pesar de esas medidas, fue sólo hasta que se constituyeron los dispensarios antileprosos o dermatológicos que se agilizó la identificación y ubicación de enfermos y la realización de los respectivos exámenes.

Esas medidas demostraban además que la lucha contra la lepra si bien había sido asumida desde 1905 por el Gobierno Nacional, años más tarde bajo la excusa de que ésta debía ser un compromiso de todos, se buscó disminuir su inversión compartiendo responsabilidades y gastos, siendo los departamentos y municipios quienes con sus arcas debían costear una vez más gran parte de los gastos que ocasionaba luchar contra la lepra.

En 1932, cuando la oficialidad estructuró una nueva campaña antileprosa, otro cambio importante que se produjo fue la reorientación funcional de los lazaretos para hacer de ellos instituciones médicas. Propósito que se pretendió efectuar mediante la conversión de los “hospitales” en **sanatorios**,

¹¹³ *Ibíd.*, Año LXVII, N° 21832 (nov. 4/1931). Resolución N° 2, Octubre 20/1931.

entendidos como establecimientos para la estancia transitoria de los enfermos de lepra, cuya función principal era buscar la curabilidad de los leprosos. La Ley 32 de 1932, mediante la cual se ordenaba la liberación de enfermos no peligrosos para vivir en sociedad y la constitución de dispensarios antileprosos como una forma de ampliar la asistencia hospitalaria, igualmente ordenó en su artículo séptimo una mejor atención del servicio prestado en los lazaretos a través de la transformación funcional de los hospitales, dándose así cumplimiento al deseo de convertir los lazaretos en instituciones médicas.

Sin embargo, el cambio no se realizó de manera inmediata. En 1940 el Gobierno Nacional continuaba expidiendo leyes que demandaban la creación de sanatorios¹¹⁴, para lo cual se dispuso tener en cuenta los problemas climáticos y geográficos de las regiones en donde estaban ubicadas los lazaretos, pues el de Contratación estaba situado en un Valle y el de Caño de Loro en un isla, los cuales eran ambientes considerados poco propicios para la recuperación física de sus habitantes, razón por la que fue reiterativa la necesidad de reubicarlos en ambientes más apropiados que los que ofrecían los lazaretos colombianos. Pero la resistencia de la población a convivir cerca de los enfermos de lepra obstaculizaba realizar nuevas construcciones, así como trasladar y reubicar a los enfermos que vivían en los lazaretos acarrea un costo demasiado alto. Inconvenientes que conllevaron a aceptar la constitución y adecuación de sanatorios en reemplazo de los hospitales que funcionaban dentro de los lazaretos.

Otro aspecto significativo que se adhirió al de la conformación de sanatorios fue la de constituir colonias agrícolas y talleres en los perímetros que circundaban con los lazaretos¹¹⁵. Medida promovida bajo la excusa de combatir la ociosidad en que vivían los enfermos, ya que se consideraba que

¹¹⁴ Leyes y decretos de la República de Colombia. Ley 94, Diciembre 21/1940.

¹¹⁵ *Ibíd.*, Artículos 2-8.

destinaban su tiempo libre a entregarse a vicios como el alcohol, a conspirar contra el sistema en que vivían, y a la ociosidad porque la ración entregada a pesar de no ser cuantiosa les permitía subsistir sin tener que trabajar. Por consiguiente había que ocupar a los enfermos de lepra en trabajos útiles que beneficiaran a todos.

Esa medida también puede ser entendida como parte de la intención que tenía el gobierno de racionalizar económicamente los lazaretos, puesto que se pretendía que los enfermos vivieran a costa de su propio trabajo. Siendo las consideraciones para ello contempladas en el proyecto de Ley presentado a la Cámara de Representantes por el Doctor Jorge Bejarano, el 29 de Octubre de 1931, el cual fue sancionado sólo hasta 1940, con modificaciones que eran impensables una década atrás como era la posibilidad de que los productos elaborados por los enfermos traspasaran los perímetros que comprendían los lazaretos, siempre y cuando pudieran ser científicamente desinfectados. En el proyecto presentado originalmente por el Doctor Bejarano se propuso, por el contrario, que los artículos producidos en las colonias y talleres ubicados en los lazaretos debían ser de consumo o uso exclusivamente interno.

Así pues, lo que el Estado Colombiano buscaba al tratar que los enfermos que no estaban discapacitados trabajaran era que consiguieran por sus propios medios su sustento diario para disminuir los altos costos que ocasionaba el sostenimiento de los enfermos de lepra y los establecimientos destinados para su control, pretendiendo sólo tener responsabilidad completa con los enfermos de lepra graves o limitados para laborar. Aunque con esto el Estado no evadía el compromiso adquirido con todos los leprosos de brindarles la ayuda médica necesaria para su recuperación.

En 1947 nuevamente el Gobierno Nacional ordenó la instauración de los sanatorios junto con consultorios urbanos y rurales para el tratamiento

gratuito de la lepra y en general, de las enfermedades de la piel¹¹⁶. De tal modo, la pretensión de convertir los lazaretos en instituciones médicas y el enfocar la lucha contra lepra fuera de los lazaretos mediante la ampliación de la asistencia hospitalaria y una mejor calidad del servicio médico-asistencial prestado a los enfermos se constituyeron en características representativas de la política moderna de salud que reflejaban a su vez el cambio actitudinal del Estado en la forma de concebir la lepra. Sin embargo, durante la primera mitad del siglo XX ello parecía ser sólo una intención política ampliamente desfasada con la realidad del país.

Y aunque en Colombia se estaba llevando a cabo la conformación de una estructura sanitaria nacional capaz de ejecutar las políticas de salud pública y la adopción de las se concepciones de salud y mentalidades clínicas modernas, en lo que a la lepra ataño aún quedaban aspectos por construir y superarse.

Ejemplo de ello fueron la inexistencia de un medicamento científico con fines curativos y el poco de compromiso de la comunidad médica nacional para tratar a los enfermos de lepra. Sin médicos suficientes y un tratamiento científico eficaz para brindar curabilidad a los leprosos no era posible que los sanatorios lograran cumplir su función como centros para la sanación de los dolientes. Con lo cual su ración social seguía siendo la de asilos u hospicios, en donde se tenían controlados y apartados a los enfermos graves mientras ocurría su deceso. El Gobierno Nacional, consiente de esas limitaciones, intentó solucionarlas reorientando la campaña contra la lepra pero no se obtuvo siempre resultados favorables.

Como efecto del nuevo matiz de modernidad que adquirió la campaña contra la lepra, en los años treinta la investigación científica se consideró parte integral de cualquier proceso preventivo o curativo en el país. Para

¹¹⁶ Actos Legislativos y Leyes de de la República de Colombia. Ley 39, Diciembre 13 /1947.

entonces, el desarrollo de la ciencia en otros campos generaba en los pocos médicos que se dedicaban al estudio de la lepra aferración y esperanza en encontrar un suero, vacuna o tratamiento para detener su expansión, aunque en Colombia esos estudios científicos eran escasos y esporádicos y nunca habían contado con un apoyo directo y comprometido del Gobierno Nacional. Aún así, para la década del treinta se creó en la Facultad Nacional de Medicina la cátedra de leprología, como mecanismo para incentivar a los médicos a interesarse en esta enfermedad y para preparar al profesional necesario para adelantar la lucha contra ella. Adicionalmente, se fundó el laboratorio Central de Investigaciones de la Lepra, el cual era el reflejo de la intención estatal por medicalizar la lucha contra esta enfermedad.

No obstante, el poco compromiso de la comunidad médica con la lepra fue de nuevo un impedimento para la realización de esos objetivos, a tal punto que se designó la dirección del laboratorio al veterinario Federico Lleras Acosta. Y aunque su profesión no desmeritaba el compromiso de ese médico por buscar solución a la lepra desde la ciencia, la falta de respaldo médico evidentemente limitó su labor.

Lleras dedicó su trabajo a buscar el método de transmisión de la lepra, planteando hipótesis como la que consideraba a la pulga su vehículo transmisor. Ahora bien, ésta no era una hipótesis reciente, pues el doctor Juan de Dios Carrasquilla ya había considerado esta opción. Lleras mediante un estudio más profundo creyó haber encontrado las pruebas fehacientes que permitían catalogar a la pulga como la responsable de la propagación de la lepra, de haber sido así, el aislamiento obligatorio de los enfermos de lepra inmediatamente hubiese perdido sentido, puesto que la lucha contra ella debía enfocarse en una campaña sanitaria basada en el saneamiento ambiental.

Sin embargo, los estudios de este médico tuvieron poca acogida en el exterior, lo que directamente aseguraba su fracaso en el país. Federico Lleras Acosta murió en 1938 cuando se dirigía al Congreso de lepra en la ciudad del Cairo, en donde pretendía defenderse de las críticas a su trabajo y tratar de convencer a sus oponentes de lo certero que podía ser su teoría. Con su muerte el laboratorio Central de Investigaciones de la Lepra pasó a denominarse Instituto Lleras, así como las investigaciones sobre la enfermedad continuaron ejecutándose aunque los resultados fueron escasos y de mínima relevancia. Factor que conllevó a perder en la década de los cuarenta su objetivo exclusivo de adelantar investigaciones sobre la lepra para enfocarse en otras enfermedades, ya que el Instituto contaba con una buena dotación técnica que debía aprovecharse, razón que no impidió su clausura en 1951¹¹⁷.

El Instituto Lleras fue el resultado de las nuevas concepciones higienistas que el Estado estaba adoptando en el contexto nacional, según las cuales la ciencia y los espacios para su desarrollo como los laboratorios eran un aspecto fundamental. Así mismo, éste fue producto del interés por medicalizar la lucha contra la lepra, para encontrar una solución distinta a la del aislamiento obligatorio de los enfermos. Si bien, los aportes que el Instituto Lleras generó para tratar la lepra fueron mínimos, es de resaltar el espacio de investigación científica que se propició.

De esta manera, la obtención de un tratamiento científico para tratar los enfermos de lepra que arrojara resultados efectivos y que en consecuencia contribuyera junto con las demás medidas sanitarias implantadas a erradicar la lepra del contexto nacional, debió continuar esperándose que llegara del exterior. Mientras esto ocurría el aceite asiático de Chaulmugra y sus derivados, pese a los inconvenientes para suministrarlo a todos los enfermos

¹¹⁷ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 311.

de lepra y las reacciones negativas que ocasionaba en algunos de ellos, era el único tratamiento científico conocido, aplicado y suministrado por las autoridades oficiales desde finales del siglo XIX.

A comienzos del siglo XX investigadores alemanes, al servicio del Instituto Bayer, demostraron que la sulfanilamida y la diamina difenil sulfona eran efectivos para combatir los estreptococos, motivo por el cual los investigadores europeos probaron sus cualidades, en especial las de la diamina difenil sulfona, en microorganismos que causaban enfermedades como la tuberculosis, logrando resultados positivos. No obstante, ésta era demasiado toxica para ser usada en seres humanos porque producía anemia y demencia temporal. En 1937 para hacer más lenta su absorción por el organismo y así disminuir su toxicidad se decidió añadirle glucosa, medicamento que se denominó Promin.

En 1941, esa mezcla fue ensayada en los Estados Unidos por el médico Guy H. Faget para tratar enfermos de lepra, demostrando ser efectivo, ya que detenía la infección de manera más rápida que el Chaulmugra y sus derivados. Sin embargo, después de varias semanas de iniciado el tratamiento sus reacciones negativas empezaron a aparecer y algunos pacientes a quienes se les había suministrado la droga sufrían de anemia. Así que se decidió mezclar el Promin con glucosa, calcio, vitamina B y penicilina, aun así su toxicidad era alta. Otro derivado de la diamina difenil sulfona que se elaboró para tratar la lepra fue el Diasone, el cual demostró su efectividad para sanar enfermos de lepra, pero las reacciones negativas que causaba en algunos pacientes eran similares a las del Promin¹¹⁸.

Con todo, organizaciones sanitarias internacionales y la Asociación Internacional para Lepra, constituida en 1931, recomendaron su uso en todos los lazaretos del mundo, primordialmente cuando se comprobó que

¹¹⁸ *Ibíd.*, p. 339-343.

suministrado en dosis pequeñas se reducían sus efectos negativos. Para los primeros años de la segunda mitad del siglo XX se comenzó a considerar a las sulfonas o sus derivados el medicamento efectivo para tratar la lepra, en consecuencia el Chaulmugra inició su descenso en las cifras de consumo.

La aparición de esos nuevos medicamentos renovó la esperanza de controlar la lepra química y científicamente desde la ciencia. Colombia no fue la excepción, pronto las autoridades gubernamentales y médicas manifestaron su deseo de ensayarla en el país. Para 1945 se utilizaban ya con provecho los derivados sulfónicos, Promin por vía intravenosa y Diasone por vía oral, aún así en 1949 el Chaulmugra todavía ocupaba un lugar predominante en el tratamiento de la lepra, debido al costo excesivo de las sulfonas y a la dificultad para conseguirlas en suficiente cantidad, pues los laboratorios productores no alcanzaban a atender las demandas de todo el mundo¹¹⁹.

A pesar de los inconvenientes que pudieron existir para la aplicación masiva de las sulfonas en el país, fue altamente significativa su aparición, ya que estos medicamentos eran el resultado de años de investigación de científicos de todo el mundo para curar la lepra. Enfermedad abominada por el estigma judeo-cristiano que la asociaba con el pecado y la corrupción del alma, y por los preceptos modernos que la asimilaban con la pobreza e incivilización, aspectos al que se sumaba la deformación corporal que causaba entre los dolientes, llegando a incapacitarlos la mayoría de las veces.

Así mismo, la dificultad para tratarla había situado a la lepra en un lugar especial, convirtiéndola en una enfermedad aparte, incurable y peligrosa. Sin embargo, la aparición de medicamentos químicos o alopáticos fue un elemento decisivo para cambiar la concepción oficial que se tenía de la enfermedad, contribuyendo este evento a reforzar las intenciones estatales de orientar el papel de los lazaretos para que de instituciones de aislamiento

¹¹⁹ *Ibíd.*, p. 344.

pasaran a ser instituciones médicas. Con ello, el aislamiento obligatorio y la estructura legal rígida que perseguía, proscribía y reprimía a los enfermos de lepra poco a poco empezó a desaparecer, pues la lepra dejó de ser asumida como una calamidad pública y el leproso dejó de ser un individuo peligroso.

De otra parte, las organizaciones sanitarias internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que representaban los intereses de países como los Estados Unidos, serían las que de manera determinante influirían en las políticas constituidas para minimizar los alcances de la lepra en el país, sobre todo aquellas que se ordenaron en los años cincuenta. El aislamiento obligatorio y la severidad con que se trataba a los enfermos de lepra en países como Colombia, en donde los vestigios coloniales continuaban arraigados en la mentalidad de la población y sus dirigentes, y en donde los resultados conseguidos con la aplicación de tales políticas eran escasos, lo hacían amplia y constantemente ser cuestionado por Estados Unidos y los países europeos, en donde la lepra desde hacía varios años atrás había dejado de ser un problema trascendental de salud pública, convirtiéndose en una enfermedad más de carácter infeccioso para la que existía curabilidad con la aparición de las sulfonas.

Apoyadas en las anteriores experiencias, la OMS y la OPS empezaron a promover a través de Congresos Mundiales de lepra lo imperioso que era integrar las medidas para el control de la lepra en los países de desarrollo tardío a una estrategia general de salud pública que beneficiara a los Gobiernos Nacionales como a los dolientes. Los primeros aliviarían la carga económica que habían adquirido al responsabilizarse del sostenimiento cabal de los enfermos de lepra y la institución destinada para su control, y los segundos despertarían de la muerte social a la que se les había condenado con su destierro al recuperar su libertad y los demás derechos civiles que se les había cohibido. Fue así, como esas organizaciones sanitarias a partir de

1951 condenaron el enfoque de enfermedad especial y la estrategia de aislamiento obligatorio que se había usado injustificadamente durante mucho tiempo recomendando su abolición¹²⁰.

Cuestionamientos que tuvieron resonancia en Colombia, agilizando la decadencia institucional de los lazaretos que se había iniciado en los años treinta con la reorientación de las políticas destinadas al control de la enfermedad. Las críticas internacionales al sistema de aislamiento basado en la represión de los enfermos fueron la causa final para que el Gobierno Nacional ordenara en 1961 la eliminación del lazareto de Contratación y de Agua de Dios, ya que el lazareto de Caño de Loro había sido clausurado una década antes, siendo sus residentes enfermos trasladados a los lazaretos restantes.

De esta manera, se puede concluir que el lazareto colombiano desde 1931, como institución oficialmente constituida para aislar a los enfermos de lepra bajo drásticos principios empezó a decaer¹²¹ en la medida que perdió la condición que le daba su fuerza o sentido como era el aislamiento obligatorio. En 1961, cuando fueron abolidos los lazaretos declinó con ellos la estructura institucional que perseguía, segregaba y coartaba a los enfermos de lepra, devolviéndoles completamente los derechos civiles y políticos, así como las garantías sociales que consagraba la Constitución Nacional a todos los ciudadanos sin importar su condición¹²².

Los lazaretos perdieron cabalmente sentido al desvanecerse la razón por la que fueron primordialmente instituidos y preservados, motivo por el que el

¹²⁰ *Ibíd.*, p. 354.

¹²¹ Enciclopedia de las Ciencias Sociales. Tomo 5, Política. DECAER: ir a menos, perder alguna institución. Objeto o persona alguna parte de las condiciones o propiedades que constituían su fuerza, consistencia interna, capacidad creativa, bondad, vigor, importancia o valor.

¹²² Actos Legislativos y Leyes de la República de Colombia. Ley N° 148, Diciembre 22 /1961.

Gobierno Nacional les dio vía libre para que recobraran el carácter de municipios que antes de su nacionalización habían tenido. En el caso del lazareto de Contratación, éste sería formalmente abolido en cuando la Asamblea Departamental de Santander le devolvió su condición de Municipio con jurisdicción y rentas propias, de acuerdo con la Ordenanza N° 7 del 1 de Julio de 1962¹²³.

La reconstrucción historiográfica elaborada hasta el momento, permite concluir además que entre 1931 y 1961 el lazareto colombiano decayó institucionalmente, como resultado del declive de la rígida estructura legal que catalogaba a la lepra como una calamidad pública, y por lo tanto, consideraba al asilamiento obligatorio de todos los enfermos el eje central de sus políticas y el objetivo funcional de los lazaretos. Elemento que se manifestó con la transformación legal de los lazaretos de instituciones de aislamiento, cuya principal finalidad era aislar a los enfermos de lepra brindándoles ayuda benéfica y caritativa mientras morían, en instituciones medico-asistenciales tendientes a procurar la mejoría de los convalecientes.

Es decir, los lazaretos jurídicamente dejaron de ser lugares en donde se aislaban a los leprosos sin posibilidad de salir para constituirse en lugares de paso, en los cuales se buscaba que sus residentes fueran curados. Igualmente, esa decadencia se manifestó con la reorientación de la campaña antileprosa que permitió la liberación de enfermos contagiosos y no contagiosos, y la integración de la asistencia hospitalaria, emprendiendo una lucha contra la lepra por fuera de los lazaretos en donde los dispensarios o consultorios dermatológicos fueron el reflejo de dicho proyecto.

¹²³ Ordenanzas del Departamento de Santander. Ordenanza N° 7, Julio 1/1962.

SEGUNDA PARTE

**LA VIVENCIA DE LA POLÍTICA HIGIÉNICA DE ESTADO
FRENTE A LA LEPROA Y LOS LEPROSOS: LA EXPERIENCIA
DE LOS ENFERMOS, LOS FUNCIONARIOS, LOS
RESIDENTES Y LOS SALESIANOS EN CONTRATACIÓN.**

3. UNA MIRADA AL LAZARETO DE CONTRATACIÓN ESTRUCTURACIÓN, FUNCIONAMIENTO INTERNO Y LA OBRA SALESIANA

3.1 ORÍGENES

La enfermedad de San Lázaro se manifestó tempranamente en el actual Departamento de Santander, desde mediados del siglo XVII se registraron los primeros brotes de la enfermedad. Su causa fue atribuida por algunos al comercio permanente que se mantenía con la Provincia de Mompo, lugar en donde la lepra ya había afectado a varias personas; otros aseguraban que ella había sido traída a esas tierras por una negra esclava¹²⁴. Como fuese, su penetración fue más lenta que su propagación, ya que al parecer se hizo común encontrar enfermos deambulando por doquier, pues el rechazo de la población los hacía estar constantemente en movimiento, aspecto que despertó el temor de la población y generó adversión contra la provincia – “leprosa”- del Socorro; a tal punto, que en ocasiones el resto del territorio virreinal se abstuvo de mantener relaciones comerciales con ella, provocando que la producción algodonera y artesanal de la zona tendiera a extinguirse.

Situación que ocasionó preocupación entre los comerciantes socorranos, quienes en principio reclamaban a la administración virreinal la falta de compromiso para lograr que los lazarinos fueran asilados en el hospital de San Lázaro ubicado en Cartagena, aunque décadas después abogaron por la constitución de un hospital en la provincia socorrana. Pese a ello algunos vecinos argumentaban que ese objetivo contribuiría a acrecentar la mala fama de la provincia. Aún así, se creyó que era la mejor opción porque los enfermos pobres carecían de medios para costearse el traslado a Cartagena al ser un viaje extenso

¹²⁴ MARTÍNEZ, Armando et al. Historia de la subregionalización de los santanderes. Bucaramanga: Escuela de Historia/UIS, 1994. p. 506.

y peligroso por la precariedad de las vías, además, muchos de ellos se resistían a dejar sus familias y sus pertenencias.

Los inconvenientes que existían para hacer efectiva la política de aislamiento y lo perjudicial que resultaba para el comercio de la provincia la proliferación de la enfermedad y la permanencia de los convalecientes en lugares fuera del control de las autoridades, obligaron a algunos miembros de las familias prestantes de la región a solicitar a la administración provincial y virreinal la creación de un hospital de San Lázaro, petición que fue consecutivamente rechazada, pero no impidió que éste fuera formalmente instaurado en 1784. Para ello en el sitio conocido como Regadillo, en inmediaciones del Socorro, se acondicionó una casa para recluir a los lazarinos, más la estrechez de la misma y el incremento del número de enfermos los obligó a buscar un terreno más cómodo y cálido en donde reubicarse, refugiándose finalmente en el sitio del Curo, a orillas del río Suárez.

No obstante, las inundaciones, las epidemias y el clima cálido y malsano pronto propiciaron la emigración de los enfermos a otro lugar, llegando a establecerse en Contratación, un pequeño valle de la cordillera de los Yariguies irrigado por las quebradas Agua Fría y la Macaligua. Contratación, o “Contrata” como se le conocía por el comercio de quina que allí se realizaba, atrajo a los enfermos por la abundancia de las aguas y tierras fértiles; sin embargo, era un sitio recóndito, de difícil acceso y de condiciones ambientales húmedas con corrientes frías que propiciaban el desarrollo progresivo de la enfermedad¹²⁵. Así mismo, el deseo de los enfermos por cruzar el caudaloso río Suárez por medio de cabuyas o canoas, para luego ascender hacía Contratación a través de sendas intransitables, se debió a la preocupación de la sociedad socorrana por alejar a los enfermos de los centros artesanales y comerciales y al deseo de los elefanciácos por evitar ser rechazados, ya que al establecerse en ese lugar distante no sentirían los señalamientos y desprecio de la población que se incomodaba con su presencia.

¹²⁵ PÉREZ, Op. cit., Documento sin paginar.

La ubicación del lazareto de Contratación, sumado a las condiciones climáticas adversas, fueron elementos que con frecuencia motivaron a los diversos gobiernos a reubicarlo en otro lugar, lo cual fue imposible por la renuencia de la población a convivir cerca a los enfermos de lepra, así como por la oposición de los enfermos y sus familias a dejar sus bienes y recuerdos.

Si bien, el lazareto de Contratación al final resultó siendo producto de la decisión de los lazarinos de concentrarse todos en un mismo espacio, no tardó la administración central en oficializarlos y reglamentarlos. Fue así, como el nuevo Gobierno Republicano en 1833, mediante la Ley 5 de Agosto, nacionalizó y organizó los lazaretos de origen colonial, como eran los de Caño de Loro y Contratación, a la par que buscó instaurar uno más en el valle del río Cauca, para que en ellos se atendiera a cada uno de los enfermos provenientes de provincias específicas previamente agrupadas en distritos. No obstante, las limitaciones fiscales y las reformas político-administrativas restringieron esas disposiciones, conllevando ello a que sólo continuaran funcionando los dos lazaretos coloniales, los cuales dependían de las arcas internas de las provincias en donde estaban ubicados y en especial de la caridad de la población.

En 1861, cuatro años después de fusionarse las provincias de Pamplona, Ocaña y Socorro para conformar el Estado Soberano de Santander, el lazareto de Contratación pasó a ser un lazareto estatal. Con lo que se creyó que cambiaría el descuido y abandono que se encontraba aquel lazareto, pues éste era un poblado en donde vivían los enfermos con algunos familiares sin control sanitario ni alguna clase de asistencia.

Por su parte, los legisladores del Estado Soberano de Santander concibieron como su responsabilidad hacerse cargo plenamente de los elefanciacos pobres que en el Estado prevalecían. Es así, como la Asamblea Constituyente y el poder ejecutivo del Estado Soberano de Santander mediante la Ley del 14 de

Septiembre de 1861 aprobaron la creación, administración y financiación de un lazareto, empleando para ello la infraestructura existente y el reglamento interno del lazareto ubicado en Contratación, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley del 5 de Agosto de 1833 y el Decreto presidencial reglamentario del 21 de Diciembre de 1835¹²⁶.

Con lo anterior, el Gobierno estatal de Santander demostraba su preocupación por hacer del lazareto de Contratación un “hospital moderno” para alojar, alimentar y asistir a los elefanciacos pobres que a falta de recursos propios no pudieran mantenerse aislados. Intenciones similares manifestaron después los Estados que tenían bajo su responsabilidad al lazareto de Caño de Loro y el recién constituido lazareto de Agua de Dios. No obstante, frente a la escasez de fondos que permitieran su buen funcionamiento interno y a la inexistencia del personal e instrumental médico y de tratamientos eficaces para hacer de los lazaretos establecimientos asistenciales, éstos terminaron siendo “lugares de ocultamiento rural”, junto a los que coexistían caseríos que servían de residencia a los elefanciacos pudientes y menos graves, a las personas sanas, en su mayoría familiares de enfermos, y al personal administrativo.

De esta manera, durante el período que el país estuvo fraccionado en Estados Confederados el desarrollo material de los lazaretos colombianos fue irrisorio. Aún así, el número de enfermos y de personas sanas que llegaban a ellos aumentó vertiginosamente, factor que hizo necesario la instauración de una figura gubernativa interna para que rigiera sobre las personas sanas o aquellas que no estuvieran recluidas dentro de las casas de paja que conformaban el hospital-lazareto como fue el Regidor-Juez. Por consiguiente, los lazaretos adquirieron la condición oficial de aldeas, sin perder su condición de establecimientos hospitalarios, que en el caso del Estado Soberano de Santander fue oficializado por la Ley XVIII del 14 de Mayo de 1866, mediante la cual se organizaba el

¹²⁶ *Ibíd.*, p. Documento sin paginar.

caserío existente en Contratación desde 1835, política y administrativamente como una aldea, administrada por un funcionario diferente al administrador del hospital-lazareto. Aunque a partir de 1869 se eliminó el cargo de Regidor-Juez y se concentraron sus tareas de organizar y dirigir la aldea al administrador del lazareto, con lo cual Contratación continuó siendo un lazareto para enfermos convalecientes y una aldea para los enfermos autónomos, sus familiares y los demás habitantes sanos con jurisdicción especial cada uno. Para 1878 Contratación estaba compuesto por dos casas de teja que representaban el hospital principal y la administración, nueve casas pajizas que cumplían la función de hospitales para los enfermos discapacitados o terminales, y la aldea estaba conformada por 169 casas de paja, de las cuales 119 estaban habitadas por enfermos y el resto por personas sanas.

En 1887, con la centralización del país y los cambios político-administrativos que se generaron, Contratación fue erigida como Distrito Municipal con sus respectivos empleados municipales, además de los empleados administrativos y sanitarios del lazareto para la atención hospitalaria de los enfermos¹²⁷. Sin embargo, este cambio no generó ningún desarrollo material dentro del poblado, ya que años más tarde cuando los salesianos arribaron allí, lo describieron como un lugar en donde vivían enfermos de lepra junto con personas sanas en condiciones deprimentes, carentes de comodidades. Situaciones de las que no fueron ajenos los lazaretos de Agua de Dios y de Caño de Loro. A pesar, de las persistentes intenciones de las diversas administraciones gubernamentales de reorganizar los lazaretos, esos lugares continuaron padeciendo múltiples carencias. Las constantes guerras posindependentistas habían dejado al país en un estado de pobreza incapaz de satisfacer las necesidades de la población, inconveniente que junto con la carencia de una estructura sanitaria, personal profesional y capacidad técnica, limitaban el progreso de los lazaretos y una mayor y mejor prestación del servicio asistencial.

¹²⁷ *Ibíd.*, p. Documento sin paginar.

Con el advenimiento del nuevo siglo el lazareto de Contratación fue nacionalizado y reglamentado, a la vez que perdió su condición de municipio. En adelante el hospital, el poblado circundante y demás establecimientos que existían, integrarían el lazareto. Desde la oficialidad se asumió la lepra como una calamidad pública y se estructuró una serie de normas rígidas que perseguían, proscribían y cohibían a los enfermos de lepra, consolidándose el aislamiento obligatorio el eje funcional de los lazaretos. Esos elementos para los años treinta del siglo XX buscaron reestructurarse, orientándose la función de los lazaretos hacía la prestación de servicios médicos y transformándose los establecimientos hospitalarios en sanatorios, cuyo proceso si bien no llegó a consolidarse sí generó la eliminación legal de los lazaretos en 1961. Incluso, el lazareto de Contratación después de ser abolido, un año más tarde, recibió de la Asamblea Departamental de Santander una vez más su reconocimiento como municipalidad.

3.2 CONTRATACIÓN 1931-1961

3.2.1 Extensión y límites. Una de las políticas más drásticas constituidas a comienzos del siglo XX fue establecer cordones sanitarios para evitar la libre entrada y salida a los lazaretos; demarcándose sus límites con cercados hechos de alambre de púas fuertemente custodiados por la policía nacional. Siendo ello implementado efectivamente en el lazareto de Agua de Dios, pese a la oposición de la población a verse encarcelada. En el lazareto de Contratación, sin embargo, ello no ocurrió, pues el cordón sanitario estuvo allí representado por retenes ubicados estratégicamente en cada uno de los puntos cardinales del poblado. Los retenes existentes entre 1931-1961 fueron al occidente: Placitas; al oriente: Casa de Zinc, El Río y San Vicente; al norte: La Gloria y Canchalí, y al sur: la Colorada y Calamar. Cada retén estaba provisto de un calabozo para encerrar a los enfermos o demás individuos que intentaran burlar la vigilancia, quienes permanecían

encerrados mientras las autoridades competentes decidían el castigo que se les impondría. El personal a cargo de cada retén estaba compuesto a su vez por dos o tres policías armados de fusil, revolver y bolillo¹²⁸.

Para 1934, el Gobierno Nacional dando cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley 20 de 1927, estableció los límites del lazareto de Contratación con los municipios de la Aguada, Chima y Guadalupe, conservando los retenes mencionados por ser rutas claras de acceso al lazareto¹²⁹. Así como mojones geográficos de fácil y común reconocimiento para todos los habitantes sanos y enfermos de Contratación. La ubicación estratégica de los retenes demostraba además que Contratación estaba rodeada por quebradas caudalosas y escasos caminos devastados que la comunicaban, dificultando así la violación del cordón sanitario. Sin embargo, existieron sendas rusticas o “desechos” como El Filo, La Guayacana, El Cerro de la Cruz, Tablilla, Las Hermanas y La Pinchosa, por donde los individuos sanos o enfermos aprovechando los descuidos de los policías lograban salir o ingresar al lazareto sin la autorización correspondiente, colocando en riesgo muchas veces sus vidas.

¹²⁸ RUIZ, Op. cit., p. 104-105.

¹²⁹ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Decreto N° 2116, Noviembre 7 de 1934. Artículo 1. Con el fin de facilitar la organización y vigilancia del lazareto de Contratación, señálese los límites del perímetro aislado así: Partiendo del sitio denominado La Colorada, situada al sureste de la población y sobre el camino nacional que conduce del lazareto al municipio de La Aguada, se sigue el cauce de la quebrada La Colorada, aguas arriba hasta su nacimiento en la cuchilla de El Ramo, y de ahí en línea recta, pasando por el camino que del lazareto conduce a la Colonia San Pablo, hasta encontrar el nacimiento de la quebrada San Juanito; esta quebrada agua abajo hasta su desembocadura en la quebrada Macaligua; ésta aguas abajo, hasta encontrar el punto denominado la Vega, situada en el punto en donde se cruza la última quebrada mencionada con el camino que conduce al antiguo retén de Santa Bárbara; del punto llamado La Vega, línea recta, hasta el punto denominado El Aliñadero, situado sobre el camino que conduce del lazareto al municipio de Chima; de ahí, en línea recta hasta la confluencia de este camino que conduce a Chima con el que viene de Guadalupe, pasando por la cabuya de El Curo, punto denominado Casazuco, situado dos cuadras aproximadamente abajo de la casa de Zinc; de este sitio de Casazuco, línea recta hasta encontrar la cima del cerro denominado Loma de la Cruz; de este punto, línea recta hasta el sitio de Calamar, sobre el camino que del lazareto conduce a Guadalupe y pasa por el antiguo reten de Agua Fría, y de este punto de Calamar; al sitio de La Colorada, en el cruzamiento de la quebrada del mismo nombre con el camino que del lazareto lleva al municipio de La Aguada, punto inicial de estos límites.

Contratación era un lazareto pequeño comparado con Agua de Dios, pero a él llegaban cada vez más enfermos de lepra junto con sus familias, haciéndose notable la estrechez del lugar. Por consiguiente, el Gobierno Nacional en 1919 autorizó poblar unos terrenos al occidente del lazareto, denominados San Pablo, que desde 1910 hacían parte de su jurisdicción, pero por estar retirados del centro urbano no se había hecho uso de ellos. Quienes deseaban ir a vivir allí, debían solicitarlo ante la suprema autoridad del lazareto y comprobar que no eran enfermos que debían ser hospitalizados, es decir, debían ser personas que pese a su enfermedad podían laborar porque uno de los objetivos de poblar estos terrenos era convertir a San Pablo en una colonia agrícola, con cultivos de pancoger¹³⁰. Proyecto que fue dos décadas más tarde ampliamente promovido por el Gobierno, quien vio en la constitución de las colonias agrícolas en los lazaretos una forma para que los enfermos ocuparan su tiempo y se autoabastecieran. Y aunque la colonia San Pablo no llegó a cumplir las expectativas puestas en ella, si permitió descongestionar el lazareto de Contratación, pues los enfermos que llenaron los requisitos tenían la opción de ir a residir allí y no quedarse en la aglomerada Contratación.

La colonia San Pablo era regida por el administrador o jefe de negocios generales del lazareto, pero la autoridad inmediata en aquel lugar era un inspector especial de policía. Cualquier trámite, solicitud o atención que sus habitantes deseaban hacer o recibir debía realizarse en Contratación, en donde estaban ubicados los centros asistenciales, administrativos y religiosos. A pesar de la vasta distancia entre Contratación y la colonia, ésta hizo parte del lazareto, dependiendo plenamente de él. Para evitar el incumplimiento de las normas establecidas, San Pablo también fue vigilada y controlada con la misma cautela que el resto del lazareto.

¹³⁰ *Ibíd.*, Resolución N° 104, Noviembre 25 de 1919. p. 75 -78.

Para 1931, el lazareto de Contratación geográfica, espacial y demográficamente había crecido, al igual que el número de establecimientos a su servicio. Dentro de su perímetro existían dos establecimientos hospitalarios, uno para la asistencia de los hombres y otro para el de las mujeres, al primero se le denominó San Juan Bosco y al segundo Maria Mazzarello. Las mujeres menores de 18 años eran asistidas y educadas en el asilo Santa Catalina y los hombres en el San Evasio. Estos junto con un local que servía de consultorio médico y otro de farmacia integraban la sección médico-asistencial o científica que se había instaurado para atender a los enfermos de lepra.

El personal a cargo de ellos fueron cuatro médicos, de los cuales uno cumplía sólo funciones administrativas, ya que era el director del lazareto y agente inmediato del organismo nacional encargado de esos lugares, otro era, el subdirector y estaba encargado de la práctica de exámenes y medicalización de los enfermos, mientras que los dos médicos restantes eran considerados como auxiliares y estaban realmente encargados de asistir a los convalecientes constantemente. Sus colaboradoras fueron más de una docena de enfermeras, contratadas entre las personas sanas y enfermas del lazareto, como fue el caso de la señora Diola Rueda, quien fue contratada sin tener la preparación y experiencia para ejercer ese oficio¹³¹.

La farmacia por su parte, estaba atendida por un administrador y un subalterno. Para 1946, un odontólogo y un laboratorista con sus respectivos ayudantes se sumaron a la lista de empleados encargados de la sección médico-asistencial¹³². Los sacerdotes de la Comunidad Salesiana encargada de los asilos y hospitales también colaboraron arduamente en la asistencia de los leprosos, pues algunas de sus religiosas laboraron como enfermeras.

¹³¹ Entrevista realizada a la señora Diola Rueda, asilada en Guadalupe y enfermera del hospital Maria Mazzarello. Abril 17 de 2004. Contratación - Santander.

¹³² Lista de empleados del lazareto de Contratación 1946. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

Dentro del poblado que constituía el lazareto de Contratación se contaba con una cárcel para las personas enfermas, mientras aquellos que no padecían de lepra eran encarcelados en el cuartel de la policía nacional o trasladados a la cárcel del Socorro si la falta cometida lo ameritaba. Con el fin de evitar la salida de los enfermos para adelantar asuntos civiles, jurídicos y penales se constituyó en el lazareto oficinas y personal especializado como fueron una Notaría y una Registraduría de instrumentos públicos, así como un personero interno, un corregidor y un juez municipal y del circuito. Siendo elegidos para esos cargos en su mayoría personas enfermas de lepra con el fin de evitar los abusos que podían presentarse cuando la autoridad era ejercida exclusivamente por personas sanas. Considerando esa misma razón, la policía encargada de controlar el orden interno del lazareto fueron individuos enfermos. La preferencia de los enfermos para ocupar los cargos públicos se dio además para evitar que más personas sanas residieran dentro del lazareto previniendo su exposición al contagio y los espacios que podían ser utilizados por los enfermos, y porque al ser ellos previamente racionados el sueldo que se les debía pagar por sus servicios era poco, reduciéndose los gastos. Valga a notar que entre el personal leproso que laboró en el lazareto de Contratación también estuvieron un cajero, un contador y tesoro pagador de enfermos, quienes trabajaban en el centro del poblado.

Los locales, establecimientos y personal mencionados integraban lo que en la práctica se conoció como la “Contratación interna”, aquella destinada exclusivamente al servicio de los enfermos con amplia participación de ellos. Sin embargo, al no existir más centros médicos dentro del lazareto las personas exentas de lepra también pudieron hacer uso de los servicios hospitalarios. Aún así, el Gobierno, en el ajuste económico que hizo a los lazaretos, consideró necesario cobrar de 0.50 centavos hasta 1 peso si la consulta era realizada a domicilio, los cuales debían ser cancelados en la caja interna antes de solicitar el servicio médico. Las personas pobres que no podían costear la asistencia médica

debían contar por su parte con una autorización del administrador del lazareto para que no se les cobrara dada su situación financiera¹³³.

Valga anotar que el control policivo y administrativo de todo el lazareto estaba concentrado en el cerro oriental desde finales del siglo XIX, donde se había instaurado la residencia y centro de operaciones del administrador al ser el mismo un lugar estratégico que permitía el reconocimiento visual de toda la población y por ser paso obligado para ir a Guadalupe, vía más fácil y menos devastada para acceder a Contratación. Desde 1866 hasta 1934 el administrador fue la máxima autoridad del lazareto y sus responsabilidades no eran compartidas, pero con la reestructuración de las dependencias científicas y administrativas realizadas por el director del Departamento Nacional de Higiene, la dirección del lazareto de Contratación se delegó a un médico graduado quien se constituyó en el jefe de todos los servicios que se prestaban, confiriéndosele atribuciones similares a las de los prefectos provinciales, era jefe de la policía interna y externa, y su jurisdicción se extendía a todo el territorio que comprendía aquel lazareto.

Al antiguo administrador, que en adelante pasó a llamarse Jefe de Negocios Generales, se le encomendaron funciones concernientes a la policía interna y externa, a asuntos relativos al aislamiento, posesión de empleados, presupuestos, autorización de gastos, celebración de contratos, control de obras públicas, visitas focales a las oficinas de manejo y demás asuntos de orden administrativo¹³⁴. Esa disposición evidenciaba la intención gubernamental de convertir los lazaretos en instituciones médicas, arrebatándole su dirección a personas que muchas veces carecían de los conocimientos y la preparación para organizar y administrar una institución cuyo principal objetivo debía ser el prestar un servicio médico-asistencial a individuos que amplia y urgentemente lo requerían.

¹³³ Diario Oficial. Año LXVIII, N° 21922 (feb. 23/1932). Resolución N° 23, Febrero 9/ 1932.

¹³⁴ Resolución N° 88, Junio 8/1934. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

El jefe de negocios generales continuó ocupando la infraestructura ubicada en el cerro oriental, la cual fue remodelada para que allí también funcionaran las oficinas de contabilidad, estadística, caja y personería externa. De igual manera, el oficial mayor de negocios, el jefe de desinfección, el guarda líneas y el telefonista, junto con sus ayudantes o asistentes laboraron allí y conformaron la otra Contratación, “la externa”. Aquella integrada sólo por individuos exentos de lepra y en la que las personas sanas que habitaban el lazareto pudieron encontrar una autoridad, como lo era el personero y jefe de negocios generales que abogara por ellos o atendiera sus solicitudes.

Así mismo, al suroriente del lazareto se construyó una casa médica, la cual fue adecuada para que el personal médico viviera distante y cómodamente del resto de la población. Los médicos evidentemente debían estar en contacto directo y constante con los enfermos de lepra pero por el escrúpulo contagioso hacia la enfermedad preferían residir muy lejos de los convalecientes. La Comunidad Salesiana por su parte, a pesar del temor a la lepra estableció su domicilio dentro del poblado y en medio de los leprosos, ocupando para ello un extremo de la capilla que con el tiempo y la ayuda de los feligreses se reconstruyó como el templo principal del lazareto de Contratación.

Además de la alejada colonia San Pablo, del lazareto de Contratación también hicieron parte los asilos o preventorios constituidos para cuidar y educar a los hijos sanos de los enfermos de lepra, ubicados en los poblados de Guadalupe y Guacamayo, en el primero se instauró el asilo “María Auxiliadora” para niñas y en el otro el asilo “San Bernardo” para niños. El personal médico y religioso al servicio de los enfermos de lepra o de las personas que tuvieran vínculos con ellos, así como los lugares o establecimientos, entre ellos la colonia y los presentes asilos, independientemente de que fueran considerados parte de la Contratación externa o interna, integraban la totalidad del lazareto de Contratación. Un lazareto que si bien no alcanzaba las proporciones espaciales y

quizás el desarrollo del lazareto de Agua de Dios, había dejado de ser aquel irrisorio establecimiento “hospitalario” situado cerca de una aldea, en donde vivían los enfermos que aún no requerían ser hospitalizados e individuos sanos.

Entre 1931 y 1961, **el lazareto de Contratación** era ya una institución de aislamiento, constituida por establecimientos asistenciales, educativos, administrativos y religiosos, y por un poblado que sobre pasaba los límites de la inicial “Contrata”. Una institución que persistentemente buscó transformarse para que su finalidad no fuera exclusivamente la de mantener aislados a los enfermos de lepra de la población que los relegaba, temía y abandonaba, sino también la de brindarles asistencia médico-hospitalaria para adquirir curación o hacer menos dolorosos sus padecimientos. Intención que desde la tercera década del siglo XX se percibió con mayor fuerza, aunque ese objetivo no logró llevarse a cabo plenamente.

3.3 LOS HABITANTES

3.3.1 Procedencia. El lazareto de Contratación como sus antecesores en el Regadillo y el Curo, inició siendo un lazareto provincial; financiado en parte por la provincia del Socorro para que sus habitantes enfermos de lepra se proscribieran forzosa o voluntariamente. Al comenzar el período Republicano en 1833, se estableció que Contratación sería el lazareto de un primer distrito sanitario, en el cual se exiliarían a los leprosos de las provincias de Bogotá, Casanare, Neiva, Pamplona, Socorro, Tunja y Vélez. Pero ante el incumplimiento de la disposición y la reorganización del país en Estados Confederados, Contratación pasó a ser el lazareto del Estado Soberano de Santander; con lo cual conservó su carácter regional. El lazareto nacional para entonces era el de Caño de Loro, cuya supremacía sería posteriormente sustituida por el lazareto de Agua de Dios. Con la reestructuración de las políticas sanitarias contra la lepra fomentadas durante la presidencia del General Rafael Reyes, el lazareto de Contratación fue

nacionalizado, su financiación dependió del Gobierno Nacional y se rigió únicamente por la reglamentación estatal.

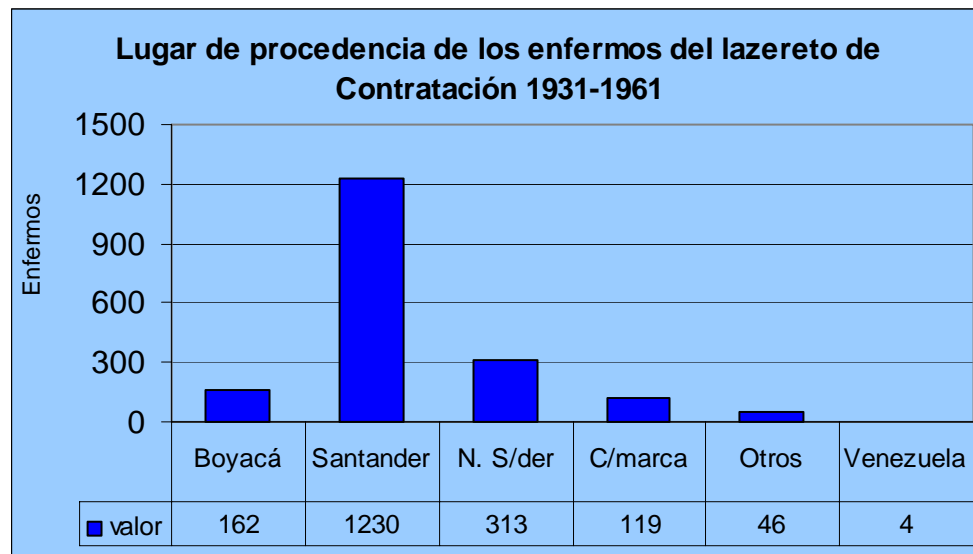
Sin embargo, dicho evento no significó que se estableciera una equidad entre los tres lazaretos. Las autoridades médicas, sanitarias, administrativas y hasta religiosas inclinaron más su atención en el lazareto de Agua de Dios, llevándolo a alcanzar un nivel de desarrollo por encima de los otros dos. Su infraestructura mayor y mejor acondicionada, su acceso más fácil y su cercanía a la capital del país fueron quizás elementos fundamentales para que no sólo la oficialidad se inclinara por ese lazareto, sino también la población enferma, pues a él llegaron masivamente individuos procedentes de diversas regiones del país.

Por su parte la vasta distancia entre la isla de Tierrabomba, en donde estaba ubicado el lazareto de Caño de Loro, y el resto del país para el siglo XX contribuyeron a que el Gobierno Nacional, en su afán de minimizar los gastos ocasionados en la lucha contra lepra, eliminara ese lazareto una década antes que a los demás; siendo remitida casi la totalidad de su residentes enfermos a Agua de Dios, ya que la amplitud de su territorio permitía albergar a un mayor número de personas de los que se podía en el lazareto de Contratación. El cual continuó siendo un lazareto regional, no por la financiación de los gastos que demandaba su sostenimiento porque a pesar de la demora en el desembolso del dinero, el Gobierno Nacional se hizo casi totalmente cargo de éste, sino por las personas que a él llegaron, quienes en su mayoría procedían del Departamento de Santander o de departamento circundantes como Norte de Santander y Boyacá.

Considerando esos antecedentes, a partir de 1874 historias clínicas que aún se conservan de los enfermos que residieron en el lazareto de Contratación entre 1931 y 1961, se identificó que el 65.5% eran oriundos o procedían del departamento de Santander, el 17% del Norte de Santander, el 8.6% de Boyacá, el 6.3% de Cundinamarca y el 2.4% de departamentos como Atlántico, Bolívar,

Caldas, Cesar, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Quindío, Tolima, Sucre, Valle de Cauca y Antioquia. E incluso de Venezuela procedía el 0.2% de los enfermos de lepra que ingresaron o fueron dados de alta en el lazareto durante ese período, pero al parecer estas personas eran de nacionalidad Colombiana y por su enfermedad habían sido deportadas.

GRÁFICO 1.



Fuente: Historias clínicas. Lazareto de Contratación. 1931-1961.

Si bien, se evidenció que del departamento de Cundinamarca llegaron al lazareto de Contratación un número considerable de enfermos, esto se debió a que el 86% de ellos fueron remitidos directamente del lazareto de Agua de Dios, ya fuera porque el clima cálido los afectaba, por tener familiares residiendo en Contratación o porque eran enviados por las autoridades de ese lazareto para castigarlos por faltas cometidas, como era fugarse. Las dos primeras explicaciones son motivos igualmente validos para justificar por qué el 2.4% de enfermos procedentes de otros departamentos aceptaron proscribirse en el lazareto de Contratación. No obstante, los mismos enfermos o las autoridades que los remitían desde Boyacá

y Norte de Santander manifestaron en su historia clínica que lo habían hecho por su cercanía.

La presencia mayoritaria de enfermos nacidos o residentes en Santander evidenciaba a su vez que muchos municipios aún eran focos de lepra. Corroborándose así que la convivencia entre sanos y leprosos en ambientes o condiciones carentes de mínimas comodidades y principios básicos de higiene conllevaban a la propagación acelerada de la enfermedad. Evidencia de ello es que del 65.5% que representaban los enfermos remitidos del Departamento de Santander, el 54% provenían de Chima, Pinchote, Oiba, Curití, Barbosa, Guadalupe, Puente Nacional, San Gil, Socorro, La Aguada, Galán, Guacamayo, Santa Helena del Opón, Simacota, Charalá y Suaita, entre otros. Lugares cercanos al lazareto y pertenecientes en su mayoría a la parte suroriental del departamento, caracterizada desde hacía varias décadas por ser una zona prevalente de lepra en torno a las cuencas de los ríos Suárez y Chicamocha.

Un aspecto que cabe resaltar es que entre ese 54% también se contaban los enfermos que eran dados de alta por las autoridades médicas del lazareto de Contratación cuando se practicaban los exámenes a las personas que residían allí y eran consideradas hasta ese momento como exentas de la enfermedad. Resultando de esta práctica un elevado número de leprosos, que hacían de Contratación el lugar en donde más enfermos se detectaban en todo el departamento de Santander.

3.3.2 Remisiones. Con la reestructuración de las políticas contra la lepra iniciadas desde la década del treinta, la localización temprana y rápida de los enfermos se convirtió en un objetivo primordial. Estableciendo para ello centros asistenciales y preventivos, como los dispensarios, las comisiones y unidades sanitarias y la destinación de personal especializado para atender los enfermos identificados y para recorrer el territorio colombiano en busca de otros. Así mismo,

se encomendó a las autoridades gubernamentales y policivas de los departamentos, municipios y corregimientos denunciar los casos de lepra de los que tuvieran conocimiento, para aplicar las medidas médicas y sanitarias pertinentes.

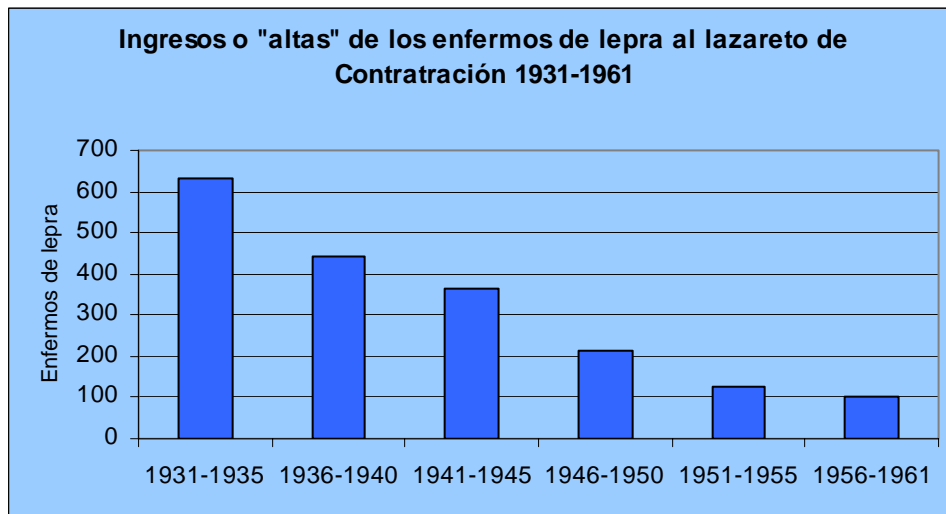
Y aunque la Ley 32 de 1932 dejó de considerar la lepra como una calamidad pública no por ello cesó la persecución contra los enfermos. Ella era aún una enfermedad contagiosa, con un vehículo transmisor difícil de dilucidar y sin un medicamento efectivo para su eliminación, por ello la localización temprana y vertiginosa de los enfermos debía continuar siendo un mecanismo significativo para el control de la lepra.

De tal modo, lo que en realidad se modificó fueron los métodos que se debían seguir para prevenirse la enfermedad y practicarse el aislamiento. La nueva campaña antileprosa que se constituyó tuvo un enfoque educativo y sanitario, buscando enseñarle a la población la importancia de practicar hábitos adecuados de higiene y sanear el ambiente en que vivían. Siendo articulada a su vez a una estrategia nacional para conformar un país moderno y civilizado, cuyos principales resultados fueron la disminución de ambientes y condiciones propensas para la propagación de la enfermedad.

Por otra parte, se estableció que el aislamiento era obligatorio en aquellos casos en que la lepra fuera de carácter abierto, es decir, en que el bacilo de Hansen estuviera presente en el cuerpo y existieran lepromas, nódulos o úlceras. Aunque ya no era necesario continuar realizándose en los lazaretos, al ser permitido hacerlo a domicilio o en los hospitales, para lo cual debía cumplirse una serie de normas estrictas, que pudieron limitar el número de enfermos que se benefició de este aislamiento. Aún así, la disposición se cumplió porque a partir de 1940 el número de enfermos que llegaba a los lazaretos disminuyó (ver el gráfico 2). Factor que pudo obedecer además a la disminución de los casos de lepra después

de la campaña sanitaria que se emprendió en el país o porque los enfermos optaron por aislarse en lugares distintos a los lazaretos. Teniendo en cuenta el temor de la población a convivir cerca de los leprosos y las carencias de los centros hospitalarios, se podría concluir que el aislamiento a domicilio fue bastante superior al aislamiento en los hospitales.

GRÁFICO 2.



Fuente: Historias clínicas. Lazareto de Contratación. 1931-1961

Las personas u organismos encargados de decretar el aislamiento de los enfermos de lepra fueron exclusivamente de carácter público u oficial; si algún médico particular o establecimiento privado detectaba algún caso de lepra debía denunciarlo frente a las autoridades gubernamentales, médicas o policivas, para que fueran éstas las encargadas de remitir a los enfermos a los lazaretos o si el aislamiento se iba a llevar a domicilio, verificar las condiciones del lugar y continuar con su seguimiento

Observando las 1874 altas encontradas en el lazareto de Contratación para los años 1931-1961, se determinó que fueron las autoridades gubernamentales, como el gobernador, los alcaldes y corregidores quienes mayor número de enfermos remitieron. Lo cual se justifica porque desde 1931 se había encomendado a esas

autoridades la responsabilidad de atender los casos de lepra que aparecieran en sus territorios, haciéndolos examinar por médicos oficiales o por médicos particulares cuando los primeros no pudieran. Medida que evidentemente se cumplió, las denuncias que la población les hacía de los posibles portadores de lepra y su posterior confirmación conllevaron a remitir el 26% de los enfermos que se dieron de alta en este lazareto. Por su parte, los médicos oficiales que atendían a la población en los centros hospitalarios o de higiene, instaurados en las diversas regiones del país, remitieron a Contratación el 17% de los enfermos que allí habitaron.

Las comisiones y unidades sanitarias encargadas de llevar a cabo la campaña antileprosa, recorriendo la geografía colombiana para llegar a zonas de difícil acceso y detectar a los enfermos de lepra, remitieron a Contratación el 7.2% de los leprosos que ingresaron a éste. Los dispensarios antileprosos, dermatológicos o consultorios de la piel, quienes de igual manera hicieron parte de la campaña contra la lepra iniciada por el Gobierno Nacional desde 1931, se constituyeron a su vez en una ampliación de la asistencia hospitalaria instaurada para curar y controlar a los enfermos que eran dados de baja o se les permitía el aislamiento en lugares diferentes a los lazaretos, así mismo se constituyeron en un servicio preventivo al enseñarle a la población la importancia de examinarse cuando existieran sospechas de padecer de lepra o de someterse a observación rápidamente, lo cual propició que enviaran al lazareto de Contratación el 12% de los enfermos que allí se dieron de alta. Aún así, al sumar las remisiones de las comisiones, unidades sanitarias y los dispensarios, como principales estrategias para adelantar la campaña antileprosa, sólo se reconoce un mínimo cumplimiento de sus objetivos al detectar y transferir al lazareto el 19.2% de los enfermos trasladados.

Las Direcciones o Secretarías Nacionales de higiene, así como los laboratorios centrales o de investigaciones epidemiológicas, ubicados en el ciudad de Bogotá,

remitieron a Contratación 21 enfermos de lepra que correspondieron al 1.1% de las altas decretadas. Los agentes de policía que desde el XIX habían tenido funciones sanitarias, debieron procurar que los enfermos acataran las órdenes de aislamiento, siendo ellos en algunos casos autorizados para decretar la remisión a los lazaretos. No obstante, el porcentaje de enfermos por ellos enviados al lazareto de Contratación fue sólo del 0.6%.

Considerando la peligrosidad de la libre convivencia con personas tuberculosas y leprosas que se encontraban en las prisiones y cuarteles, el 22 de Octubre de 1896 La Junta Central de Higiene había ordenado su inmediato aislamiento¹³⁵. Decisión que se preservó a pesar que desde los años treinta el aislamiento en los lazaretos era opcional, ya que los individuos que se encontraban en las cárceles enfermos de lepra debieron ser proscritos por razones de seguridad sanitaria en los lazaretos. A Contratación llegaron remitidos desde esos establecimientos el 0.3% de las altas dadas.

Y aunque esos establecimientos, organismos o instituciones eran los únicos autorizados para decretar el aislamiento de los enfermos de lepra, no todas las altas que se decretaron en Contratación procedieron por petición de ellos. Por ejemplo, a causa de los amplios focos de lepra en que se convirtieron los lazaretos las autoridades médicas que laboraban allí solicitaron la alta de un gran porcentaje de enfermos, dentro del lazareto en que se hallaban o en otros. Razón por la que fueron dados de alta el 19.5% de los enfermos que habitaban en Contratación, de los cuales el 30% procedían de Agua de Dios y de Caño de Loro.

Por otra parte, un número elevado de enfermos de lepra llegaron al lazareto de Contratación sin que nadie los hubiese remitido para ser dados de alta, es decir, para residir dentro del lazareto y ser subvencionado. Siendo justificada esa

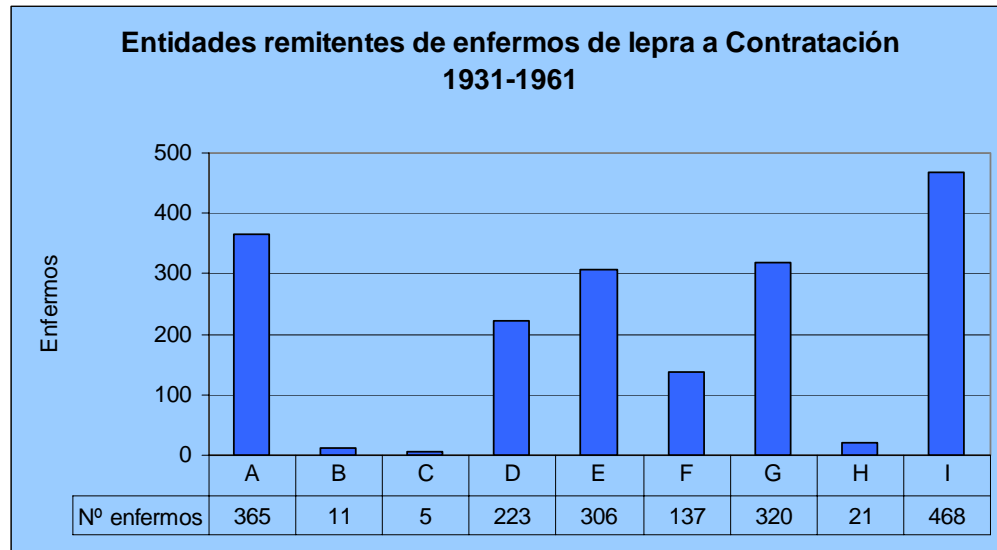
¹³⁵ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Acuerdo 22 de Octubre de 1896. p. 173 – 174.

decisión por el rechazo y los señalamientos de la población que los llevaban a aislarse voluntariamente en lugares que pese a sus limitaciones e incomodidades les permitía vivir entre iguales. De allí que el 16.3% de los enfermos proscritos en el lazareto de Contratación fueran dados de alta sin ser remitidos por ningún estamento.

Una de las desventajas que se tenía cuando el aislamiento era voluntario fue la de correr con los gastos que demandaba el traslado a los lazaretos. En consecuencia, para 1939 el ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social consideró razonable retribuirles el dinero que habían invertido en el viaje a los enfermos que habían llegado voluntariamente a los lazaretos, para lo cual debían solicitarlo a dicho ministerio a través del médico director, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su llegada¹³⁶.

¹³⁶ Resolución N° 667, Septiembre 26 /1939. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

GRÁFICO 3*.



A. Lazaretos. B. Policía Nacional. C. Prisiones. D. Dispensarios. E. Voluntarios. F. Comisiones y Unidades Sanitarias. G. Médicos oficiales y centros de higiene. H. Entidades nacionales de higiene. I. Autoridades.

3.3.3 Arribos y permanencias. Al arribar al lazareto los enfermos de lepra eran examinados por los médicos para corroborar la posesión de la enfermedad y poder decretar la alta. En ese momento se les abría la historia clínica, en donde, además del estado del salud del leproso se consignaban datos personales, familiares y hasta el organismo que los había remitido, anexándose igualmente una fotografía tomada a su llegada. Posteriormente se les entregaba la boleta de ración y se les ubicaba dentro del lazareto. Si el enfermo ya vivía o tenía familiares residiendo en el lazareto, el jefe de alojamiento, encargado de ubicarlos, les permitía residir con ellos.

Si el estado de salud del enfermo era grave, era internado en los hospitales de acuerdo a su género y se negaba a los familiares sanos que lo acompañaban la posibilidad de quedarse en el lazareto. Lo mismo sucedía con los menores que

* Fuente: Historias clínicas Lazareto de Contratación. 1931-1961.

eran enfermos y cuyos padres no lo eran¹³⁷. Los demás enfermos eran ubicados en viviendas o habitaciones de propiedad del Estado o arrendadas por el mismo, e incluso los enfermos de mejor condición económica podían comprar las viviendas a los particulares. En 1919, el Gobierno Nacional autorizó a los administradores de los lazaretos otorgar permisos a los enfermos para que construyeran casas, cuyos perímetros eran previamente delimitados, las cuales podía el leproso ocuparlas de por vida y heredarlas a sus familiares enfermos, de lo contrario debían venderlas al Gobierno o los convalecientes¹³⁸. Estas serían las edificaciones que se comercializarían más adelante cuando los lazaretos ya estaban superpoblados.

El incremento vertiginoso de los leprosos llevó además a las autoridades nacionales y de los lazaretos a aprovechar mejor el espacio, ubicando a los enfermos que más se pudieran dentro de una misma edificación y a no conceder alojamiento en casas particulares mientras en los hospitales o asilos hubiera espacio disponible¹³⁹. Quienes se opusieran a ser internados eran sancionados con la restricción de su ración y no tenían derecho a exigir alojamiento por cuenta del Gobierno¹⁴⁰.

Las viviendas o habitaciones concedidas eran temporales, sujetas a cualquier modificación o disposición que las autoridades creyeran convenientes. Sin embargo, hubo enfermos que se negaban a devolverlas ocasionado gastos desmesurados, en especial cuando las edificaciones eran alquiladas. Fue así, como se hizo necesario reglamentar esa práctica, ordenándose a los enfermos de lepra que se les hubiera suministrado alojamiento gratis, a ocuparlas y desocuparlas en las fechas que determinaban las oficinas o entidades oficiales, porque su incumplimiento acarrearía el desalojo forzado, del cual debía

¹³⁷ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Resolución N° 29, Marzo 14/1921. p. 124.

¹³⁸ *Ibíd.*, Resolución N° 113, Diciembre 31/1919. p. 119 -122.

¹³⁹ *Ibíd.*, Resolución N° 26, Mayo 15/1925. p. 125 – 128.

¹⁴⁰ *Ibíd.*, Resolución N° 23, Febrero 9/1932. p. 131.

encargarse el corregidor del lazareto junto con la policía interna¹⁴¹. Las causas que llevaron a ocasionar desalojos fueron entre otras, la necesidad de entregar a los particulares el predio arrendado, problemas de orden público que presentaran los enfermos, desacato o incumplimiento a las normas establecidas, o cuando fuera ineludible la hospitalización de la persona a quien se le había concedido la vivienda.

Pese a la reglamentación determinada y a las constantes prohibiciones del Gobierno Nacional y de las autoridades internas de los lazaretos, los enfermos ingresaron a estos lugares con sus familias y se ubicaban con ellos muchas veces en alojamientos del o costeados por el Estado. Siendo esto una de las causas que motivaron al Gobierno a restringir la permanencia de individuos exentos de lepra, personas que no sólo abarcaban espacios que podían ser ocupados por los convalecientes, sino que también, en algunas ocasiones vivían de sus raciones, pero sobre todo eran personas que por estar en contacto directo y constante con los leprosos podían contraer la enfermedad, propagándose cada vez más la lepra y con ello aumentado el gasto nacional.

La libre convivencia entre los enfermos de lepra y los que no lo eran, fue un asunto que siempre preocupó a las autoridades gubernamentales, quienes en vista de que algunos enfermos por su estado de salud o por la dificultad de cortar con los lazos afectivos realizados antes de ingresar a los lazaretos, necesitaban convivir con algún familiar, se les permitió. No obstante, dicha práctica fue reglamentada desde 1905. Los individuos exentos de lepra que deseaban vivir en los lazaretos debían demostrar que tenían una estrecha familiaridad con el enfermo al que acompañarían y que éste lo necesitaba para su asistencia, además, se comprometían a regirse por la normatividad del lazareto, obedeciendo y respetando a las autoridades internas y externas de dichos lugares. Aunque a ellos se les permitía salir de los lazaretos no podían hacerlo más de dos veces por

¹⁴¹ Diario Oficial. Año LXVIII, N° 21684 (may. 8/1932). Resolución N° 38, Abril 28/1931.

año, para lo cual debían solicitar un permiso y someterse a los procesos de desinfección.

Cualquier falta o delito que ellos cometieran era causal de expulsión o arresto dentro del lazareto o en la prisión del municipio más cercano, según la magnitud del hecho¹⁴². Para 1933, en procura de controlar la permanencia injustificada de personas sanas en los lazaretos se les obligó a portar una cédula de identificación personal, y se reiteraron las intenciones del Gobierno Nacional de descongestionar los lazaretos mediante la expulsión o restricción de las personas sanas de lepra. Fue así, como no se desaprovecharon las oportunidades para sancionarlos y si era posible expulsarlos.

Dentro del lazareto de Contratación los castigos para las personas que no eran leprosas se dieron por causas como la de irrespetar a la autoridad, violar el cordón sanitario, desordenes y escándalos públicos, riñas, retardo injustificado dentro del lazareto o por pretender sacar objetos sin la previa desinfección. Los castigos se pagaban con multas, privación de la libertad o trabajos forzados. Ejemplo de ello fue la sanción proferida de 24 horas de arresto dentro del cuartel de policía nacional ubicado en la zona externa contra la señora Leticia Guerra por acusar al juez municipal de favorecer al enfermo Pedro Duarte en un proceso que se adelantaba en contra de ella. Falta que se catalogó como calumnia, por lo que se le advirtió a la señora que si continuaba con sus acusaciones, desprestigiando al funcionario público, se le aplicaría con rigor la ley que castigaba la calumnia siendo arrestada en la cárcel del municipio del Socorro¹⁴³.

Por ser el lazareto una institución de aislamiento, cuyos objetivos debían basarse en el bienestar del enfermo, la severidad con que se sancionó a los individuos exentos de la enfermedad cuando se agredía o colocaba en riesgo el buen

¹⁴² Actos legislativos y leyes. Ley 32, Octubre 29 /1918.

¹⁴³ Resolución interna N° 68, Septiembre 20/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

funcionamiento de la institución y la tranquilidad de sus residentes leprosos, fue mayor que cuando se agredían mutuamente entre personas sanas. La primera ameritó la expulsión y la segunda castigos. Sin embargo, hubo casos como el del señor Aureliano Santamaría, que pese a ameritar ser expulsado dicha disposición no se cumplió porque la persona a quien había agredido era su madre enferma y la señora necesitaba de él. Aún así, su pena fue rigurosa, pues debió pagar 30 días de arresto, tiempo que superaba ampliamente al que por lo general se ordenaba¹⁴⁴.

En el lazareto de Contratación la falta que más cometieron los enfermos y quienes no lo eran fue la de violación al cordón sanitario. Falta por la que las personas exentas de lepra no eran reprendidas con expulsión si poseían permiso o cedula de residente y era la primera vez que eran sorprendidos ingresando o saliendo del lazareto clandestinamente. La pena que debían pagar por ello fue máximo de 10 días de prisión, los cuales eran conmutables por trabajos forzados o por el pago de una multa; dejándose establecido en todas las penas que su incumplimiento sería sancionado con 60 días de arresto en la cárcel del circuito del Socorro.

De esta manera, por intentar salir del lazareto por los desechos que existían sin la autorización pertinente fueron castigados Ana Julia Games, Tilcia Hernández, Ana Santos e Hipólito Castellanos, entre muchos otros¹⁴⁵. No obstante, hubo casos en los que los días de castigo fueron un poco mayor, como el del señor Saturnino Moreno, a quien las autoridades sorprendieron penetrando al lazareto en las horas de la madrugada junto a un menor, hijo de un enfermo de lepra, el cual había cancelado dos pesos al señor Saturnino para que trajera al pequeño consigo. El comercializar con la violación del cordón sanitario motivó al jefe de negocios

¹⁴⁴ Resolución interna N° 34, Mayo 28/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁴⁵ Resoluciones internas: N° 10, Febrero 10/1947; N° 00034, Abril 25/1949; N° 13, Marzo 13/1947. Documentos sueltos. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

generales o administrador a imponerle a este señor 15 días de prisión, 5 más de lo que comúnmente se ordenaba¹⁴⁶.

La permanencia injustificada dentro del lazareto o el retardo en abandonarlo, excediendo el plazo autorizado fueron elementos que llegaron a ser sancionados hasta con la prohibición de volver a ingresar a él. Los hermanos Bernardo, Telesforo y Socorro Bolívar por tardar en el lazareto de Contratación 19 horas más de lo autorizado para ver a sus familiares, debieron pagar 5 días de trabajos forzados¹⁴⁷. Por la misma causa, pero con 48 horas de retardo, fue obligado el señor Anunciación Blanco a cancelar a favor de las rentas internas del lazareto tres pesos¹⁴⁸. El señor Laureano Contreras, quien llevaba 15 días laborando como zapatero dentro del lazareto, sin previa autorización, fue sancionado con 10 días de prisión, los cuales el acusado no los hizo conmutables, pues no deseaba realizar ningún trabajo ni tenía dinero para cancelar una multa. Además de esta sanción se le prohibió volver a ingresar al lazareto¹⁴⁹.

La reincidencia de las faltas mencionadas y las acusaciones que los enfermos hacían de las personas sanas que perjudicaban al lazareto y su posterior comprobación fueron los motivos más comunes por los que se expulsaron del lazareto de Contratación a esas personas. La permanencia de los individuos que no padecían de lepra y que no cumplían una función médica, administrativa o religiosa dependió específicamente de la familiaridad o utilidad que pudieran brindarle a los enfermos, siendo su denuncia utilizada por algunas personas como medio de retaliación o venganza.

¹⁴⁶ Resolución interna N° 34, Junio 3/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁴⁷ Resolución interna N° 00033, Abril 25/1949. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁴⁸ Resolución interna N° 49, Julio 18/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁴⁹ Resolución interna N° 17, Marzo 14/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

Las señoras Clementina Fuentes y Zoila Parra fueron expulsadas del lazareto de Contratación por petición del señor Campo Elías Parra, esposo y padre de las mencionadas, quien las acusó de abandonarlo para vivir en amancebamiento público¹⁵⁰. Así mismo, la Señora Laura Peñaranda fue expulsada, luego de que la señora Rita Duran la acusara de no tener ningún pariente enfermo que justificara su permanencia dentro del lazareto y de vivir en concubinato con el esposo leproso de la demandante¹⁵¹.

Las directivas o autoridades del lazareto al comprobar que las personas sanas no estaban cumpliendo con las obligaciones adquiridas con el enfermo que garantizaba su permanencia dentro del lugar o que su comportamiento era cuestionable, también podían solicitar su expulsión. Fue así, como el médico director solicitó la expulsión de la señora Rosa Prada por no prestarle ningún servicio a su madre enferma, por vivir maritalmente con diversos enfermos y hacer constantes escándalos en la vía pública¹⁵². Igualmente la señora Bernarda Ruiz fue expulsada por acusaciones del comandante de policía nacional, quien cuestionaba su comportamiento¹⁵³.

Además del amancebamiento o el concubinato, la prostitución fue también causal de expulsión. Por ese motivo se exilió del lazareto a Trinidad Carreño, ya que las constantes denuncias y acusaciones de la población y su comprobación llevaron a las autoridades a cancelarle su cédula de residente, como a solicitarle

¹⁵⁰ Resolución interna N° 0012, Diciembre 15/1949. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵¹ Resolución interna N° 24, Abril 9/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵² Resolución N° 11, Febrero 15/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵³ Resolución interna N° 58, Agosto 11/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

que abandonara el lazareto dentro de un plazo prudencial¹⁵⁴. Por situación similar se expulsó a la señora Joaquina García, sin embargo, la orden de abandonar el lazareto dada a ella era la de hacerlo de manera inmediata, por sus “conductas reprochables e indecorosas” como por la enfermedad venérea que poseía la cual había transmitido a los hombres con quienes había estado, constituyéndose en un peligro para la salud pública¹⁵⁵.

Otras de las personas exentas de lepra, que pese a no residir dentro del lazareto eran sancionadas por incumplimiento a la reglamentación que regía la institución fueron los vivanderos, es decir, las personas que suministraban víveres y utensilios a los lazaretos. Para regular su entrada y permanencia momentánea en esos lugares, desde 1933 se ordenó la expedición de pases especiales o cédulas de vivandero, como se les llamó, cuyo documento autorizaba su actividad comercial, les prohibía penetrar a los lazaretos con infantes o personas que no tuvieran autorización, concurrir a las casas o habitaciones de los leprosos y ponerse en contacto con ellos. Sólo podían permanecer en los lazaretos el tiempo indispensable para realizar la venta o entrega de los artículos que condujeran¹⁵⁶.

Aunque en el lazareto de Contratación la anterior medida tardó en efectuarse, ésta finalmente se realizó y adquirió condiciones específicas. Se estableció que los vivanderos sólo podían estar allí de 6 am a 5 pm, los días sábados y domingos sólo se permitía la venta de leche, verdura, carne y frutas, y se les prohibió salir del lazareto con moneda especial, víveres y demás artículos comestibles. Así mismo, para poder salir con artículos diferentes a los mencionados debían someterlos a los procesos de desinfección. Para adquirir la cédula de vivandero se debía cancelar a las rentas internas del lazareto 1 peso.

¹⁵⁴ Resolución interna N° 00095, Octubre 26/1949. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵⁵ Resolución interna N° 00066, Septiembre 10/1949. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵⁶ Diario Oficial. Año LXLX, N° 22288 (may. 16/1933). Resolución N° 46, Abril 25/1933.

El no porte de esa cédula o el incumplimiento a las normas constituidas era sancionado con el pago de mínimo 5 pesos, con la privación de la libertad y hasta con la prohibición de volver a ingresar al lazareto¹⁵⁷. Entre los sancionados por dicha causa estuvieron los vivanderos Carlos Nova y Simón Ardila. El señor Carlos Nova por permanecer en Contratación 43 horas más de lo permitido se le amonestó con 20 días de arresto inconmutables, siendo advertido que su reincidencia le causaría la suspensión definitiva de la cédula y el pago de 60 días de prisión en la cárcel del Socorro¹⁵⁸. Simón Ardila por intentar sacar ocho docenas de envase de cerveza del lazareto sin someterlos al proceso de desinfección debió cancelar tres pesos con veinte centavos y un día de prisión¹⁵⁹.

La dificultad de dilucidar la forma en que se transmitía el bacilo de Hansen, obligó a la práctica de procesos de desinfección de todos los elementos que salieran de los lazaretos. Ni las autoridades médicas, administrativas y religiosas podían evadir estos procesos, los cuales consistían en pasar los objetos por un cuarto hermético tratado con formol¹⁶⁰. La demora del proceso y los daños que causaba a ciertos objetos, fueron factores por los que en ocasiones las personas preferían eludirlos. Hecho que debió ser castigado por las autoridades del lazareto para garantizar el cumplimiento de las políticas sanitarias destinadas a disminuir los índices de la enfermedad.

El interés gubernamental por transformar los lazaretos en instituciones médicas y disminuir los costos que demandaba una lucha desorganizada y poco efectiva contra la lepra se reflejaba además en la necesidad de descongestionar los

¹⁵⁷ Resolución interna N° 29, Enero 29/1937. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵⁸ Resolución interna N° 5, Enero 27/1945. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁵⁹ Resolución interna N° 60, Septiembre 13/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁶⁰ RUIZ, Op. cit., p. 105.

lazaretos. Propósito que se buscó realizar con el replanteamiento del lugar en que debía llevarse a cabo el aislamiento obligatorio y con la disposición de liberar enfermos que tras exámenes practicados se demostrara que no representaban un peligro público para vivir en sociedad. Pero al ser el lazareto una institución destinada a los enfermos de lepra, la expulsión o disminución de quienes no lo eran y residían en ellos se convirtió en un objetivo específico de la nueva campaña antileprosa.

Las políticas encaminadas a expulsar de los lazaretos a las personas exentas de lepra que no pudieran justificar su permanencia dentro de éstos fueron constantes, intensificándose al iniciar la segunda mitad del siglo XX, cuando el Gobierno Nacional a través del Decreto 467 del 14 de febrero de 1950, ordenó la salida de estas personas de los lazaretos colombianos en un plazo no mayor de 30 días. Permitiéndosele al enfermo estar acompañado sólo por su conyugue o un pariente cercano, para lo cual debía demostrar que requería de su ayuda y que tenía medios económicos diferentes a los de la ración para atender el sostenimiento de su acompañante.

Dentro del lazareto de Contratación esa orden tuvo un acatamiento inmediato, el jefe de negocios generales notificó a la población no leprosa la obligatoriedad de abandonar los lazaretos, advirtiéndole que su incumplimiento acarrearía la utilización de medios violentos, aunque aquellos que acudieran a solicitar el pase de salida definitiva se les otorgarían toda clase de garantías¹⁶¹. Si bien, no se pudo establecer hasta que punto la presente disposición se cumplió, se sabe que pese a la insistencia del Gobierno Nacional y de las autoridades internas del lazareto algunas personas no acataron la medida y continuaron viviendo en el lazareto de Contratación. Por consiguiente las oportunidades que ellos daban para expulsarlos, por transgredir la reglamentación o presentar problemas con los

¹⁶¹ Resolución interna N° 23, Marzo 13 /1950. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

enfermos, eran aprovechadas para ir desaglomerando estos lugares al obligarlos a abandonar el lazareto sin que ellos y los enfermos se opusieran enérgicamente.

Por su parte, los enfermos de lepra, fueron castigados de otra manera, porque por más grave que fuera su falta su expulsión del lazareto era imposible que se produjera, salvo que fueran remitidos a otro lazareto. Sanción considerada por los afectados como la más drástica, pues sus familiares no podían acompañarlos a su nuevo lugar de exilio¹⁶². Castigo que afectó principalmente a los enfermos que residían en el lazareto de Agua de Dios, ya que allí se encontraban comodidades y mejores condiciones de las que se encontraban en Contratación, o más aún en el lazareto de Caño de Loro.

Otra forma de sancionar a los leprosos fue la restricción o recorte de la ración; hecho que realmente los afectaba, puesto que muchos dependían sólo de ella. Siendo una medida utilizada especialmente para sancionar las fugas o violación al cordón sanitario, así como su reincidencia o mala conducta eran causales para trasladarlos de lazareto. Los delitos o faltas de mayor gravedad eran sancionadas de acuerdo a la reglamentación del lazareto y al veredicto que en última instancia dictaminaba el juez municipal y del circuito, destinados exclusivamente a servir a los enfermos, quienes disponían que las penas que ameritaran prisión debían cumplirse siempre en la cárcel interna¹⁶³.

De esta manera, el descongestionamiento de los lazaretos a través de la salida de sus habitantes enfermos se dio por causas muy diferentes a los que obligaron a las personas sanas de lepra a abandonarlos. Es decir, los leprosos salieron del lazareto desde 1931 a 1961 únicamente cuando se comprobaba su no peligrosidad para la salud pública o cuando se les otorgaba un permiso temporal.

¹⁶² RUIZ, Op. cit., p. 114.

¹⁶³ Reglamento de los lazaretos de la República. Op. cit., Decreto N° 247, Marzo 18/1913. p. 91 – 92.

3.3.4 Permisos de salida. Una muestra prematura del nuevo enfoque dado a la lepra con la reorientación de las políticas para controlarla, fue la modificación del lugar en podía efectuarse el aislamiento y la salida momentánea y definitiva de los enfermos de los lazaretos. Ellas reflejaron el resquebrajamiento de la estructura drástica constituida a comienzos de siglo, en las que el aislamiento obligatorio y a perpetuidad en los lazaretos era la base de la campaña antileprosa impulsada por el Gobierno Nacional, y el objetivo sobre el que se perfilaba la finalidad de los lazaretos.

Sobre la primera es exiguo lo que se puede decir porque no existen las fuentes documentales para establecer si esa disposición fue avalada y los enfermos pudieron llevar su aislamiento en lugares distintos a los lazaretos, además, su magnitud no se puede medir a través del lazareto que es el objetivo de esta investigación. Aún así, hay que destacar que con su ordenación indirectamente el lazareto perdió importancia como institución de aislamiento, a la par que el Gobierno disminuyó gastos, pues el sostenimiento de las personas que eran proscritas en otros lugares no dependió de él, su único compromiso para con ellos era la de suministrarles tratamiento, y para con la sociedad la de mantenerlos controlados. Por el contrario, las oportunidades que se brindaron a los enfermos de lepra proscritos en los lazaretos para abandonar esos lugares definitiva, parcial o momentáneamente, sí se pueden identificar en su pasó de lo legal a lo práctico.

Con la nacionalización y reglamentación de los lazaretos, y el endurecimiento de las políticas para controlar la lepra, se concibió al aislamiento obligatorio en los lazaretos colombianos de todas aquellas personas que padecieran esa enfermedad una medida sanitaria de urgente necesidad, ostracismo del que no había posibilidad de regresar sin transgredir la normatividad. Pero, a partir de 1932 las puertas de los lazaretos se abrieron para permitir la salida de algunos de sus residentes enfermos. Para entonces, el Departamento Nacional de Higiene

concedió a los enfermos de lepra asilados en los lazaretos permiso para salir temporalmente de esos lugares, siempre y cuando comprobaran que tenían necesidad de atender personalmente un asunto imposible de acometerse en el sitio de exilio, y que su estado de salud no fuera avanzado o fuera un inminente peligro para la salud pública; cuyo tiempo no debía exceder de 15 días. Para lograr acceder a esta licencia los enfermos debían dejar un dinero en depósito, factor que garantizaba su regreso en la fecha señalada¹⁶⁴.

Más adelante esa disposición fue modificada, anexándose que el enfermo que hubiera presentado mala conducta o violado el cordón sanitario no tendría derecho a solicitar licencias de salida. Así mismo, se dejó establecido el valor de la fianza, el cual variaba de 50 a 500 pesos, cifra con la que se limitaba el número de solicitantes, siendo las personas de mejor condición económica las más beneficiadas. Los enfermos no sólo debían tener dinero para el pago de la fianza, sino también para costearse el viaje, además, durante el tiempo que estuvieran ausentes no recibirían ración¹⁶⁵.

Con todo, esta medida fue perpetrada y enfermos como Marco Pinzón, recluido en el lazareto de Contratación tuvieron acceso a las licencias de salida por 15 días¹⁶⁶. Cuando los enfermos requerían de un permiso más amplio debieron solicitarlo al organismo nacional encargado de los lazaretos por medio de la administración interna, quien de acuerdo a la solicitud extendía el plazo del permiso. Fue así, como a la señora Eleuteria Suárez se le concedió una licencia

¹⁶⁴ Diario Oficial. Año LXVIII, N° 21995 (may. 24/1932). Resolución N° 96, Mayo 7/1932.

¹⁶⁵ Resolución N° 66, Abril 10/1936. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁶⁶ Resolución interna N° 46, Julio 17/1947. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

de 30 días para que se trasladara a Salazar (N.S) a gestionar el cobro de una herencia¹⁶⁷.

Al igual que el Señor Marco Pinzón o la señora Eleuteria Suárez muchos más enfermos de lepra pudieron abandonar temporalmente los lazaretos, evento que antes de la reestructuración de la campaña antileprosa era imposible. Sin embargo, uno de los acontecimientos más significativos de dicha reestructuración fue la liberación de los curados sociales o enfermos no peligrosos para vivir en sociedad. Aspecto que merece ser tratado particularmente porque de manera drástica reflejó el cambio en la forma oficial que se estaba concibiendo la lepra. Si bien, por un lado se continuaban persiguiendo y proscribiendo leprosos como se había hecho desde la colonia, por otro lado se estaban liberando personas que pese a no ser consideradas contagiosas para las autoridades sanitarias, para la sociedad continuaban siendo igualmente peligrosas.

3.3.5 Curados sociales o enfermos no peligrosos. La liberación de los curados sociales o enfermos no peligrosos para vivir en sociedad fue una política que causó profundas controversias entre los enfermos y la población en general, pero en definitiva permitió al Gobierno Nacional desaglomerar los lazaretos, pues el promedio total de enfermos que se beneficiaron o se vieron afectados por ella fue bastante considerable. A partir de la Resolución 34, sancionada el 27 de Mayo de 1929, se dispuso liberar enfermos de lepra que tras períodos de observación y tratamiento efectuados durante un termino de seis meses y mediante la práctica de diversos exámenes no presentaran el bacilo de Hansen, siendo ello un factor que se consideró primordial para determinar que aquellas personas no eran vehículos trasmisores de la enfermedad. Aunque dicho aspecto actualmente es cuestionable, para entonces se creyó que la no posesión del bacilo era motivo

¹⁶⁷ Correspondencia con la que el Ministerio de Higiene dio respuesta a la solicitud hecha por la señora Eleuteria Suárez para ampliar la licencia de salida por 15 días más de lo permitido. Junio 9/1949. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

para catalogar a esas personas no peligrosas, más cuando iba acompañado de mejorías físicas para considerarlas como curadas. Como fuese, el promedio de reincidencia, es decir, la aparición nuevamente del bacilo en el cuerpo, causa por la cual se debía volver a producir el aislamiento, no fue muy elevado.

Lo arriesgado e imperioso que podía resultar esa disposición, ocasionó que el Gobierno extendiera el plazo de observación y tratamiento a un año¹⁶⁸. Período pertinente para dar un veredicto certero y disminuir las equivocaciones que llevaran a incurrir en la falta de liberar a quienes no lo merecían. Sin embargo, las verdaderas intenciones que en el fondo motivaban al Gobierno Nacional a adelantar la presente política se entrevió en 1932, cuando de nuevo el período de observación pasó hacer de seis meses y más delante de tres, ya que se consideró que dadas las dificultades fiscales se debería adoptar medidas que produjeran economías al erario nacional¹⁶⁹. El aceleramiento de los procedimientos médicos que debían practicarse a las personas que iban a liberarse, permitía al Estado, como principal financiador de los lazaretos, disminuir los gastos ocasionados por el pago de raciones y el alquiler de habitaciones otorgadas a individuos que según sus apreciaciones ya no merecían estar aislados.

Así mismo, para 1932 se dispuso formalmente cómo y quiénes eran las personas que debían someterse a observación, estructurándose mejor lo decretado en 1929. Fue así, como se dispuso que ingresaran al programa de liberación aquellos individuos que presentaran notables mejorías -sin importar que ellas fueran producto de algún tratamiento o se hubieran dado esporádicamente- pero en especial aquellas personas que sufrieran de lepra nerviosa¹⁷⁰. Para entonces se utilizaba la clasificación elaborada en 1930, basada en los conceptos modernos de la época, según la cual la lepra se clasificaba en cutánea, nerviosa y mixta, y las dos primeras a su vez eran subdivididas en leve, moderada y avanzada.

¹⁶⁸ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Resolución N° 31, Junio 12/1930. p. 198.

¹⁶⁹ Diario Oficial. Año LXVIII, N° 21901 (ene. 29/1932). Resolución N° 8, Enero 19/1932.

¹⁷⁰ *Ibid.*, Artículo N° 2.

La cutánea leve se caracterizaba por manchas o infiltraciones ligeras y localizadas; la cutánea moderada por infiltraciones o nódulos pequeños; y la cutánea avanzada por infiltraciones considerables y extensas, lepromas grandes y numerosos. La lepra clasificada como nerviosa leve se caracterizó por anestesia localizada profunda; la nerviosa moderada por anestesia profunda y algo generalizada y por algunas perturbaciones motoras ligeras; y la nerviosa avanzada por anestesia profunda con atrofia irreparable de los músculos y otras perturbaciones troficas. Por su parte, la lepra mixta se caracterizó como su nombre lo indica por la combinación de las dos anteriores formas y sus signos descritos¹⁷¹. La cutánea era aquella que por lo general tendió a deformar y la nerviosa a discapacitar.

La inclinación a ingresar a observación a las personas que padecían de lepra nerviosa, pese a que muchos de ellas por los traumas musculares que la enfermedad ocasionaba estaban incapacitados para llevar una vida normal, obedeció quizás a que esos individuos no presentaban lepromas o lesiones abiertas que parecían volcanes en erupción y que hacían pensar que la lepra estaba en actividad, además, los tumores o úlceras acrecentaban el miedo y la posibilidad a contraer la enfermedad cuando se estaba cerca de ellos, y en ocasiones deformaban a los enfermos generándoles un aspecto tenebroso que lograba asustar e incomodar a quienes los veían (discapacidad socio-cultural).

Una vez cumplido el período de observación y tratamiento y de que los exámenes bacteriológicos salieron negativos, la junta médica de los respectivos lazaretos luego de informar y contar con la aprobación de la Dirección Nacional de Higiene o el ministerio encargado, se disponía a dictar la liberación de los curados sociales o enfermos no peligrosos. No obstante, estas personas debían cumplir ciertos requisitos y compromisos para poder adelantar los procedimientos de su

¹⁷¹ Diario Oficial. Año LXVII, N° 21594 (feb. 19/1931). Resolución N° 71, Noviembre 19/1930.

liberación, como era la de comprometerse a practicarse durante cinco años exámenes cada seis meses, cumplido ese tiempo los exámenes se efectuarían cada año por un período estipulado según la consideración de los médicos, también debían seguir aplicándose o suministrándose el tratamiento médico que se le ordenara. El incumplimiento de esos requisitos acarrea el pago de una multa¹⁷², la cual para 1944 estaba estipulada en 200 pesos. Fue así, como se hizo necesario la construcción de establecimientos fuera de los lazaretos para continuar con el control que debía realizárseles a estas personas como fueron los dispensarios antileprosos.

Los enfermos liberados al momento de abandonar los lazaretos se les entregaba un carnet de sanidad, que debían portar cotidianamente, ya que él era necesario para acceder a los servicios asistenciales y de control que prestaban los diversos establecimientos de salud, así como para adelantar cualquier trámite o solicitud¹⁷³, bajo estos requerimientos la marca de la lepra era algo que perseguía a los convalecientes. A pesar de ser considerados no peligrosos, estas personas seguían sufriendo el rechazo de la población, quien los veía con recelo. De ahí, que fuese cuestionable esa medida entre los enfermos, prefiriendo muchos no ser liberados. Razón por la que el Gobierno se vio obligado a sancionar a través del recorte de la ración a los individuos que ingresaban a observación y no cumplían con las obligaciones otorgadas. Al ser la ración en algunos casos el único ingreso económico del enfermo y su familia, la posibilidad de ser restringida hizo que muchos leprosos se colocaran en observación más por obligación que por motivación.

Ahora bien, la pérdida de la ración era inevitable para los individuos liberados, aspecto que igualmente fue visto por estas personas como un punto negativo, en especial para aquellos que sufrían serias discapacidades o para los que

¹⁷² *Ibíd.*, Año LXIX, N° 22365 (ago. 19/1933). Resolución N° 83, Julio 8/1933.

¹⁷³ *Ibíd.*, Año LXVIII, N° 21910 (feb. 9/1932). Resolución N° 13, Enero 26/1932.

padecieron los rechazos de la población, quien como a cualquier delincuente, en ocasiones les negaban la nueva oportunidad otorgada; lo que obligó a unos enfermos de lepra a hacer de su condición una forma de vida o de conseguir fondos para subsistir, despertando la caridad de la población mediante la mendicidad¹⁷⁴.

Al momento en que era decretada la baja, es decir, se producía el retiro de los enfermos del lazareto, el enfermo y los familiares sanos que lo habían acompañado en su ostracismo debían abandonar en un período prudencial esos lugares, dejando constancia antes, del sitio a donde irían a vivir para poder continuar con sus controles, aspecto que para algunos era incierto, puesto que cuando habían sido aislados lo habían dejado todo. En principio los gastos ocasionados por la marcha debían ser cubiertos por las personas liberadas, pero en vista que muchos de ellos no contaban con el dinero requerido para su desplazamiento, debiéndose prorrogar la partida, obligaron Gobierno Nacional en 1938 a financiar los gastos que ésta acarrea¹⁷⁵. Aún así, los desplazamientos eran extremadamente demorados, ya que debía esperarse que el dinero otorgado para la marcha llegara de Bogotá. En consecuencia, el Gobierno en su afán por descongestionar los lazaretos y economizar su funcionamiento comisionó al jefe de negocios generales de cada uno de esos lugares para que otorgara los auxilios de marcha, los cuales serían devueltos en el siguiente presupuesto anual¹⁷⁶.

La cantidad de dinero otorgado dependía de la distancia que hubiera entre el lazareto y el lugar a donde marcharía el enfermo, así como dependía también de la edad de los desplazados. De esta manera, al señor Bonifacio Ramírez Díaz, enfermo no peligroso residente en el lazareto de Contratación, quien partiría con

¹⁷⁴ RUIZ, Op. cit., p. 116.

¹⁷⁵ Resolución N° 323, Junio 27/1938. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

¹⁷⁶ Resolución N° 416, Julio 16 /1942. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

su esposa y sus tres hijos hacia Charalá, le fueron entregados la suma de 13 pesos y sesenta y cinco centavos, estipulados según la siguiente consideración: la distancia entre Contratación y Charalá fue calculada en 130 km², por cada 10 km² la institución tenía acordado pagar la suma de 0.30 centavos cuando se era mayor de edad y 0.15 centavos para los menores. Por lo que a Don Bonifacio le entregaron por él 3 pesos con 90 centavos y la misma cantidad por su esposa y por cada uno de sus hijos le concedieron 1 peso con 95 centavos¹⁷⁷.

Otra condición para hacerse acreedor de los auxilios de marcha era certificar que se carecía de fondos para adelantar el viaje, certificado de pobreza expedido por las autoridades competentes, el cual debía enviarse a Bogotá junto con la solicitud de liberación para que la institución a cargo autorizara al jefe de negocios generales del lazareto desembolsar el auxilio. Quien no pudiera conseguir el certificado de pobreza o quien no deseara pedirlo por lo dispendioso que era obtenerlo o simplemente no carecía de los medios económicos para adelantar su traslado, debía inmediatamente después de habersele entregado el carnet de sanidad y de llegar la autorización de la capital del país abandonar el lazareto.

La política de liberación dada con el fin de descongestionar los lazaretos de personas que según apreciaciones médicas no debían estar aisladas, fue un evidente mecanismo para disminuir el presupuesto destinado al control de la lepra, puesto que fueron muchas las personas que se decretaron como curados sociales o enfermos no peligrosos, causa por la cual debieron junto con las personas que los acompañaban abandonar los lazaretos, dejando de depender económicamente del Estado.

Aunque la política de liberación había sido sancionada en 1929, ella se emprendió cabalmente tres años más tarde, cuando la medida fue estructurada,

¹⁷⁷ Resolución interna N° 46, Junio 16/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

estableciéndose cómo y quiénes eran las personas que debían llevarse a observación, y se determinarían los mecanismos para su posterior control. Factor que pudo corroborarse con el registro de bajas efectuado en el lazareto de Contratación. Según el cual la liberación de los curados sociales o enfermos no peligrosos se había iniciado en 1929 con la salida de dos personas, ocurriendo luego un receso durante los años de 1930 y 1931. Pero en 1932 nuevamente inició la liberación consecutiva y en ocasiones masivas de los enfermos de lepra.

GRÁFICO 4.



Fuente: Registro de bajas Lazareto de Contratación.

En el lazareto de Contratación desde 1932 hasta 1953 fueron dados de baja 722 personas, de las cuales el 54% eran hombres y el 46% eran mujeres. Si bien, los datos encontrados en aquella población llegan hasta el año de 1953, esto no fue producto de la suspensión de la política sino de la pérdida de los registros posteriores. Observando el gráfico 4 se evidencia el auge de la política de liberación durante los primeros años posteriores a su sanción, período en el que fueron dados de baja el 83.2% del total de personas liberadas, así como una notable caída que pudo obedecer a la resistencia de los enfermos afectados y de

la población en general. Como se mencionó, pese a que esas personas eran consideradas médicamente no peligrosas, la sociedad les seguía temiendo, por consiguiente los liberados continuaban siendo rechazados, negándoseles la oportunidad de llevar una vida normal y en algunos casos de conseguir los medios para subsistir, por esta razón muchos enfermos de lepra preferían no ser liberados.

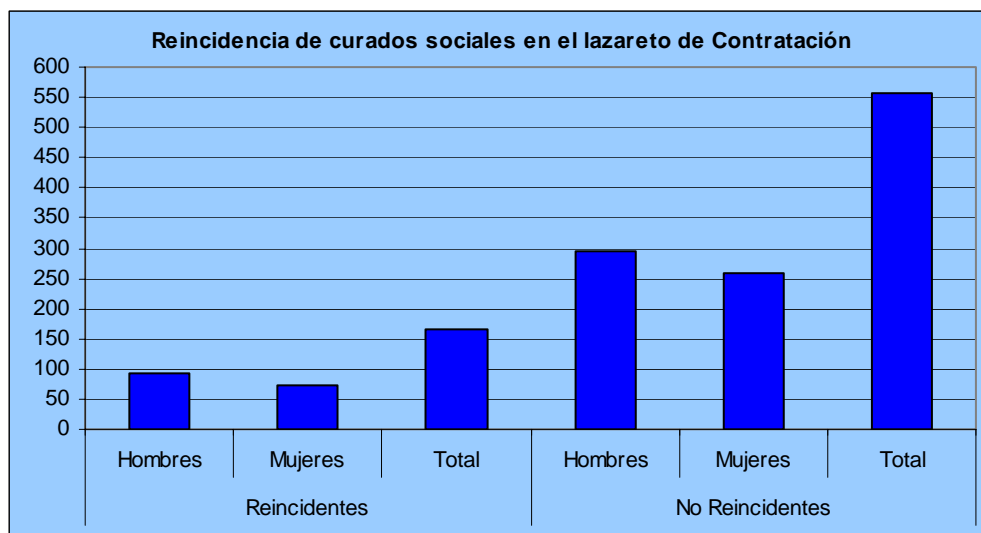
A pesar, de la intensa campaña emprendida por el Gobierno Nacional y las autoridades sanitarias, quienes constantemente reflejaban su afán por descongestionar los lazaretos, y de la construcción de los dispensarios antileprosos construidos en diversas regiones del país, lo cual hizo pensar a las autoridades competentes que existían garantías para continuar con la liberación de los enfermos no peligrosos; pudo más la renuencia de la población sana a convivir cerca de personas que eran o habían sido afectadas por la lepra, y de ellos por volver a un mundo que los relegaba.

Con todo, no puede plantearse que la medida decretada para liberar enfermos de lepra considerados médicamente no peligrosos para vivir en sociedad hubiese sido un fracaso, ya que ella permitió la salida de los lazaretos de un elevado número de personas. En el lazareto de Contratación, durante el período que existen registros de bajas (1932-1953) ingresaron a éste 1497 enfermos. Así mismo, durante aquel lapso fueron liberados 722 individuos, cifra que en relación a los ingresos registrados significó un 48.2%.

Otro factor que permitió entrever la efectividad de la política de liberación ordenada por el Gobierno para descongestionar los lazaretos fue la poca reincidencia de las personas dadas de baja. Pese a que existieron controversias y serias dudas a cerca de la curación o la no peligrosidad de ellas, ya que los tratamientos médicos utilizados por mucho tiempo para controlar la enfermedad no eran cabalmente efectivos y la posibilidad de adquirirlos masivamente y a

precios cómodos era mínima, además, muchas de las personas que ingresaron a observación sin cumplir el tiempo requerido y seguir todas las recomendaciones fueron dadas de baja, de 722 liberados sólo el 23% debieron volver hacer asilados por resultar nuevamente positivos los exámenes practicados durante el periodo de control.

GRÁFICO 5.



Fuente: Registro de bajas Lazareto de Contratación.

De esta manera, se establece que durante 1932 a 1953 en el lazareto de Contratación salieron para nunca más regresar 556 personas; aunque no se puede descartar que algunas aún habiendo sido liberadas, violando la restricciones instauradas, volvieron allí por los lazos afectivos o económicos que hubieran dejado. Factor que directamente no afectó el objetivo de la política gubernamental de descongestionar los lazaretos y disminuir el gasto económico que ellos le ocasionaban, pues esas personas ya no dependían financieramente del Estado.

3.4 LOS ESTABLECIMIENTOS

3.4.1 Los hospitales y la lucha por su conversión en sanatorios. Desde comienzos del período Republicano fue reiterativa la intención gubernamental por hacer de los lazaretos instituciones médicas, pero ese cambio nunca pasó del ámbito formal. Problemas económicos, de orden público y de capacidad técnica, científica y profesional y de un mayor compromiso de las autoridades administrativas y médicas a la hora de hacer prácticas dichos propósitos, fueron entre otras las razones para que el mayor avance dado en estos centros fuera su arrebatamiento a la caridad y a la beneficencia, que se realizó a partir de la presidencia del General Rafael Reyes, cuando los lazaretos colombianos fueron nacionalizados y reglamentados, constituyéndose una estructura rígida que perseguía, proscribía y coartaba a los enfermos de lepra, y convertía con mayor ímpetu a los lazaretos en instituciones de aislamiento, regidos por patrones drásticos que al igual que el panóptico foucaulteano buscaban encausar la conducta de sus residentes, controlándolos y disciplinándolos para que aceptaran su aislamiento y percibieran al sistema en que se hallaban inmersos como un mecanismo necesario para la salud pública.

Si bien, con la nacionalización los lazaretos en su infraestructura tuvieron avances considerables y los auxilios económicos entregados a los enfermos fueron más estables y constantes. En lo que concernió a su conversión en instituciones médicas fue poco lo que avanzó. Situaciones que se pensaron modificar con la reestructuración de la campaña antileprosa a inicios de los años treinta. Luego de varios años de lucha infructuosa contra los leprosos, el Gobierno Nacional inició una batalla contra la lepra, buscando erradicar la enfermedad del contexto colombiano y no a quienes la padecían. Política que evidentemente debía enfocarse en medicalizar la lepra y hacer de los hospitales instaurados dentro de los lazaretos verdaderos centros médico-asistenciales, ya que estos establecimientos carecían de una infraestructura adecuada y su objetivo que debía

ser el de brindar ayuda médica y terapias curativas no se cumplía, por el contrario los hospitales eran hospicios, en donde se internaban a los enfermos más graves y se les brindaba la poca ayuda asistencial que se podía mientras ocurría su deceso. Como se mostró en el capítulo anterior, desde 1932 fueron reiterativas las intenciones del Gobierno por transformar los hospitales en sanatorios, establecimientos para la instancia transitoria de los enfermos, cuya función principal debía ser la de buscar la curabilidad de los leprosos.

La ubicación geográfica y las condiciones climáticas del lazareto de Contratación fueron aspectos que desde su conformación llevaron a las autoridades nacionales y regionales a buscar reubicarlo en un lugar mejor condicionado. Pero en especial la negativa de la población civil a convivir cerca de los leprosos y los altos costos económicos que demandaba dicho proyecto fueron obstáculos para efectuar la constitución de un nuevo lazareto desde el siglo XIX. Con el interés gubernamental de transformar los lazaretos y convertir los hospitales en sanatorios, se creyó conveniente hacer este cambio en un espacio distinto al que ocupaba el lazareto de Contratación, volviendo a aparecer el deseo de reubicarlo. Fue así, como la Asamblea departamental de Santander autorizó a su gobernador para que acordara con la Dirección Nacional de Higiene y la dirección departamental de la misma, el traslado de los enfermos que en contratación residían a un lugar que ofreciera un mejor ambiente para su recuperación¹⁷⁸.

Aunque no se estableció el lugar en que se conformaría el lazareto, desde 1905 el Gobierno se había inclinado por el municipio de Cepita, ubicado también en el departamento de Santander¹⁷⁹. Aún así, el cambio no se efectuó, los impedimentos que en un comienzo habían imposibilitado su realización persistieron, logrando detener tan ostentoso proyecto. En consecuencia, la reestructuración de las políticas contra la lepra dentro de los lazaretos debían

¹⁷⁸ Ordenanzas del Departamento de Santander. Ordenanza N° 31, Abril 21/1934.

¹⁷⁹ Reglamento de los lazaretos de la República. Op. cit., Decreto N° 901, Julio 27/1906. p. 44 – 46.

continuar propiciándose en Contratación, poblado en donde había estado ubicado el lazareto Santandereano por más de un siglo.

Para entonces, en ese lazareto existían dos precarios establecimientos que cumplían las funciones de hospitales, uno para la atención de las mujeres y otro para el de los hombres, al primero se le denominó María Mazzarello y al segundo San Juan Bosco. Desde la llegada de la Comunidad Salesiana, los religiosos y religiosas se habían encargado de organizarlos, dirigirlos y hasta de operarlos. Evento que junto con la carencia de personal profesional suficiente para su servicio habían hecho de esos establecimientos unos hospicios, lejos del verdadero objetivo que debían cumplir los centros médicos.

Con la reestructuración de la campaña antileprosa se aumentó el personal médico a cargo de los lazaretos, pasando de uno o dos a cuatro, pese a que algunos tenían más funciones administrativas que médicas. Así mismo, se cambió el sistema de consultas. En 1938, el subdirector del lazareto de Contratación, el médico Milciades Mogollón, consideró necesario replantear la forma en que se estaba atendiendo a los enfermos dentro de los hospitales y consultorios. Hasta entonces cuando los enfermos acudían al médico eran atendidos a través de una ventana en la que no existía contacto directo entre las dos partes, de tal modo, los médicos sólo se encargaban de recetar y los pacientes y los enfermeros de suministrar o aplicar los tratamientos.

En adelante, no sólo por iniciativa de dicho médico sino también por acatamiento a las disposiciones gubernamentales que demandaban mejorar la asistencia médico-hospitalaria prestada en los lazaretos, las falencias en las consultas y atención a los leprosos tendió a mejorar¹⁸⁰. Sin embargo, la total transformación de los hospitales en sanatorios no se generó, estos establecimientos continuaron careciendo de una adecuada infraestructura y mayor dotación técnica y

¹⁸⁰ RUIZ, Op. cit., p. 86-89.

profesional, elementos que al parecer se dieron luego de la eliminación legal del lazareto en 1961.

Pese a las intenciones gubernamentales de transformar los lazaretos y sus establecimientos hospitalarios, en 1954, aún se delegaba su administración a la Comunidad Salesiana¹⁸¹. Personas que no tenían los suficientes conocimientos para dirigir y operar centros hospitalarios, en especial cuando se pretendía que los servicios prestados por esos establecimientos fueran de carácter científico y dirigidos a propiciar curabilidad a los enfermos de lepra, evento que por muchos años resultó casi imposible de realizar. Si bien, se había encomendado a un médico la labor de dirigir el lazareto, quitándole esa responsabilidad al administrador civil del lugar, por lo general un funcionario que no tenían la experiencia ni los conocimientos para dirigir una institución médica, en algunas ocasiones fue delegada a las religiosas de la Comunidad Salesiana la responsabilidad de administrar los establecimientos hospitalarios que debían ser la base del lazareto.

Otro evento que se debe destacar en la interminable lucha contra la lepra y la abolición de los lazaretos, fue la aparición de medicamentos a base de sulfonas, como el Promin y Diasone. Antes de la aparición de esos medicamentos los enfermos de lepra eran tratados básicamente con el asiático aceite del Chaulmugra y sus derivados. Aunque era difícil y costosa la obtención masiva de ese medicamento natural con el nuevo enfoque de la campaña contra la lepra su aplicación y suministro se convirtió en obligatorio. Aún así, su efectividad no era total y se percibían reacciones negativas o “leprosas”, como fueron llamadas, las cuales en algunos enfermos contribuían a empeorar el estado de la enfermedad,

¹⁸¹ Diario Oficial. Año XC, N° 28454 (abr. 12/1954). Contrato entre la religiosa Eva Restrepo y el señor Bernardo Henao representante del Ministerio de Salud Pública.

generando temor en la población afectada, quien se opuso una vez más a su suministro¹⁸².

La falta de medicamentos eficaces y no contraproducentes generó ambientes propicios para que charlatanes se aprovecharan de los deseos de los enfermos de lepra de adquirir curación y los estafaran, ofreciéndoles productos o brebajes que nunca cumplieron las expectativas puestas en ellos¹⁸³. Por el contrario, le restaban pacientes a las terapias médicas, viéndose obligado el Gobierno a ordenar que en los lazaretos sólo se suministraran los medicamentos oficiales que habían demostrado alguna efectividad¹⁸⁴.

Si bien, las sulfonas pronto presentaron inconvenientes debido a su costo excesivo, a la dificultad para conseguirlas y a los efectos secundarios o las resistencias inmunológicas que se produjeron¹⁸⁵, generando temor y desconfianza en algunos enfermos, que se negaron a ser tratados y curados, su aparición fue representativa para la lucha contra la lepra adelantada en el país. Ella ayudó a desmitificar la creencia que la lepra era incurable, reforzando la intención estatal de reorientar los lazaretos como instituciones de aislamiento para pasar a ser instituciones médicas, dejando la lepra de ser asumida como una calamidad pública y el leproso como un peligro. Las sulfonas a pesar de sus inconvenientes, contribuyeron a medicalizar la lepra, siendo esto un factor decisivo para la abolición de los lazaretos.

Con todo, **el lazareto** entre 1931 y 1961 continuó siendo una institución de asilamiento. Y aunque paulatinamente la ciencias médicas penetraron a él, no se puede decir que su abolición se debió a su transformación, al ser ello la

¹⁸² RUIZ, Op. cit., p. 134.

¹⁸³ *Ibíd.*, p. 59-60.

¹⁸⁴ Diario Oficial. Año LXXI, N° 22853 (abr. 5/1935). Resolución N° 38, Marzo 22/1935.

¹⁸⁵ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia, Op. cit., p. 346.

convergencia de diversos factores como fueron: la medicalización de la enfermedad, el hallazgo de medicamentos con mayores capacidades de controlarla y por la planeación de una lucha contra la enfermedad fuera de los lazaretos, mediante la creación de campañas preventivas y la ampliación de la asistencia hospitalaria. Así mismo, su eliminación fue producto del interés desmesurado del Gobierno Nacional por disminuir los costos de una batalla emprendida contra una enfermedad sobre la que pesaban más los escrúpulos y las creencias coloniales que su verdadera magnitud o peligrosidad. Decisión en la que fue significativa la modernización de la estructura sanitaria del país y de la concepción de salud pública que se estaba adoptando, jalonada amplia e intensamente por países como los Estados Unidos y organizaciones sanitarias internacionales.

3.4.2 Asilos para niñas y niños enfermos de lepra. Con la catalogación de la lepra como una calamidad pública se hizo necesario el aislamiento obligatorio de todas las personas que la padecían, sin importar su edad, sexo, credo o condición económica. Por consiguiente, todo infante o adolescente que resultara enfermo y fuera detectado por las autoridades sanitarias debía ser proscrito en los lazaretos, y sus padres o familiares no podían oponerse porque atentaban contra la higiene pública. Para evitar que se obstruyera esa política de aislamiento, en principio se les permitió a los parientes sanos del menor enfermo acompañarlo en su exilio. Por otra parte hubo padres que sin ninguna objeción entregaron a sus hijos, lo cual pudo obedecer al temor de contraer la enfermedad o a sentirse señalados y rechazados, o simplemente porque tenían una vida ya establecida y muchos más hijos por quien velar.

Los menores enfermos que llegaban solos a los lazaretos o aquellos que quedaban huérfanos eran encomendados a alguna familia o tutor, que así mismo padeciera de lepra. No obstante, en 1907, el Gobierno Nacional mediante la Ley 14 del 3 de Mayo, tomó a su cargo los infantes que residían dentro de la institución

de aislamiento, comprometiéndose a sostenerlos y educarlos en establecimientos que se crearían, evitando siempre que los leprosos estuvieran con los sanos. Para entonces, la Comunidad Salesiana ya había iniciado en Agua de Dios y Contratación la conformación de esos establecimientos al percibir la necesidad de crear lugares para refugiar y educar a los menores que en ellos habitaban; con lo cual al Gobierno solo le quedaría reglamentarlos y contribuir con su financiación.

En 1905, se instituyó en el lazareto de Contratación el asilo María Auxiliadora, o Santa Catalina como se le denominó desde 1929. En él se admitieron las niñas enfermas de lepra que se hallaban graves o que no tenían un pariente vivo o capacitado para hacerse cargo de ellas. Siendo su principal objetivo ofrecer a las menores la ayuda asistencial que estaba al alcance de la Comunidad Salesiana, y la de formarlas académica y moralmente. Si bien, desde 1866 existía en Contratación una escuela pública, ésta había carecido siempre de maestro, con lo cual el asilo brindaba una oportunidad que no existía para que las menores pudieran recibir una educación primaria. Un año más tarde se inauguró un establecimiento similar para los niños varones enfermos de lepra, al que se llamó San Evasio.

Una vez consolidados los establecimientos para el refugio de los niños y niñas enfermas de lepra, el Gobierno considerando la estrechez de los lazaretos y el aumento de los leprosos restringió la entrada y permanencia de las personas sanas que acompañaban a los menores enfermos. Sin embargo, se les permitió residir allí, bajo la condición de que se costearan su vivienda sin ocupar habitaciones que fuera propiedad del Estado o alquilada por éste¹⁸⁶. Concesión que en 1932 fue abolida, ordenándose que los menores que ingresaran a los lazaretos se debían colocar inmediatamente en los asilos respectivos, factor que por ningún motivo debía dar lugar para que se les permitiera a sus parientes residir en los lazaretos. Los menores volverían a tener contacto con sus parientes

¹⁸⁶ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Resolución N° 29, Marzo 11/ 1921. p. 124.

sólo hasta el día en que se les diera de baja, para lo cual era necesario ser decretados como curados sociales o cumplir la mayoría de edad¹⁸⁷.

Entre 1931 u 1961 continuaban funcionando el asilo San Evasio para niños y el Santa Catalina para niñas, el cual fue renombrado después de ser reconstruido y adecuado para brindar una mayor y mejor cobertura a las personas asiladas. Esos establecimientos por estar ubicados dentro de los perímetros que integraban el lazareto de Contratación, y por estar destinados exclusivamente al servicio de los enfermos, hicieron parte de la Contratación que se conoció como “interna”. Y aunque su financiación había sido asumida por el Gobierno Nacional, su organización y dirección dependía de la Comunidad Salesiana.

El asilo San Evasio era dirigido y subdirigido por sacerdotes y el Santa Catalina por religiosas, quienes recibían por parte del Gobierno una retribución económica a su trabajo. Así mismo, el Gobierno Nacional contrató los servicios de un maestro de escuela para cada uno de esos establecimientos y personas destinadas al aseo, alimentación y vigilancia¹⁸⁸. El resto del personal que laboraba dentro de los asilos estaba conformado por hermanas salesianas, las cuales contribuían con la organización del lugar y la formación académica y religiosa de los asilados, trabajo por el que al parecer no recibían un pago por parte de ninguna entidad gubernamental, ya que dentro de la nomina del lazareto no aparecían. No obstante, sus trabajos fueron reconocidos y admirados por las personas que se beneficiaron de ellos y la población en general.

La educación académica dada en estos establecimientos fue de carácter elemental o primaria, como lo había establecido el Gobierno desde 1913 a través de la Resolución número 174. Luego ella fue orientada a enseñar un arte u oficio que le sirviera a los asilados enfermos para laborar y ocupar su tiempo cuando

¹⁸⁷ Diario Oficial. Año LXVIII., Nº 22145 (nov. 24/1932). Resolución Nº 174, Noviembre 8/1932.

¹⁸⁸ Lista de empleados del lazareto de Contratación 1940. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

fueran dados de baja o fueran desasilados por cumplir la mayoría de edad. Momento en que se les permitía abandonar los asilos y continuar su vida fuera de ellos, claro está que dentro de los lazaretos. Sin embargo, hubo muchos que por hallarse reclusos en los asilos desde muy pequeños y no tener familiares dentro de la institución de aislamiento, en la práctica se les permitió continuar viviendo allí.

La educación dada en los asilos se fundamentó básicamente en la predicación de principios cristianos como medio para llevar una vida santa y encontrar en Dios resignación a sus padecimientos y recompensa extraterrenal por ellos. Así mismo, se les inculcaba a los asilados la importancia de tener una vida virginal y de permanecer en celibato al ser actuaciones que los harían semejantes a Jesucristo y le agradarían a él. Aunque con ello en el fondo evitaban que los enfermos procrearan y con ellos se propagara la enfermedad, pues aún existía en algunas personas la creencia de que la lepra se podía transmitir por herencia o contacto intrauterino.

Con todo, hubo personas que al salir de los asilos contrajeron nupcias con enfermos o personas sanas para quienes los sentimientos afectivos superaban el temor y el escrúpulo hacia la lepra. Otras mujeres por el contrario, como fue el caso de Rita Delia Cuellar y Otilia Chaparro, internas desde niñas en el asilo Santa Catalina optaron por el enclaustramiento, conservándose en ese estado hasta el presente pese a que el asilo fue extinguido hace más de treinta años. Y aunque han salido de Contratación, siempre han regresado a su encierro porque sus mundos se limitan al establecimiento en donde han permanecido por décadas.

Rita Delia Cuellar¹⁸⁹, llegó a Contratación procedente de San José de Pare cuando aún era muy niña después de haber habido sido remitida por las autoridades

¹⁸⁹ Entrevista realizada a la señorita Rita Delia Cuellar, enferma de lepra interna del asilo Santa Catalina. Abril 17 de 2004. E.S.E. Hospital Maria Mazzarello. Contratación - Santander.

sanitarias que detectaron su caso tempranamente, pero sus padres por no padecer de lepra no la acompañaron en su exilio. Al llegar fue encomendada al cuidado de dos primas residentes en la colonia San Pablo, pero al poco tiempo frente a la imposibilidad de mantener a la menor, fue asilada y protegida por las hermanas salesianas. Desde el momento de su arribo al lazareto fue dada de alta y con ello le fue entregada la boleta del subsidio o ración, dinero cobrado por las religiosas para su sustento. Con ese dinero los sacerdotes y religiosas brindaban a los asilados alimentación y vestuario cuando carecían ampliamente de él. Aunque los respectivos asilos poseían uniformes, eran utilizados sólo para las celebraciones que se realizaban en el lazareto. Maria Otilia Cuellar¹⁹⁰, llegó a Contratación con sus padres enfermos de lepra, siendo aún bebe; permaneciendo con ellos hasta los cinco años. El estado avanzado de la enfermedad de sus progenitores obligó a las autoridades del lazareto a asilar a la menor, quien para entonces ya padecía de lepra. Al morir sus padres, las religiosas y compañeras de infortunio pasaron a ser sus únicas familiares, razón por la que nunca permitió ser desasilada.

El asilo fue para Rita Delia y Maria Otilia su hogar. Un lugar en donde recibieron asistencia cuando la necesitaron, una educación básica, y aprendieron un arte u oficio para ocupar su tiempo, puesto que en el asilo Santa Catalina se les enseñó a las menores a tejer, coser y bordar. En el asilo San Evasio por su parte se les enseñaba a los niños carpintería, sastrería y dibujo entre otros. Si bien, podían persistir los temores de contraer la lepra las personas encargadas de esos establecimientos reemplazaron en algunas ocasiones la figura paternal o maternal que la mayoría de infantes carecían, otorgando consuelo y castigo cuando era necesario.

¹⁹⁰ Entrevista realizada a la señorita Maria Otilia Chaparro, enferma de lepra interna del asilo Santa Catalina. Abril 18 de 2004. E.S.E. Hospital Maria Mazzarello. Contratación- Santander.

Esos elementos se constituyeron en razones para que los enfermos permanecieran siempre asilados, contrariando así las disposiciones gubernamentales que ordenaban el abandono de los asilos al cumplir la mayoría de edad. Momento en el que recibirían directamente el subsidio para continuar su vida dentro de los lazaretos. No obstante, muchos utilizaron ese dinero para continuar costeando su sustento en los asilos, sin regirse por la misma reglamentación que los demás asilados al poder salir constantemente de esos establecimientos, pero cuando no se tenía ningún familiar o amigo en el lazareto sólo se utilizaba el permiso de salida para ir a proveerse de vivieres o utensilios que pudieran necesitar.

Los asilos para infantes y adolescentes enfermos fueron más que establecimientos para la asistencia médica de sus habitantes, aunque allí eran proscritos menores gravemente enfermos, a quienes se auxiliaba con los escasos recursos que se tenían a mano y se ensayaban en todos los que en ellos residían las tratamientos que fueron apareciendo. Ellos también cumplieron funciones educativas y formativas, las cuales difícilmente se obtenían fuera de ellos, ya que el Gobierno Nacional en procura de minimizar los espacios que compartían los enfermos con los sanos de lepra, estableció que las escuelas públicas que funcionaran en los lazaretos debían ubicarse dentro de los asilos¹⁹¹. Obligando así a las personas enfermas que tenían hijos sanos y deseaban educarlos el tener que dejarlos ir sin ninguna oposición a los asilos.

No obstante, en el lazareto de Contratación existieron individuos que dictaban clases particulares con el ánimo de que los menores aprendieran conocimientos primarios evitando ser asilados. Trabajo por el que exigían una remuneración, con lo cual restringían los usuarios que podían acceder a sus servicios porque no todos los padres poseían los fondos para costearles a sus hijos una educación privada. Los asilos se convirtieron de esta forma en un medio para formarse, para

¹⁹¹ Diario Oficial. Año LXIX, N° 22354 (ago. 4/1933). Resolución N° 43, Abril 18/1933.

dejar de ser analfabetas como lo era gran parte de la población que en el lazareto residía y para aprender un oficio que les permitiera, en especial a los jóvenes exentos de lepra, subsistir luego de abandonar estos establecimientos.

3.4.3 Asilos para hijos sanos de enfermos de lepra. Con la nacionalización de los lazaretos en 1905, el Gobierno adquirió responsabilidades plenas con los enfermos de lepra, los cuales pronto debieron extenderse hasta sus hijos exentos de la enfermedad al ser posibles portadores de la dolencia. En consecuencia, era indispensable tenerlos bajo control en lugares apartados de los lazaretos, pues ello evitaría que contrajeran la lepra, si era que aún no la padecían. Así mismo, mediante la Ley 14 del 1 de Mayo de 1907, con la que el Gobierno Nacional se comprometió a sostener y educar a los infantes enfermos de lepra, también lo hizo para con los que no lo eran.

En el lazareto de Contratación dicha disposición tardó en efectuarse y sus inicios obedecieron en gran parte a la iniciativa de la Comunidad Salesiana, quienes creyeron conveniente la instauración de establecimientos en donde pudieran asistirse pequeños sanos que habían perdido a sus padres enfermos, los cuales no podían convivir y educarse con los menores leprosos porque legalmente estaba prohibido. Gracias a la donación de una vivienda en Guadalupe, poblado limítrofe con el lazareto las hermanas salesianas lograron constituir en 1911 un asilo para niñas sanas hijas de enfermos¹⁹². Posteriormente el Estado se encargó de reglamentarlo y financiarlo, ordenando el traslado allí de todas las niñas o jóvenes menores de 15 años que fueran sanas e hijas de leprosos. Por su parte, el asilo para niños tardó varios años más en construirse, por lo que al parecer los menores sanos que lograban arrebatarse a sus padres eran remitidos a un establecimiento perteneciente al lazareto de Agua de Dios.

¹⁹² PARRA, Vilma. *Obra de las hijas de Maria Auxiliadora a favor de los enfermos de lepra 1898-1998*. Bogotá: Casa de Maria Auxiliadora Colombia, 2000. p. 46.

La inexistencia de los asilos o por lo menos de establecimientos que contaran con infraestructuras adecuadas, llevó al Gobierno a buscar su construcción legal y reiterativamente. En 1927 se ordenó que éstos debían ubicarse en lugares cuya distancia impidiera el trato fácil con los enfermos y se decretó la obligación de proporcionarles a los asilados la instrucción necesaria para que en adelante pudieran subvenir por si mismos a sus necesidades, dejando claro la imposibilidad de volver a residir en los lazaretos luego de ser dados de baja¹⁹³.

En 1926 la Comunidad Salesiana fundó en Guacamayo cerca a Contratación, el asilo San Bernardo, el cual fue dotado para asistir y educar aproximadamente a 400 niños sanos hijos de leprosos y a pesar de la insistencia gubernamental por constituirlo la obra fue liderada por el capellán del lazareto Juan Bautista Soleri. Posteriormente, como había sucedido con todos los centros creados internamente para el control de la lepra, el Gobierno lo reglamentó y puso bajo su control, comprometiéndose con su sostenimiento y con la retribución a la Comunidad religiosa de todos los gastos efectuados en su construcción¹⁹⁴.

Al igual que en los asilos para niños enfermos de lepra ubicados dentro del lazareto, los asilos ubicados fuera del mismo para quienes no lo eran también estuvieron encomendados a la Comunidad Salesiana. El asilo de Guadalupe, que en los años treinta recibió el nombre que antes había llevado el asilo para niñas enfermas, pasando a denominarse María Auxiliadora, era dirigido, subdirigido y operado por las hermanas salesianas, para desempeñar las labores de aseo, vigilancia y alimentación se contrataron los servicios de particulares. Situación que también ocurrió en el asilo San Bernardo, el cual estaba administrado por los sacerdotes de la misma Orden, aunque en él se requirió contar con seis religiosas para cuidar y asistir a los niños que allí llegaban siendo aún muy pequeños.

¹⁹³ Legislación Colombiana Sobre la Lepra. Op. cit., Ley 20, Septiembre 26/1927. p. 13 – 15.

¹⁹⁴ Ordenanzas del Departamento de Santander. La compra del asilo a la Comunidad Salesiana por parte del Gobierno Nacional se encuentra registrado en las consideraciones de la Ordenanza N° 27, Diciembre 7/1960.

Los religiosos y religiosas debieron cuidar, educar y asistir médicamente a los menores que eran remitidos a Guadalupe y el Guacamayo. Si bien, el Gobierno Nacional en su interés por medicalizar los lazaretos dispuso también organizar los asilos para niños y niñas sanos de lepra médica y sanitariamente¹⁹⁵, dicho proyecto no fue ejecutado, porque entre el personal a cargo de estos establecimientos no se encontraban profesionales de la salud y los que allí llegaban periódicamente a prestar sus servicios eran destinados a trabajar en el lazareto de Contratación. Los médicos que visitaban los asilos lo hacían para detectar casos nuevos de lepra y para llevar los infantes de regreso al lazareto junto con sus familiares cuando aún vivían, cuando no, eran asilados en el establecimiento respectivo de acuerdo a su sexo.

Los asilos más allá de proteger a los hijos sanos de enfermos de lepra del contagio y del estigma social que dificultaba su incorporación a la comunidad, como lo manifestaba el Gobierno Nacional¹⁹⁶, fueron preventorios, lugares para mantener controlados y vigilados a posibles portadores de la enfermedad, a la vez que fueron mecanismos útiles para descongestionar los lazaretos, ya que se esperaba que los menores al ser dados de baja nunca más regresaran a ellos, motivo por el que se les enseñaba un oficio para subsistir lejos de sus padres racionados.

Considerando las ventajas que podían ofrecer esos establecimientos al Gobierno y a sus políticas contra la lepra, fue reiterativa la orden dada a los enfermos para que entregaran a sus hijos a las autoridades competentes, tomándose medidas drásticas como la de suspenderles la ración otorgada si se oponían a la separación de sus hijos. Sin embargo, la resolución nacional que estipulaba esa medida, también concedía permiso a los enfermos de lepra para que continuaran

¹⁹⁵ Diario Oficial. Año LXIX, N° 22836 (may. 19/1933). Resolución N° 60, Junio 14/1933. Artículos 36-38.

¹⁹⁶ Diario Oficial. Año LXXX, N° 25740 (ene.24/1945). Decreto N° 2980, Diciembre 26/1944.

teniendo a sus hijos sanos bajo su cuidado, para lo cual debían someterse a una serie de condiciones como mantener a los menores completamente separados de los enfermos y ubicarlos en viviendas que cumplieran las normas básicas de sanidad¹⁹⁷. Teniendo en cuenta la estrechez del lazareto de Contratación y la carencia permanente de los servicios sanitarios y de infraestructuras adecuadas para vivir cómodamente, difícilmente se logró conseguir dicho permiso. Por consiguiente, los padres para evitar la separación de sus hijos debían esconderlos cuando las autoridades recorrían el lazareto buscando menores para ser asilados.

A pesar que desde 1930 se empezaron a dictar políticas en las que se entreveían la inclinación gubernamental a suavizar las medidas tomadas para controlar la lepra, el aislamiento de los menores exentos de lepra fue un mecanismo que con la reorientación de la campaña antileprosa adquirió fuerza. Ella contribuía a contener la propagación de la enfermedad, permitía detectar casos nuevos temprana y rápidamente, y descongestionaba los lazaretos. Razones suficientes para que en Contratación desde 1931 se obligara a los enfermos a entregar a sus hijos sanos, creándose para ello políticas y condiciones materiales acordes con esa práctica.

En 1944, el ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, encargado de los lazaretos, ordenó adicionalmente instaurar en ellos un servicio prenatal para vigilar la salud de las futuras madres durante el tiempo que durara el embarazo, convenciéndolas para que acudieran a la sala de maternidad en el momento del parto, y exhortándolas a aceptar la separación de sus hijos después del nacimiento. Haciéndose obligatoria la denuncia ante el médico director del lazareto de toda mujer enferma o sana que se hallara en embarazo, pues las mujeres sanas provistas de cédula de residencia, la cual permitía su estadía legal en los lazaretos, debían abandonar esos lugares en un tiempo oportuno para que

¹⁹⁷ Diario Oficial. Año LXIX, N° 22472 (dic. 27/1933). Resolución N° 151, Diciembre 7/1933.

el parto se efectuara fuera de allí. Si deseaban volver a la institución de aislamiento debían dejar a sus bebés, y si el padre del infante era un enfermo debían entregarlo para ser asilado. El incumplimiento de esta medida fue causal suficiente para la cancelación de la cédula de residencia respectiva de la mujer sana y la pérdida de la ración y de alojamiento de la persona enferma.

Las niñas y niños sanos nacidos en la sala de maternidad o en otros lugares de que se tuviera conocimiento, debían ser trasladados a las sala-cunas instauradas en los asilos. Allí permanecerían hasta que cumplieran la edad de dos años y medio, momento en el que serían llevados al jardín infantil ubicado en el mismo establecimiento hasta cumplir los 6 años, luego recibirían la educación primaria y técnica que la Comunidad Salesiana ofrecía a los menores hasta los 18 años, edad en la que debían abandonar los asilos. En principio se estableció la edad de 15 años para decretar la baja, pero para los años cuarenta ésta aumento tres años más¹⁹⁸.

En el lazareto de Contratación, el número total de niñas y niños menores de 1 año asilados no fue muy alto, aunque demuestra que las medidas gubernamentales fueron materializadas. En los asilos María Auxiliadora y San Bernardo, durante 1931 a 1961 fueron dados de alta 1874 infantes y adolescentes, de los cuales el 4.8% eran menores de 1 año, y de ellos el 0.6% no alcanzaban a cumplir un mes de nacido.

TABLA 1*. Infantes menores de un año asilados en Guadalupe y Guacamayo

672 Niñas	1202 Niños
46 menores de 1 año	45 menores de 1 año
3 menores de 1 mes	3 menores de 1 mes

¹⁹⁸ Resolución N° 1207, Octubre 28/1944. Documento suelto. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

* Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilos Maria Auxiliadora y San Bernardo. 1931-1961.

La no entrega a las autoridades del creciente número de menores sanos obedeció al ocultamiento que las madres hacían de sus hijos, al envío de estos a familiares que residían en lugares distantes a los lazaretos, a la inclinación de algunas mujeres exentas de lepra a romper los vínculos que las unían con los lazaretos abandonándolos antes que entregar a sus descendientes, y a la renuencia de los salesianos a aceptar menores que no hubieran sido bautizados. Era necesario que el sacramento del bautismo fuera recibido antes de separar a los menores de sus padres, ya que se esperaba que nunca más regresaran a donde ellos, y porque al ser la edad autorizada para decretar la alta muy avanzada, era recomendable haber sido bautizados con anterioridad.

Aseveración hecha por el sacerdote Vicente Roggero¹⁹⁹, director del asilo San Bernardo, las cuales también se pueden corroborar observando los registros de altas de los asilados no leprosos, en donde se encuentran partidas de bautizo y notificaciones que demostraban la obligatoriedad de anexarlas. Ejemplo de ello es el testimonio brindado por el señor Rosario Chacón. Él llegó para los años cuarenta al lazareto de Contratación con sus progenitores, pues su padre era enfermo de lepra y las autoridades sanitarias de Boyacá ordenaron su exilio. Rosario estaba exento de lepra, y por ser un menor debía ser separado de sus padres, disposición que se les hizo saber por el administrador en reiteradas ocasiones. La resistencia a entregar al infante ocasionó que se ordenara el traslado del padre enfermo al lazareto de Agua de Dios, lugar donde estaba prohibido a la esposa y al hijo seguirlo, por lo que debían regresar a su residencia en Boyacá. No obstante, al comprobarse la dificultad de obtener la partida de bautizo del menor, sirvió para argüir que el traslado de Rosario al asilo de San Bernardo no podía llevarse a cabo por el incumplimiento de la documentación requerida por la Comunidad Salesiana. Frente a este inconveniente las autoridades del lazareto de Contratación, con desagrado, admitieron que la familia

¹⁹⁹ Entrevista realizada al sacerdote salesiano Vicente Roggero, Director del Asilo San Bernardo. Julio 15/2004. Iglesia del 20 de Julio. Bogotá - Colombia.

de Rosario continuara viviendo en el lazareto, absteniéndose de enviar el infante al asilo²⁰⁰.

Otro de los requisitos establecidos para remitir a los menores sanos a los asilos era ser hijos de personas leprosas, puesto que quienes no lo eran debían abandonar los lazaretos, lo cual poco se cumplió haciendo caso omiso de la reglamentación constituida por el Gobierno Nacional y las autoridades internas. De las 672 niñas admitidas en el asilo Maria Auxiliadora 256 eran hijas de mujeres leprosas, 370 de padres enfermos y 46 tenían a sus dos progenitores convalecientes. Así como de los 1202 asilados en San Bernardo, 447 eran hijos de enfermas, 644 de enfermos y 11 tenían al padre y a la madre enfermos de lepra.

GRÁFICO 6.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilos Maria Auxiliadora y San Bernardo. 1931-1961.

Como se aprecia en el gráfico 6 más de la mitad de los menores asilados entre los años 1931-1961 fueron hijos de hombres enfermos de lepra. La dependencia económica y social de la mujer hacia el hombre como jefe del hogar, provocó la

²⁰⁰ Entrevista realizada al señor Rosario Chacón, hijo de enfermo de lepra residente en el lazareto de Contratación. Abril 14 de 2004. Contratación - Santander.

inclinación de las madres a entregar a sus hijos antes que abandonar a su esposo enfermo, como lo sugerían las disposiciones gubernamentales. Sin embargo, hubo casos en que las madres se vieron obligadas a separarse de sus hijos sanos porque además de su cónyuge tenían descendientes leprosos residiendo dentro de los lazaretos. Otros menores, como fue el caso de Miguel Amaya, fueron llevados al asilo San Bernardo por solicitud del padre, el cual se encontraba gravemente enfermo y al no tener más familia deseaba que su hijo recibiera el cuidado, la asistencia y la educación que se brindaba a los asilados²⁰¹. Aspectos que pese a las limitaciones que pudieron existir sólo podían recibirse en esos establecimientos.

Así mismo, la educación recibida en los asilos era algo que difícilmente se obtenía dentro de los lazaretos, lo cual pudo motivar a algunos padres a aceptar entregar a sus hijos. Los artes u oficios enseñados por la Comunidad Salesiana en esos asilos eran similares a los que se enseñaban en los asilos para menores enfermos, excepto el aprendizaje de la agricultura en el asilo San Bernardo, para lo cual se aprovechó la posesión de tierras aptas para ello. Todos esos oficios fueron útiles para quienes los aprendieron, lográndose así cumplir en parte el objetivo por el que se constituyeron como era que los menores aprendieran una actividad para subsistir lejos de los lazaretos, luego de ser dados de baja. Si bien, muchos y muchas de ellas laboraron en los oficios aprendidos en los asilos fue inevitable que regresaran a los lazaretos, o que los efectuaran dentro de ellos²⁰².

3.4.3.1 La altas. La misma denominación utilizada para nombrar el ingreso de los enfermos a los lazaretos y su salida fue empleada en los asilos para menores sanos y enfermos. En este pequeño apartado se estudiarán los ingresos o altas

²⁰¹ Tarjeta individual de identidad del menor Miguel Amaya, hijo sano de enfermo de lepra, interno en el asilo San Bernardo. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

²⁰² Entrevista realizada al sacerdote salesiano Vicente Roggero...

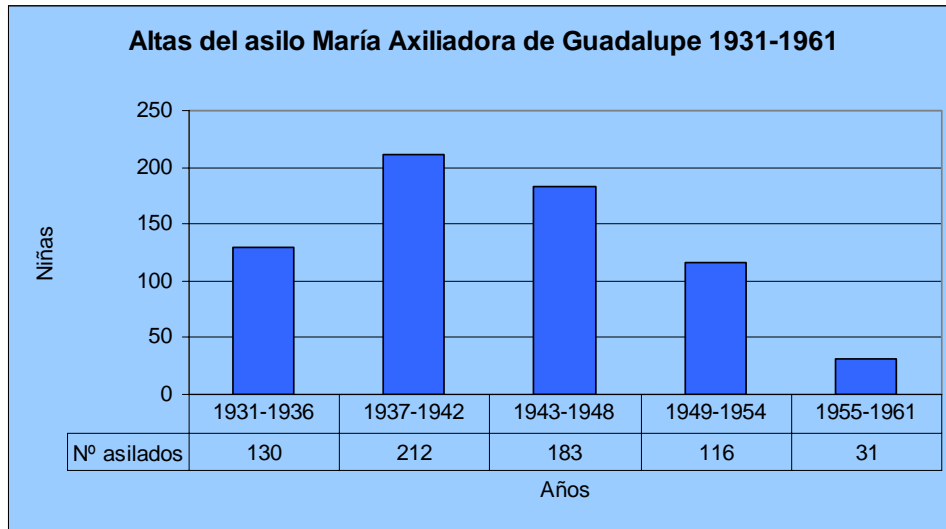
efectuados en los asilos María Auxiliadora y San Bernardo, estableciendo el número de personas dadas de alta, su edad para el momento en que se realizó y el lugar de nacimiento, a fin de identificar cuántos menores asilados llegaron al lazareto de Contratación a acompañar a sus padres en el exilio o cuántos nacieron en la institución de aislamiento.

Como se mencionó, durante el período comprendido entre 1931-1961 ingresaron al asilo María Auxiliadora 672 niñas y al asilo San Bernardo 1202 niños. La notable diferencia entre el número de altas dadas en ambos asilos pudo obedecer a que en el lazareto de Contratación habitaban más niños que niñas o que de Agua de Dios fuesen remitidos un elevado número de niños, aspecto que efectivamente se dio. Si bien, al asilo María Auxiliadora ingresaron 8 niñas reemitidas de Agua de Dios, al asilo San Bernardo de las 1202 altas registradas el 23% provenían de ese mismo lazareto (ver gráfico 7).

Así mismo, esto pudo ser resultado del adelanto de una ardua campaña de separación iniciada contra los niños, teniendo en cuenta la amplia infraestructura del asilo San Bernardo, el cual permitía residir en él a un mayor número de menores que los que se podían admitir en el precario asilo de Guadalupe. Motivo por el que el Gobierno Nacional en 1938 autorizó a la Dirección Nacional de Higiene, órgano encargado en ese momento de los lazaretos colombianos, para que arbitrara los recursos en forma ordinaria o extraordinaria para reconstruir el asilo María Auxiliadora²⁰³. Aunque no se puede establecer hasta que punto se hizo efectivo esa disposición, si se puede plantear que a partir de ese año el número de niñas remitidas allí aumentó por algún tiempo porque al iniciar la segunda mitad del siglo XX, cuando las políticas contra la lepra presagiaban la eliminación legal de los lazaretos, estas sufrieron una vertiginosa caída (ver gráfico 7).

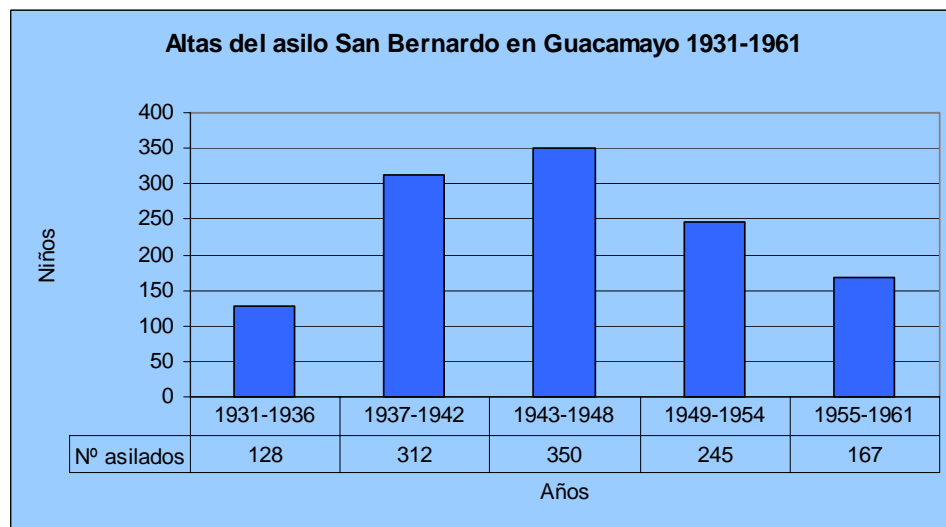
²⁰³ Actos Legislativos y Leyes de Colombia. Años 1938- 1939. Ley N° 99, Agosto 24/1938.

GRÁFICO 7.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilo Maria Auxiliadora. 1931-1961.

GRÁFICO 8.



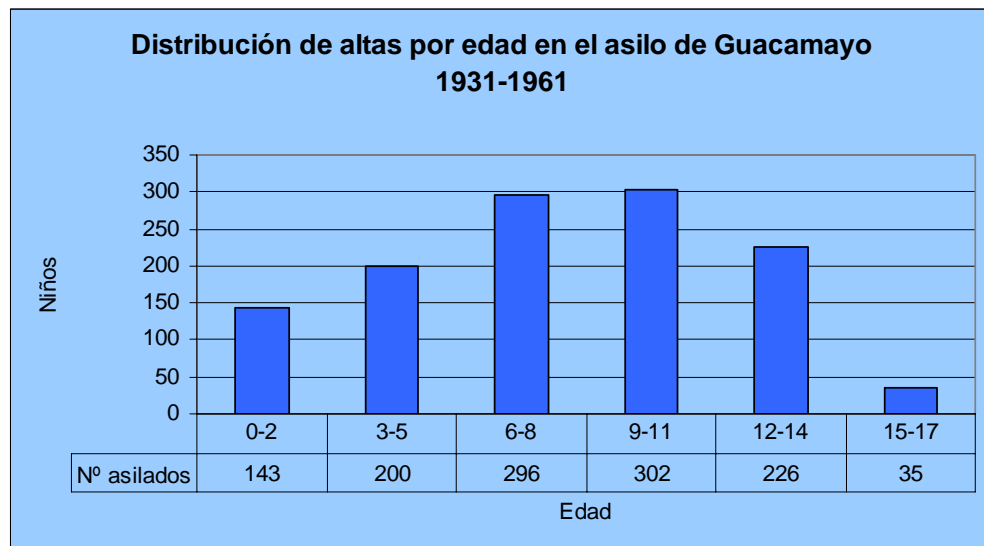
Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilo San Bernardo. 1931-1961.

Al analizar la edad que tenían los menores en el momento en que eran dados se alta, se puede establecer que sin importar la edad que ellos podían presentar, la política de separación se ejecutó, aunque ésta se ajustó al espacio y a las personas a quienes se aplicó; es decir, fue más fácil obligar a los padres a

entregar sus hijos cuando habían alcanzado algo más de desarrollo e independencia, que cuando aún eran muy pequeños. Sin embargo, los menores al alcanzar una edad avanzada se oponían radicalmente a ser asilados. Es así, que en el asilo María Auxiliadora como en el asilo San Bernardo el número mayor de asilados fueron dados de alta a las edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Quizás ello también se debió a que era más viable para las autoridades administrativas de los asilos tener bajo su cuidado a individuos que ya podían valerse por sí mismos, a la vez que eran más fáciles de disciplinar.

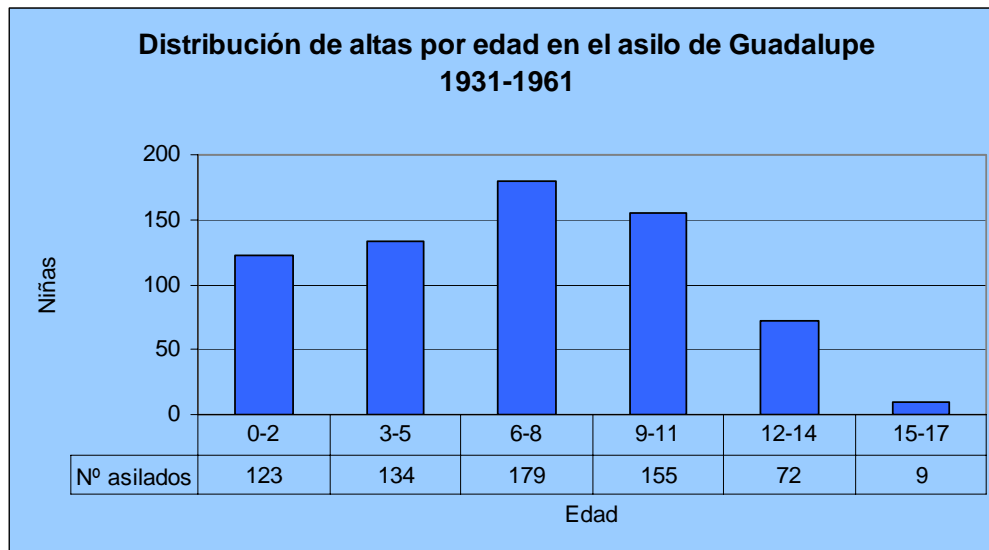
Aunque a las hermanas salesianas en ambos asilos se les había encomendado cuidar a los infantes que llegaban a pocas horas de haber nacido, constituyéndose para tal fin secciones de sala cuna y párvulos, la tarea de asistir y proteger a individuos tan pequeños sin la preparación para ello fue algo que resultó dificultoso de acometer, ya que de los 1874 asilados sanos en Guadalupe y Guacamayo el 7.5% fueron dados de baja por defunción, de los cuales el 89.2% eran infantes que no alcanzaban los 7 años.

GRÁFICO 9.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilo San Bernardo. 1931-1961.

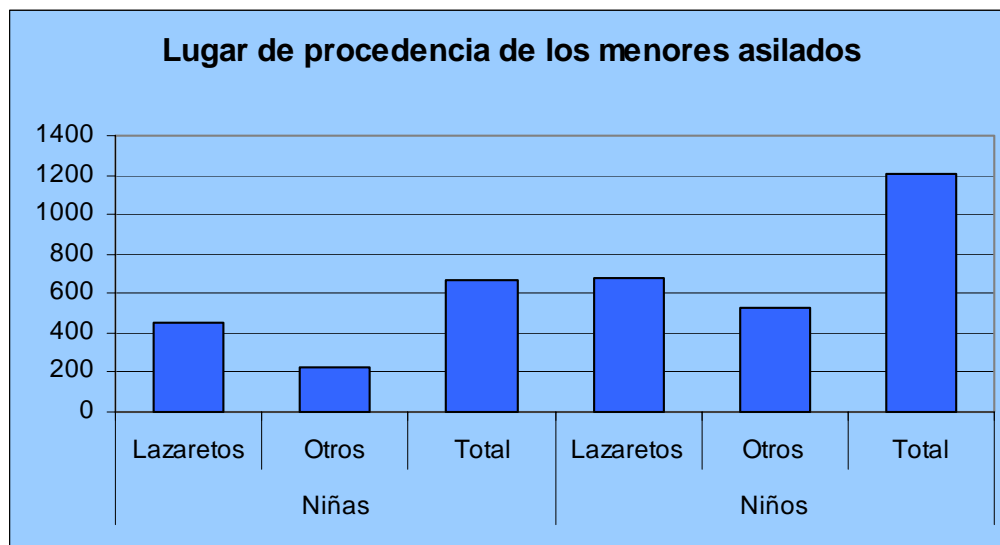
GRÁFICO 10.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilo Maria Auxiliadora. 1931-1961.

Por último, tomando en cuenta los registros de altas de los asilos para niñas y niños sanos hijos de enfermos de lepra, pertenecientes al lazareto de Contratación, se puede plantear que fue mayor el número de infantes que nacieron en los lazaretos colombianos que los que llegaron a éste a acompañar a sus familiares leprosos. Si bien, no se poseen los registros de natalidad ocurridos en aquellos lugares, esto se puede percibir a través de la política de separación, dado que el 58.4% de los asilados exentos de lepra habían nacido en alguno de los tres lazaretos, además, el cumplimiento de dicha política se exigió por igual a los enfermos que llegaban con su familia a los lazaretos que a los que la conformaban o acrecentaban allí. En consecuencia no se puede creer que el mayor número de asilados fueran oriundos de los lazaretos debido a que la política de separación se practicara en ellos de manera más drástica.

GRÁFICO 11.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilos Maria Auxiliadora y San Bernardo. 1931-1961.

En conclusión, se establece que la separación obligatoria de los hijos sanos de padres enfermos fue una medida que a pesar de la renuencia de los progenitores a entregar a su hijos y de los mismos a ser asilados, a lo poco espacioso que pudieron resultar los asilos y demás inconvenientes que aparecieron, dicha política se efectuó en el lazareto de Contratación, en especial hasta los años cincuenta. Y aunque continuó practicándose su intensidad fue disminuyendo, lo que indica la pérdida de su importancia como política sanitaria para controlar la lepra al aparecer en escena elementos que permitieron desmitificar las creencias sobre la incurabilidad de la enfermedad y su transmisión por herencia o contacto intrauterino.

3.4.3.2 Las bajas. Con la denominación de baja se conoció la salida definitiva de los enfermos de lepra de la institución de aislamiento, la cual se otorgaba al ser decretados personas no peligrosas para vivir en sociedad o curados sociales. En los asilos para niñas y niños sanos el significado de la presente palabra hizo

referencia al mismo hecho de abandonar el lugar en donde se había estado proscrito, sin embargo, allí el beneficio de la libertad se debió a otras causales, las cuales se identificaran y estudiaran a continuación.

Inicialmente se había establecido por las autoridades sanitarias que sería el cumplimiento de la edad reglamentaria la que concedería la baja a los menores asilados. Así mismo, se había ordenado su realización si los menores resultaban enfermos de lepra o de otra enfermedad que pusiera en riesgo la salud de la comunidad. Disposiciones que efectivamente se cumplieron, siendo la primera de ellas la causa que mayor número de bajas produjo. Aunque se constituyeron otras posibilidades para permitir la salida definitiva de los asilados, el 37.5% de las bajas efectuadas en el asilo María Auxiliadora y San Bernardo fueron producto del cumplimiento de la edad establecida.

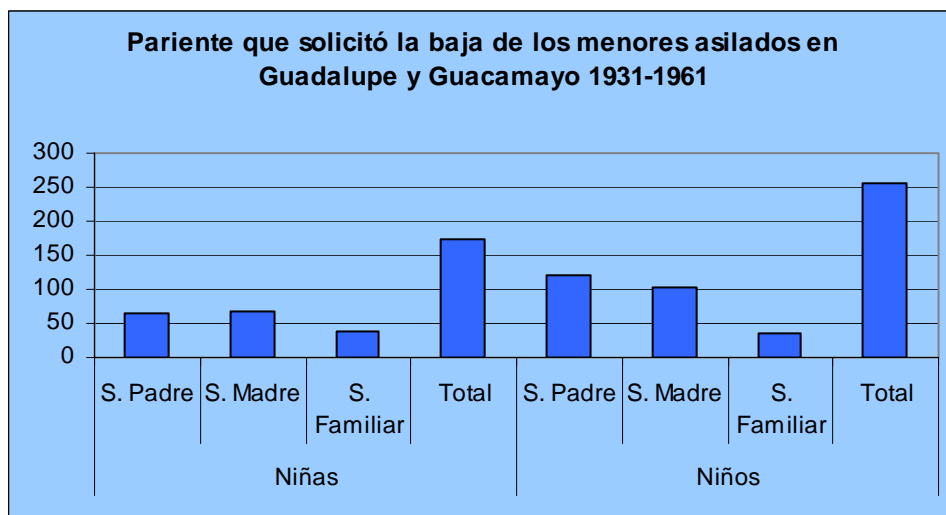
Por otra parte, los recorridos que semestralmente realizaban las autoridades sanitarias de los respectivos lazaretos en los asilos para asistir médicamente a quienes pudieran necesitarlo, pero sobre todo para detectar casos nuevos de lepra, cuya intención contribuía a justificar la permanencia de estos establecimientos, produjo la baja del 3.7% de los asilados. El pequeño porcentaje de infantes que enfermaron de lepra permitía demostrar además que esa enfermedad no era hereditaria como algunos pensaban, a la vez que comprobaba la efectividad de la política de separación porque permitía detectar casos de lepra rápido y tempranamente, antes que las personas se convirtieran en portadoras activas, y evitaba que los menores pudieran contraerla si continuaban viviendo con los enfermos en el lazareto.

La imposibilidad de asilar a un mayor número de menores por los costos que representaban su sostenimiento, sumado a su reducido tamaño para cuidar, asistir y educar plenamente a todos los asilados, fueron entre otros, motivos que llevaron a las autoridades del lazareto a permitir a los progenitores o a cualquier otro

familiar solicitar la baja de los menores antes de cumplir la edad reglamentaria. Para ello debían cancelar la suma de cien pesos, comprometerse a remitirlos a lugares distantes de los lazaretos en donde recibieran los beneficios que en los asilos se les brindaban, así como su incumplimiento causaría el reingreso de los menores a los asilos y la restricción de la ración o parte de esta por algún tiempo al padre o la madre enferma²⁰⁴. Reflejo de ello es que el 23% de los pequeños asilados fueron dados de baja por petición del padre, la madre u otro familiar, ya fueran tíos, hermanos, primos o abuelos.

Aunque se esperaba que los progenitores acudieran masivamente al retiro de sus hijos dada la oportunidad para ello no ocurrió así, quizás por no poder contar con el lugar y las condiciones requeridas para llevar a los menores. Igualmente la suma que había que cancelar, pese a mantenerse estable por varios años, pudo resultar alta para personas que subsistían por lo general solo de la ración, la cual era al mes aproximadamente 1/3 del pago que debía realizarse por la devolución de los asilados.

GRÁFICO 12.



Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilos Maria Auxiliadora y San Bernardo. 1931-1961.

²⁰⁴ Actos Legislativos y Leyes de Colombia. Años 1938- 1939. Ley N° 99, Agosto 24/1938.

En el gráfico 12 se puede observar que fueron dados de baja más niños que niñas, al ser mayor el número de asilados varones, aunque los progenitores u otros familiares se inclinaron más por solicitar el retiro de los asilos de las niñas. Es así, como en el asilo Maria Auxiliadora el 26% de las bajas se dieron por esta causa, mientras que en el asilo San Bernardo sólo fueron el 21.3%.

Por los mismos inconvenientes que habían llevado a las autoridades a aceptar la baja de los menores sanos de los asilos por solicitud familiar, también se debieron crear opciones alternas en las que se evitara la aglomeración de los pequeños en estos establecimientos, sin que se dejara de tener control sobre ellos. Fue por ello que se remitieron menores a otros lugares creados para tal fin y a establecimientos educativos con convenio entre el Gobierno Nacional y la Comunidad Salesiana, para esto el Estado otorgó becas o pensiones a los asilados y a los niños y niñas sanas que residían en los lazaretos, para que vivieran fuera de esos lugares y adelantaran estudios, principalmente secundarios. Dinero que sería entregado cada mes al familiar o estamento que se encargara de cuidar a los pequeños hasta cumplir la mayoría de edad, siempre y cuando se comprobara que estaban estudiando.

En el Departamento de Santander para 1941, se autorizó a su gobernador celebrar con el ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social un contrato para el establecimiento de una escuela- hogar en la granja Agua Dulce del municipio de Lebrija, destinada al cuidado y educación de los niños sanos hijos de enfermos de lepra que se encontraban en los lazaretos de Contratación y Agua de Dios²⁰⁵. El gobierno departamental buscando dar continuidad a las pretensiones del Gobierno Nacional y demostrando su interés por contribuir con la lucha antileprosa adelantada en todo el país, decidió aportar 5.000 pesos destinados al

²⁰⁵ Ordenanzas del Departamento de Santander. Ordenanza N° 20, Mayo 21/1941.

establecimiento de lugares de reclusión para los hijos sanos de los leprosos, en donde recibirían instrucción teórica y práctica en trabajos del campo y oficios que pudieran servirles para trabajar independientemente, luego de permitirles abandonar dicho establecimiento²⁰⁶.

Esos fondos se invirtieron en efecto en la conformación de la escuela-hogar Lebrija. Constituyéndose en un establecimiento que generó el 3.9% de las bajas dadas en el asilo San Bernardo. El no traslado de un número mayor de niños a la escuela-hogar pudo obedecer a la infraestructura del lugar, que quizás no estaba condicionada para albergar a muchas personas, porque de Agua de Dios se enviaron más niños o por la confluencia de ambas razones. Un establecimiento similar para niñas fue constituido en Sibaté (Cundinamarca), siendo remitidas del asilo María Auxiliadora 13 menores, cifra que equivalió al 1.9% del total de bajas realizadas en ese asilo.

De la misma manera que del lazareto de Agua de Dios se remitieron menores a los asilos pertenecientes al lazareto de Contratación, los asilos María Auxiliadora y San Bernardo remitieron niños y niñas a los asilos ubicados en ese lazareto. Cuyas causas, como lo reportan los registros de bajas, obedecieron a la solicitud del padre o la madre que vivían o habían sido igualmente remitidas a Agua de Dios. La remisión a esos establecimientos también fue utilizado por los directivos de los asilos como mecanismo de castigo por la desobediencia de los menores o por faltas cometidas. Ejemplo de ello fue el caso del niño Joselino Alarcón, quien luego de haberse fugado del asilo en Guacamayo, fue retenido al intentar ingresar a Contratación en busca de sus familiares, razón por la que se le castigó enviándose a Agua de Dios²⁰⁷. Sin embargo, fueron pocos los niños y niñas sanas

²⁰⁶ Informe del Gobernador a la Asamblea Departamental de Santander. Ramo de Gobierno. Bucaramanga: Imprenta Departamental, 1941. p. 17.

²⁰⁷ Tarjeta individual de identidad del menor Joselino Alarcón, hijo sano de enfermo de lepra, interno en el asilo San Bernardo. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

remitidas a los asilos situados en Agua de Dios al ser sólo el 1.1% de los decretados como bajas.

Así mismo, por la Resolución 214 de Enero de 1936, el Gobierno Nacional se comprometió a otorgar pensiones o becas de estudio y alimentación a hijos sanos de enfermos de lepra que se encontraban asilados o que aún no lo estuvieran. Para el cumplimiento de esa disposición no era necesario que los menores fueran internados en los establecimientos educativos y se permitió a los familiares exentos de lepra encargarse de cuidar a los pequeños. En el Departamento de Santander, se autorizó al gobernador para que contratara con el Departamento Nacional de Higiene el sostenimiento y educación de los niños sanos hijos de leprosos, bien fuera en establecimientos oficiales o particulares, sobre la base de que el Gobierno Nacional reconocería una pensión mensual por cada niño, así como se autorizó al gobernador para que procediera a abrir créditos adicionales para lograr dar cumplimiento a la presente medida de ser necesario²⁰⁸.

Para entonces, la Comunidad Salesiana ya había fundado en algunas regiones del país planteles educativos, que sumado a la exclusividad que tenían en el manejo de los asilos dentro y fuera de los lazaretos, para niños enfermos y sanos, los convirtió en la primera y principal alternativa del Gobierno para enviar a educar a los menores pensionados. A colegios salesianos como el León XIII, en la ciudad de Bogotá, fueron remitidos menores como Filemón Hernández, quien había demostrado sus deseos de continuar estudiando, dando fe de ello los directivos del asilo San Bernardo al certificar sus capacidades intelectuales y excelente comportamiento²⁰⁹. Siendo esos requisitos indispensables para el otorgamiento de las pensiones sin importar a la institución a donde se trasladaran.

²⁰⁸ Ordenanzas del Departamento de Santander. Ordenanza N° 75, Julio 8/1938.

²⁰⁹ Tarjeta individual de identidad del menor Filemón Hernández, hijo sano de enfermo de lepra, interno en el asilo San Bernardo. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

Los menores exentos de lepra que aún no habían sido asilados y residían dentro del lazareto de Contratación también pudieron beneficiarse de las pensiones otorgadas, para lo cual sus padres debían solicitarlas a las autoridades del lazareto. Y aunque en la documentación estudiada no fueron muchas las pensiones dadas a estos pequeños, al no ser todas las solicitudes aceptadas, se deduce que las autoridades del lazareto se inclinaron por entregarlas a personas con ciertas influencias o que lo merecieran, elementos que en general tendieron a favorecer a los asilados. Con todo, menores como Isabel Martínez o Lubin Lozano, quienes vivían con sus familiares en aquel lazareto, pudieron tener acceso a esas pensiones²¹⁰.

El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social para 1944, considerando que debía perfeccionar la presente práctica, suspendió la entrega de pensiones. Factor que pudo ser la causa por la que sólo el 6.2% de los menores asilados fueran dados de baja. No obstante, a partir de 1947 nuevamente se dio inicio a la concesión de pensiones, en adelante el Gobierno se comprometió a hacer entrega de nuevas pensiones cada vez que el presupuesto nacional lo permitiera²¹¹. En 1950, el Ministerio de Higiene abrió cien pensiones de estudio de treinta pesos mensuales, subsidios que debían distribuirse entre los lazaretos de Agua de Dios y Contratación²¹², aunque a éste último por ser su número poblacional más pequeño le pudieron corresponder menos pensiones. Tres años más tarde, el recién creado Ministerio de Salud Pública concedió cien pensiones más por el mismo valor²¹³. Finalmente, en 1956, el Gobierno del General Rojas Pinilla decretó ciento diez pensiones por valor de cincuenta pesos mensuales²¹⁴. El otorgamiento de dichos subsidios fue significativo para las personas que los

²¹⁰ Resoluciones internas: N° 456, Julio 1/1943; N° 75, Febrero 13/1940. Documentos sueltos. Archivo E.S.E. Hospital San Juan Bosco. Contratación - Santander.

²¹¹ Actos Legislativos y Leyes de Colombia. Años 1946-1947. Ley N° 39, Diciembre 13/1947.

²¹² Diario Oficial. Año LXXXVII, N° 27325 (may. 31/1950). Decreto N° 1729, Mayo 20/1950.

²¹³ *Ibid.*, Año XC, N° 28211 (may. 30/1953). Decreto N° 1298, Mayo 21/1953.

²¹⁴ *Ibid.*, Año XCIII, N° 29029 (may. 9/1956). Decreto N° 0724, Abril 4/1956.

recibieron al lograr pasar de la educación primaria recibida en los asilos a estudios secundarios en los grandes centros urbanos del país.

Sumadas a las causas oficiales que permitieron la baja de un gran porcentaje de menores reclusos en los asilos María Auxiliadora y San Bernardo estaban las que trasgredían la normatividad, como lo fueron aquellas que se dieron por fuga o mala conducta.

El distanciamiento de los progenitores fue un factor doloroso para los menores, en especial para aquellos de edad avanzada, quienes por haber compartido junto a sus familiares mucho tiempo manifestaban sus sentimientos con expresiones de desobediencia, rebeldía e inconformidad. A esas actitudes de desacato la Comunidad Salesiana respondió con rigor, disciplina y en ocasiones con castigos físicos, como lo expresó el señor Julio Sánchez²¹⁵, asilado en Guacamayo. Siendo todo ello confirmado por quien fue director por varios años de este establecimiento, el sacerdote italiano Vicente Roggero, quien justificó las actuaciones de su Comunidad argumentando que algunos menores eran “rebeldes y resabiados, y no acataban las ordenes dadas”²¹⁶. Esos factores pudieran contribuir a incrementar los sentimientos de ira e inconformidad contra el establecimiento en que se hallaban asilados y contra sus directivas, anhelando salir de allí. Pero al no poder hacerlo por un medio legal optaron por fugarse. El total de bajas producidas por esta causa fue del 16%, de las cuales el 93% se produjeron en el asilo San Bernardo, con lo que se establece que los niños fueron más propensos a escaparse que las niñas.

Sin embargo, algunas de las bajas consideradas como fugas fueron en realidad raptos que los familiares exentos de lepra hacían de los menores en las esporádicas y poco frecuentes visitas que se permitieron. Un ejemplo de ello lo

²¹⁵ Entrevista realizada al señor Julio Sánchez, asilado en Guacamayo. Mayo 30/2004. Contratación - Santander.

²¹⁶ Entrevista realizada al sacerdote salesiano Vicente Roggero...

vivió la señora Diola Rueda²¹⁷, a quien sus familiares extrajeron del asilo María Auxiliadora en un costal. Como fuese, esta modalidad superó a las bajas dadas por pensiones o traslados a los asilos ubicados en Agua de Dios, Lebrija o Sibaté, evidenciándose así que la vigilancia en los asilos era escasa o que la inventiva o audacia de los menores y de sus familiares fue mayor.

Otro de los motivos por los que se decretaron bajas en los asilos para los hijos de enfermos de lepra, sin ser establecido oficialmente, fue la mala conducta de los menores. Como se mencionó antes, las directivas y empleados de los asilos frente a la indisciplina respondían con castigos físicos o con el traslado a otro establecimiento similar. Pero existieron menores para los que no hubo forma de corregirlos, viéndose obligada la Comunidad religiosa y las autoridades del lazareto a permitirles el retiro de los asilos, permitiéndoseles regresar al lado de sus familiares, cuando no tenían un pariente fuera de los lazaretos que pudiera hacerse cargo de ellos. El 1.2 % de los asilados fueron dados de baja por presentar mala conducta, y contrario a lo que se podría pensar la mayoría de estas bajas se efectuaron en el asilo femenino de María Auxiliadora. Demostrándose así, que si bien las niñas no optaron por fugarse en igual proporción que los niños, su rebeldía y desobediencia las llevo a adoptar una actitud conflictiva y descentralizada que las autoridades no soportaron al deber garantizar el orden y la disciplina general.

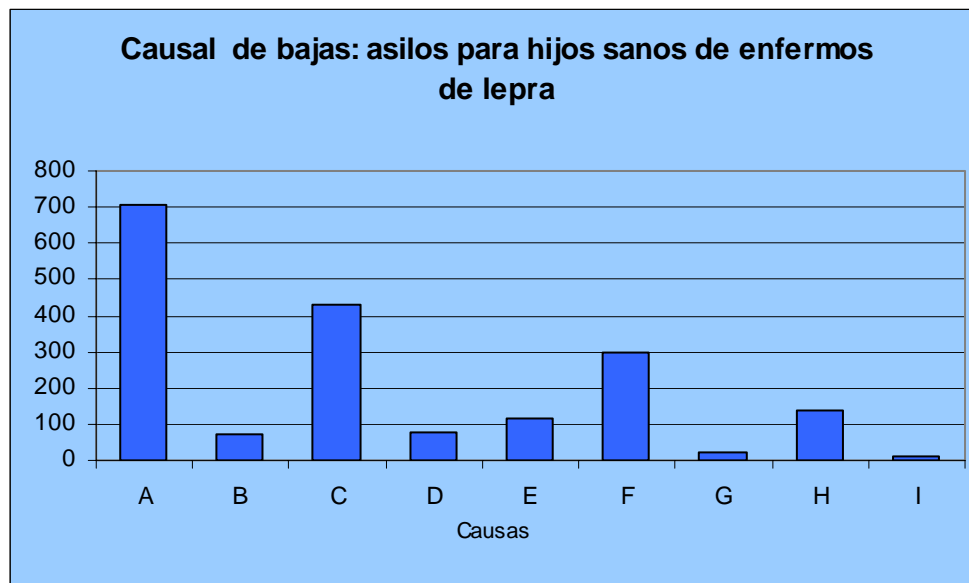
Por último, una cifra considerable de bajas se debió al deceso de algunos menores. Aunque este hecho en ciertas ocasiones resultó inevitable que ocurriera, los casos que se presentaron en los asilos María Auxiliadora y San Bernardo permiten concluir que se debieron principalmente a la falta de asistencia médica y de personal con mayor experiencia al cuidado de los infantes, en especial de aquellos que aún eran muy pequeños, ya que el total de bajas decretadas por

²¹⁷ Entrevista realizada a la señora Diola Rueda...

dicha causa fue del 7.5%, de los cuales el 40% eran niños y niñas que aún no cumplían un año de haber nacido y el 49.2% eran infantes menores de 7 años, para los cuales el Gobierno Nacional había constituido sala-cunas y secciones de párvulos, encomendadas a personas exclusivamente para su atención. No obstante, lo más lamentable de este acontecimiento fue que los 11 pequeños que ingresaron a los asilos a pocas horas de haber nacido, fueron todos más tarde reportados como muertos. Evento que reflejó que el Gobierno Nacional por controlar la lepra cometió errores de gran magnitud, como fue separar vertiginosamente a los infantes de sus progenitores, sobre todo de las madres.

Finalmente, para comprender de forma general las tendencias que caracterizaron las bajas de los menores sanos hijos de enfermos de lepra de los asilos o preventorios del lazareto de Contratación es necesario reconocer en el gráfico 13 los motivos que prevalecieron para otorgar la salida de esos establecimientos.

GRÁFICO 13*.



A. Edad. B. Enfermedad. C. Solicitud familiar. D. Traslado a otro asilo.
E. Pensión. F. Fuga. G. Mala conducta. H. Defunción. I. Causa desconocida.

3.5 LA COMUNIDAD SALESIANA: trabajando por lo enfermos de lepra

Al elaborar una reconstrucción histórica de lo que fue uno de los lazaretos colombianos durante parte del siglo XX, sería inevitable hacer una pausa para estudiar el papel que desempeñó la Comunidad Salesiana. Lastimosamente la escasez de fuentes históricas, excepto las que ofrece la misma Comunidad Salesiana a cerca de su labor dentro de los lazaretos, la inexistencia de estudios historiográficos sobre el funcionamiento interno de los lazaretos y el desconocimiento de la autoridad de los salesianos en esos centros, a excepción de algunos trabajos apologéticos, limitan comprender cuál fue la relación que existió entre el catolicismo y la lepra, entre salesianos y leprosos.

* Fuente: Tarjetas individuales de identidad de los hijos sanos de enfermos de lepra. Asilos Maria Auxiliadora y San Bernardo. 1931-1961.

No obstante, esos estudios y la labor salesiana en los lazaretos no debe desmeritarse, puesto que antes de su llegada ninguna otra Orden religiosa, pese a prohijar los principios cristianos y a predicar la importancia de ayudar al necesitado, se había comprometido cabalmente con los enfermos de lepra. A los lazaretos llegaban esporádicamente el párroco de la diócesis más cercana a celebrar la eucaristía y a otorgar los sagrados sacramentos, más no convivía con ellos ni se hacía partícipe de sus desdichas y necesidades en procura de hallarles solución. Para entonces, el compromiso gubernamental con los leprosos era exiguo y su subsistencia dependía en gran parte de la caridad pública, ante lo cual estaba ampliamente desligada. En consecuencia, fue significativa la inclinación salesiana de reorientar su labor misional en Colombia a socorrer a los enfermos de lepra y al progreso material de los lazaretos.

La Comunidad Salesiana fue fundada a mediados del siglo XIX, por el sacerdote italiano Juan Bosco, quien buscó constituir una Orden religiosa para trabajar por la gente pobre que habitaba zonas inhóspitas y lejanas, guiado por las revelaciones que Dios le manifestaba en sueños. A los pocos años de iniciada esta Comunidad, su fundador inauguró la Congregación de las Hijas de María Auxiliadora, la cual debía cumplir una función paralela a la que realizaban los religiosos salesianos pero a favor del género femenino²¹⁸.

El reconocimiento religioso de Juan Bosco y de sus nacientes Comunidades pronto llegaron a Colombia, surgiendo el deseo gubernamental de conformar en Bogotá una escuela de artes y oficios para jóvenes pobres dirigida por los salesianos, quienes eran reconocidos por su trabajo técnico. Ahora bien, fueron los milagros curativos del fundador de la Orden los que en inicio permitieron saber de ellos en el país.

²¹⁸ SALESMAN, Eliécer. San Juan Bosco y Maria Auxiliadora. Los famosos sueños del Santo. Bogotá: Centro Don Bosco. p. 194-205.

Ejemplo de ello fue el caso de Doña María Ortega de Pardo en 1883, quien estando desahuciada por los médicos de Bogotá viajó a París en busca de una nueva alternativa médica para solucionar sus quebrantos de salud, experimentando de manera directa los milagros de Don Bosco al ser sanada después de haber sostenido una conversación con él. Doña María y su distinguida familia se constituyeron en adelante en los principales promotores de las obras religiosas, educativas y sociales de la Comunidad Salesiana en Colombia.

Las negociaciones entre el Gobierno colombiano y los salesianos comenzarían en 1886 pero el escaso personal que integraba la Comunidad imposibilitaron llegar a un acuerdo, hasta que en 1889 por orden del Papa León XIII Juan Bosco y el Gobierno colombiano lograron acordar un contrato. El 3 de Enero de 1890 partieron de Europa los salesianos que vendrían a Colombia, siendo esa expedición conformada por el seminarista Silvestre Rabagliati, los hermanos cuadjutadores Ángel Colombo, Pablo Migliotti, Enrique Spinoglio y Felipe Kaczmarzyk, y el padre Miguel Unia, quien se encargaría de orientar la labor misional de la Orden a ayudar a los enfermos de lepra. De Chile llegó el padre Evasio Rabagliati para dirigir la expedición, salesiano que recorrió incansablemente el territorio colombiano en busca de ayudas para los leprosos²¹⁹.

Una vez reunidos los salesianos en la ciudad de Bogotá iniciaron su obra educativa. Instauraron el colegio León XIII de Artes y Oficios, y mientras proyectaban otro para Cartagena, el padre Miguel Unia inclinó su atención y con ello indirectamente la misión de la Orden a favor de los enfermos de lepra. Todo comenzó cuando el padre Unia vio el desconcierto y la preocupación del sacerdote Leopoldo Medina, quien pertenecía a otra Comunidad y debía trasladarse a Agua de Dios para celebrar la semana santa con los leprosos²²⁰, reflejando así el

²¹⁹ ORTEGA, José. La obra salesiana en Colombia. Bogotá: Escuelas Gráficas Salesianas, 1940. p. 1-23.

²²⁰ ORTEGA, José. La obra salesiana en los lazaretos. Bogotá: Escuelas Gráficas Salesianas, 1938. p. 27.

rechazo a los leprosos y el temor al contagio que existía en la sociedad, del cual no eran ajenos los eclesiásticos. Ante ese panorama, el salesiano decidió entregar su vida y obra al servicio de los enfermos de lepra, lo cual causó profundas controversias dentro de su Comunidad.

Si bien, los principios salesianos estaban enfocados en auxiliar a los más pobres y necesitados en lugares desconocidos, tal como se le había revelado en sueños a Don Bosco, nunca se había contemplado la posibilidad de adentrarse a los lejanos, incomunicados y deprimentes lazaretos colombianos, más cuando existía la posibilidad de contraer la enfermedad, además, el objetivo principal de la presencia salesiana en el país era la de fundar una educación técnica, para ello habían sido contratados sus servicios. Con todo, el padre Miguel Unia logró acometer su objetivo, llegando a Agua de Dios el 26 de Agosto de 1891, labor en la que lo seguirían al poco tiempo más salesianos hasta que toda la Comunidad fue haciendo suya la responsabilidad de socorrer las penurias físicas y espirituales que afligían a los residentes de Agua de Dios, luego de Contratación y finalmente de Caño de Loro.

Aún así, por qué fueron los salesianos y no otra la comunidad hospitalaria quienes se hicieron cargo de los lazaretos de Colombia. Quizás ello fue el resultado del interés personal de un religioso que pudo verse atraído por las ansias de vivir nuevas experiencias y poner a prueba su vocación sacerdotal o quizás fue esta misma vocación y su aferración teológica la que lo inclinó a entregar su vida por los leprosos, a pesar de las repercusiones que esto pudiera generarle, no sólo por la posibilidad de contraer la enfermedad sino también por el rechazo social del que podía ser víctima por haber estado y convivido con los enfermos de lepra. Sin embargo, la misma Comunidad desde su convicción cristiana da respuesta a ello, planteando que esto fue consecuencia de los “camino señalados por Dios y de fidelidades vocacionales salesianas inéditas, en nombre de Don Bosco, a la

conducción del Espíritu Santo”²²¹. Respuesta basada en los sueños del Padre Unia el 16 de Agosto de 1891, en los que los enfermos pedían compasión. Coincidiendo esa fecha justo con el día en que el fundador de la Comunidad cumplía años de natalidad si hubiera estado vivo, a la que los religiosos identificaron como un llamamiento divino.

Independientemente de las motivaciones que pudieron llevar al sacerdote Miguel Unia a reorientar su misión en el país, hay que destacar el seguimiento inmediato que su Comunidad religiosa le haría. Para ello adquirieron un compromiso directo y constante con las personas que residían dentro de los lazaretos, fueran estos enfermos o no, buscando suplir sus necesidades físicas y espirituales o colaborando en el desarrollo material y la atención hospitalaria del lugar en donde eran proscritos. Si bien, esta Comunidad va hacer fundamental en el acontecer histórico de los lazaretos, no todos los avances o eventos positivos que pudieron ocurrir en pro de los enfermos se les deben atribuir a ellos como en ocasiones lo quieren exponer sus apologistas.

Al lazareto de Contratación llegaron el 19 de Septiembre de 1897 los salesianos Evasio Rabagliati, director de lo Orden en el país, junto con el padre Alejandro Gárbari y al poco tiempo el padre Remigio Rizzardi y el Seminarista Ángel Cuenca, para dar inicio a la nueva labor misional de la Comunidad en el lazareto, más no para fundarlo como lo planteó el padre Eliécer Salesman, autor del texto titulado “El amigo de los leprosos: Venerable padre Luís Variara”²²², ya que el lazareto de Contratación había sido fundado a comienzos del siglo XIX. La situación de los enfermos y del lazareto eran precarias, no existía un verdadero hospital, ni médicos ni enfermeras para atender los convalecientes y las condiciones higiénicas del poblado estaban ampliamente descuidadas; lo cual

²²¹ ROGRÍGUEZ, Jaime. AGUA DE DIOS...forja de gigantes de salesianidad. Bogotá: Giro Editores Ltda., 2004. p. 5.

²²² SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Venerable padre Luis Variara. Bogotá: Centro Don Bosco, 2000. p. 134.

demostraba que los enfermos de lepra, repudiados por la sociedad en este lazareto y en todos los demás realmente yacían en la miseria y en el abandono. Situación que conmovió a la Comunidad de padres salesianos, despertando su interés por proporcionarles a los enfermos mejores condiciones de vida, compensando así las carencias y dolencias que los afligían²²³.

Para emprender y realizar su vasta labor en todo el país los salesianos invitaron a las hijas de María Auxiliadora, quienes llegaron a Colombia provenientes de Italia en 1897. La primera expedición estuvo integrada por 9 madres salesianas, de las cuales tres fueron enviadas a trabajar con los leprosos en el lazareto de Contratación, más tarde una comisión de ellas iría a laborar en el lazareto de Caño de Loro. Por otra parte, el lazareto de Agua de Dios contaba desde 1892 con la colaboración de las hermanas de la Presentación, quienes habían llegado al país dos décadas antes para emprender una labor asistencial con los enfermos y necesitados, de ahí su deseo por querer a trabajar junto con los padres salesianos en aquel lazareto.

El traslado de tres hermanas salesianas a Contratación, aunque había sido sugerido por los religiosos que allí se encontraban, así mismo fue solicitado por el Gobierno Departamental de Santander, el cual se comprometió a pagar sus servicios para que dos de ellas laboraran como enfermeras y la otra como maestra. Al establecerse las religiosas en Contratación, inmediatamente empezaron a trabajar en procura de los enfermos y las demás personas que allí residían²²⁴.

El compromiso de las religiosas y religiosos, independientemente de la Comunidad a la que pertenecían, fue significativo para el progreso de los lazaretos y la asistencia de los enfermos. Desde el momento en que se instalaron en aquellos

²²³ REYES, Pedro. Contratación 1897-1997. Bogotá: 1997. p. 4-5.

²²⁴ REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. cit., p. 183.

lugares tuvieron que cumplir la labor que el Estado había dejado de efectuar con las personas que él mismo relegaba, compensaron las necesidades de los dolientes y sufrieron igualmente sus restricciones y limitaciones materiales. Las cuales se incrementaron en 1899, cuando inició la Guerra de los Mil Días y los lejanos lazaretos quedaron más incomunicados de lo que ya estaban, apoderándose el hambre de sus habitantes, llegando al extremo de salir muchos de ellos a mendigar. Aún así, nuevamente la buena voluntad de los religiosos y religiosas se manifestó al gestionar los víveres y demás objetos que los enfermos y ellos mismos requerían para subsistir ante la concentración del Tesoro Público en los gastos bélicos.

El lazareto de Contratación por estar situado en el Departamento de Santander, uno de los centros de la revolución bipartidista, sufrió ampliamente los pormenores de la guerra. Para entonces era prácticamente imposible que continuara el flujo de auxilios, medicamentos y comida provenientes de otras regiones, obtenidas en su mayoría gracias a la caridad, con lo cual fue “reapareciendo la indigencia más desmesurada, acompañada de muerte por inanición y por epidemias”²²⁵. El padre Alejandro Garbari y Remigio Rizzardi, junto con las hijas de Maria Auxiliadora que habitaban el lazareto de Contratación, debieron salir a recorrer las poblaciones vecinas en busca de ayudas para enfermos y salesianos, ya que las carencias eran generalizadas, a tal punto que asumieron difíciles circunstancias como andar descalzos. Aún así, continuaron compartiendo con los convalecientes lo poco que poseían o adquirirían, por ejemplo las religiosas utilizaban sus prendas para hacer vendas o cubrir con ellas a las mujeres más desprotegidas, y cuando ya no existía ningún recurso vendían lo último que tenían para comprar los escasos y costosos alimentos que lograban conseguirse²²⁶.

²²⁵ RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 89.

²²⁶ PARRA, Op. cit., p. 17.

Por su parte el padre Evasio Rabagliati, director de la Orden en Colombia recorría la Nación recaudando víveres, ropa y dinero para repartir en los lazaretos. A pesar, de ser cuestionado por propagar la imagen de Colombia como un país leproso, incrementando la magnitud de aquel problema, el padre Evasio fue uno de los mayores promotores de la obra salesiana en los lazaretos y su intención de dar a conocer el problema de la lepra colombiana en el exterior pudo no ser con el ánimo de producir inconvenientes que afectaran las relaciones económicas del país, sino con el deseo de conseguir mayores aportes para los leprosos, quienes contaban con una ayuda gubernamental mínima. Fue este mismo objetivo el que lo llevó a constituir la sociedad de San Lázaro, integrado por damas prestantes del país, las cuales por medio de aportes personales o recolectas efectuadas entre su círculo social buscaban ayudar a los enfermos con intenciones caritativas o porque deseaban mantenerlos alejados. Sin importar la verdadera intencionalidad de los aportes de la sociedad, la labor del padre Evasio fue además destacable por recorrer el fragmentado territorio colombiano por sus precarias vías y a lomo de mula transportando las ayudas caritativas.

Una vez culminada la guerra en 1902, el país quedó en un estado material deprimente del que no eran ajenos los lazaretos. El sacerdote salesiano Pablo Albera, representante del Rector Mayor de su Comunidad en el mundo, decidió visitar el país para inspeccionar la labor de la Orden, en especial aquella que se adelantaba con los leprosos, a los cuales les traía provisiones para tratar de menguar las carencias que afrontaban. La visita del padre Pablo desde tierras tan lejanas hasta los incomunicados y aislados lazaretos, sus palabras de aliento y su donación reanimó a los religiosos y religiosas para continuar sus trabajos en los devastados lazaretos²²⁷.

3.5.1 Abriendo espacios para los enfermos de lepra. Los enfermos de lepra eran socialmente excluidos, no se les permitía compartir los espacios públicos con

²²⁷ ORTEGA, José. La obra salesiana en Colombia. Op. cit., p. 325.

las personas exentas de la enfermedad, ni pertenecer a ninguna organización o comunidad que fuera compuesta por no leproso. De igual manera sus familiares fueron víctimas del rechazo y los prejuicios de la sociedad al existir la creencia de que la lepra podía ser transmitida por contacto y en otros casos por herencia. Tanto el enfermo como su prole eran considerados focos de contagio y por ende un peligro que se debía evitar.

En consecuencia, cuando algún miembro de la familia había contraído la enfermedad, sus parientes más cercanos cuando no lo acompañaban en su exilio optaban por olvidarse de ellos para evitar ser relacionados con un leproso y por ello señalados. El estigma y el temor a la enfermedad estaba fundado en la mayoría de la población colombiana, de la cual no escapaban ni los eclesiásticos quienes no permitían entre sus Ordenes a ningún leproso ni familiar de estos. Las puertas de la iglesia católica, las cuales según sus preceptos debían estar abiertas para todo aquel que de verdad quisiera ingresar a ellas, permanecían cerradas para aquellas personas con vocación que tuvieran o hubieran tenido algún contacto con la lepra.

Aún así, en Agua de Dios, las hermanas de la Presentación desde su llegada en 1892 habían atendido el anhelo que varias jóvenes del poblado sentían de entregar su vida a Dios, para lo cual habían decidido fundar para aquellas señoritas la Asociación Hijas de María, aprobada por la iglesia pero sin estatutos propios, la cual la constituía sólo en un grupo laico. Sin embargo, esa Asociación daría origen a una verdadera Comunidad religiosa que poco tiempo después constituiría el sacerdote salesiano Luís Variara. Quien a pesar de las oposiciones canónicas logró vencer los impedimentos legales más no los prejuicios y temores sociales que existían.

El padre Luis desde su llegada a Colombia en 1895 fue el guía espiritual y el confesor de la Asociación. La conmoción que le produjo los intensos deseos de

algunas de sus integrantes por dedicarse plenamente a la vida religiosa, lo impulsaron a conformar una comunidad salesiana, similar a la de las Hijas de Maria Auxiliadora, pero en la cual se aceptarían enfermas de lepra y sus familiares. Su primer paso en este largo camino fue el de encaminar a las jóvenes que lo deseaban por la vía de la oración y el sufrimiento santificado para que realizaran el voto de castidad y obediencia, y finalmente la consagración victimal, es decir, “ofrecieran sus vidas como víctimas de expiación e hicieran así de la enfermedad un medio de apostolado”²²⁸.

En principio fueron aproximadamente 22 jóvenes las que efectuaron la consagración victimal. No obstante, sólo tres de ellas dieron inicio a la Comunidad del padre Luis, ellas fueron las enfermas Olivia Sánchez, Limbana Rosas y Rosa Forero, quienes en 1904 decidieron irse a vivir juntas bajo un reglamento redactado por ellas mismas y aprobado por el padre Luis. Para entonces Olivia y Limbana llevaban tres años de preparación religiosa y Rosa Forero uno, período que se tuvo en cuenta en el momento en que fue fundada la Comunidad para considerarlas novicias.

Luego de obtener el permiso del padre Rafael Crippa, párroco de Agua de Dios, del padre Evasio Rabagliati como encargado de los lazaretos y del padre Miguel Rua como Superior Mayor de los salesianos, no faltaba sino la aquiescencia del Arzobispo de Bogotá Monseñor Bernardo Herrera, de quien dependería la nueva Comunidad, de ahí la importancia de contar con su aprobación. El padre Luis con base en los reglamentos de las Hijas de Maria Auxiliadora y de las hermanas Vicentinas, había redactado el reglamento final de su Comunidad, el cual fue presentado al Arzobispo de Bogotá, quien lo aprobó enseguida.

Con la aprobación de Monseñor Herrera “las Hijas del Sagrado Corazón de Jesús” como se le denominó a la nueva Comunidad, quedaron autorizadas a vestir el

²²⁸ REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. cit., p. 173.

hábito de religiosas y a recibir aspirantes y postulantes, elegidas entre las enfermas y las hijas de los leprosos. Oficialmente el 7 de Mayo de 1905 empezó a existir la Comunidad religiosa fundada por el padre Luis Variara con tres aspirantes más, entre ellas las sanas Carmen y Ana Maria Lozano, hijas de un enfermo de lepra, por cuya razón se le había prohibido a Ana formar parte de la Orden de las hermanas de la Presentación²²⁹.

El logro del sacerdote salesiano fue un hecho importante para esas jóvenes excluidas y cohibidas por la sociedad, ya que el padecer de lepra o ser hijo o hija de un leproso era una marca con la que se debía convivir. Aunque era difícil aceptarlo, estas personas estaban muertas para el mundo, de ahí su inclinación a aferrarse a lo espiritual o a cualquier cosa o deseo que diera sentido a sus vidas. Si bien, hubo muchas personas que nunca pudieron resignarse, hubo otras que frente a la inexistencia de una respuesta convincente que pudiera explicar por qué la lepra había tocado sus hogares, optaron por considerarlo un castigo o prueba de Dios, en consecuencia la expiación de sus culpas o pecados era una forma de agradarle y llevar una vida extraterrenal santa, más cuando se entregaba todo por él y por los necesitados, poder pertenecer a una Orden religiosa era la mejor forma de hacerlo, por lo tanto cuando ello se hizo imposible el peso de la lepra se acrecentó.

La doctrina cristiana basada en el sufrimiento y sacrificio como una forma de lograr la salvación de las almas y de poder llegar al paraíso, lugar en donde no existen sufrimientos y se vive eternamente en completo júbilo, era un consuelo para aquellos que padecían intensamente en la tierra, entre ellos los enfermos de lepra o quienes tuvieran una relación directa con estos. La ilusión que despertaba el paraíso ocasionó que muchas personas se aferraran a su búsqueda, se resignaran y en cierta forma comprendieran sus padecimientos. Convirtiéndose el rechazo social del que eran víctimas y la inclinación religiosa en un vehículo para

²²⁹ SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Op. cit., p. 211-220, 233-246.

obtener una vida extraterrenal eterna y bienaventurada. De allí la aprobación de reflexiones esperanzadoras como: “La vida de sufrimientos y de incomprensión es la que más nos hacen semejantes a Cristo, pero también, como a nuestro Redentor, después de las penas y amarguras de esta vida nos llegaran los gozos que no se acaban en el cielo”²³⁰.

De esta manera, cuando se les negaba a los enfermos de lepra y a sus familiares la posibilidad de entregar su vida y obra a Dios a través de una Orden religiosa, se cerraba con esto una oportunidad de alcanzar la santidad, pues para muchos los padecimientos físicos no eran suficientes, y la aferración religiosa era una forma de aceptar sus condiciones. El padre Luis Variara con la constitución de la Comunidad de las Hijas del Sagrado Corazón no sólo abrió un espacio que había permanecido hasta el momento cerrado para los enfermos de lepra y sus descendientes, también con ello obtuvo colaboradores anegados para trabajar por los leprosos.

Aunque el objetivo de conformar la comunidad era abrir un espacio para aquellas personas que por diversas circunstancias no se les permitía ingresar a otra Orden, a ella igualmente podía ingresar toda joven que deseara ser religiosa, que estuviera dispuesta a regirse por la reglamentación predeterminada, y en especial que estuviera dispuesta a trabajar con y por los enfermos de lepra. Luego de su conformación oficial y su consolidación, las Hijas del Sagrado Corazón estuvieron principalmente en Agua de Dios, desde donde trabajaron como colaboradoras de la Comunidad Salesiana y las hermanas de la Presentación. Para 1908, al existir otra Comunidad llamada Hijas del Sagrado Corazón de Jesús, la comunidad del padre Variara debió cambiar su denominación, pasando a ser conocidas como las Hijas de los Sagrados Corazones de Jesús y María.

²³⁰ *Ibíd.*, p. 305.

Por otra parte, las críticas hacia la Comunidad y hacia su fundador no cesaron con su conformación oficial en 1905, por el contrario se intensificaron hasta el punto que el padre Luis fue relevado del cargo que desempeñaba en Agua de Dios para ser trasladado a la ciudad de Barranquilla y al poco tiempo a Venezuela, a donde llegó el 19 de Febrero de 1921. Quizás la enfermedad que lo aquejaba desde hacía varios años y su decepción al no poder cumplir su deseo de trabajar siempre por los enfermos de lepra, le ocasionaron su deceso el 1 de Febrero de 1923²³¹.

Las oposiciones a esa Comunidad provenían de todos los sectores, evidenciándose así que la incomprensión y el rechazo hacia los enfermos de lepra no permitían la aceptación del nuevo espacio abierto para ellos. Desde el sector oficial y religioso vinieron las críticas más fuertes, las hermanas de la Presentación residentes en Agua de Dio, quienes no estaban de acuerdo con las Hijas del Sagrado Corazón de Jesús porque no dependían de ellas sino directamente del Arzobispado de Bogotá, consideraban inútil formar una Comunidad con “unas pobres muchachas ignorantes y leprosas”²³², apelativos despectivos que propagaron por toda la población.

Así mismo, el Gobierno Nacional más allá de intervenir en los aspectos religiosos se opuso a la constitución de esa Comunidad, ya que legalmente no se permitía que los enfermos de lepra compartieran y convivieran con los que no lo eran. Sin embargo, ésta era una oposición con poco fundamento práctico, pues en los lazaretos pese a las oposiciones los enfermos vivían libremente con las personas sanas. Con todo, fue hasta 1930 cuando el Arzobispo de Bogotá Monseñor Ismael Perdomo, de común acuerdo con el Gobierno Nacional, aprobó la Comunidad o Instituto de los Sagrados Corazones de Jesús y María, y se derogó la prohibición que existía, en adelante a toda joven que así lo deseara podía

²³¹ REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. cit., p. 175-176.

²³² SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Op. cit., p. 269.

ingresar a ella. Finalmente, el 24 de Mayo de 1964, la Congregación conformada en 1905, recibió la aprobación pontificia.

Sin embargo, la labor salesiana en los lazaretos colombianos no se limitó únicamente al ámbito religioso porque la situación de esos lugares los obligaron a intervenir en aspectos educativos y asistenciales. La educación técnica era un factor que caracterizaba la Comunidad, y por ello habían sido contratados sus servicios. Antes de la llegada de los salesianos a los lazaretos no existía realmente un centro educativo para los niños y niñas que residían allí, independiente de su condición económica o su estado de salud, es decir, no importaba que fueran ricos o pobres, sanos o enfermos, pues no existía la posibilidad de prepararse académicamente, o no se consideraba necesario, en especial cuando se estaba condenado a residir dentro de esos lugares para siempre, situación que a muchos desanimaba y frustraba.

El Estado colombiano por su parte no se había interesado por darles a los infantes la posibilidad de educarse, la política práctica que éste manejaba en cuanto a la lepra y a quienes la padecían era la de aglomerarlos en los lazaretos para que no incomodaran a la temerosa sociedad, sin importar en que estado vivieran. Si el compromiso directo que el Estado había adquirido con los enfermos aislados en los lazaretos, como era propiciarles ayuda médica para que aliviaran o menguaran sus padecimientos no se cumplía, mucho menos el de propiciarles los medios para su formación académica, pues quizás ello no fue visto por la oficialidad como algo indispensable porque los leprosos con los que había un compromiso estatal estaban destinados a vivir en los lazaretos, y porque no era importante educar a seres inútiles que no tenían voz ni voto para el Gobierno y la sociedad en general.

La Comunidad Salesiana observando esa circunstancia y movidos por el deseo de ayudar a los enfermos de lepra a ocupar su tiempo libre en cosas útiles, buscaron propiciar los medios para abrir más espacios a los leprosos y sus familias. En el

lazareto de Agua de Dios se efectuó una de las más grandes obras que se dieron como consecuencia de esa intención, protagonizada también por el padre Luis Variara, quien se conmovió de los jóvenes que allí residían y ambicionó tener un “instituto para poderlos educar y preparar para la vida”.

Para ello, se inició una intensa campaña por todo el país con la cual se pretendía obtener los recursos económicos necesarios para construir un edificio de dos pisos, con salones y talleres en donde los menores pudieran formarse y con amplias habitaciones para que residieran quines fueran aceptados, siendo la única condición exigida el ser varones enfermos, huérfanos o hijos de leprosos. Aunque la obra se inició en 1899, el asilo Miguel Unia, como fue denominado, sólo empezó a funcionar en 1905 porque la guerra Mil Días más que el factor económico imposibilitó su culminación tiempo antes. Las peticiones del padre Luis para realizar su obra educativa fueron respondidas favorablemente, por lo que la liquidez monetaria no era un obstáculo para la continuación de la obra o su avance vertiginoso. Por el contrario la guerra sí logró en ocasiones detener la construcción del nuevo asilo porque los ataques guerrilleros a Agua de Dios generaron que los obreros que se conseguían a la menor señal de peligro corrieran a esconderse, así mismo, la peligrosidad de los caminos impedía la obtención oportuna de los materiales requeridos.

Aún así, la obra fue finalizada cabalmente e inaugurada el mismo día en que se fundó la Comunidad de las Hijas del Sagrado Corazón, Orden a la cual se encomendó su funcionamiento. Inicialmente fueron doce los niños que pudieron beneficiarse de él, pero pronto esta cifra se acrecentó, un año después en el Asilo Unia vivían y se educaban 66 menores, de los cuales una gran parte de ellos habían sido remitidos del lazareto de Contratación, en donde los establecimientos educativos y asistenciales no eran de la misma magnitud que el del nuevo asilo construido en Agua de Dios.

En el asilo Miguel Unia se asistían médica y hospitalariamente a los menores que lo necesitaran, y se les enseñaban artes y oficios prácticos como carpintería, mecánica, dibujo y sastrería entre otros. De igual manera, los salesianos inculcaron a los jóvenes que tenían bajo su cuidado, y a toda la población en general el gusto por la lectura, el teatro y la música, constituyéndose en medios para generar alegría y entretenimiento a los exiliados de la patria. Posteriormente se construyeron en Agua de Dios más instituciones educativas para niñas y niños enfermos y sanos, con lo cual se buscó brindarles participación y posibilidad de superación a todos, dando así continuidad a la labor emprendida por los primeros salesianos llegados a aquel lazareto.

No obstante, en los demás lazaretos también se erigieron establecimientos destinados al cuidado y formación académica de los menores enfermos y de quienes no lo eran. Aunque en inicio estos lugares no eran similares en su infraestructura a los construidos en Agua de Dios, su funcionalidad y significación para la población era la misma. En el lazareto de Contratación, las hermanas de María Auxiliadora y los padres salesianos que allí habitaban, bajo limitadas condiciones económicas fundaron en 1905 el asilo María Auxiliadora para niñas enfermas y huérfanas sanas, pero cuando el Gobierno afianzó las políticas rígidas contra los leprosos como medida para prevenir la enfermedad, prohibió el ingreso de niñas sanas al asilo.

Inconveniente que la Comunidad Salesiana solucionó a corto plazo con la ayuda de personas económicamente solventes, logrando conformar en 1911 un asilo para estas menores en Guadalupe, un poblado ubicado al oriente de Contratación. Inicialmente el asilo adquirió el nombre del lugar en donde estaba ubicado, la cual cambió desde 1929 cuando el asilo para enfermas María Auxiliadora fue reconstruido y adecuado para que también cumpliera una función educativa y hospitalaria, denominándose en adelante Santa Catalina. Ello propició que el asilo

de Guadalupe adoptara como nombre “Maria Auxiliadora”, el cual aún conserva a pesar de ser ahora una Escuela Normal²³³.

Así mismo, por iniciativa de la Comunidad Salesiana se fundó en 1906 dentro del lazareto de Contratación el asilo San Evasio para niños enfermos de lepra, el cual cumplió una labor educativa y hospitalaria hasta la primera mitad de siglo XX, luego fue clausurado e instaurado en su lugar una escuela y un oratorio dominical²³⁴. Quizás la disminución de gastos que buscó el Gobierno Nacional efectuar dentro de los lazaretos, imposibilitó su continuo funcionamiento, o quizás el interés del Gobierno por convertir los lazaretos en instituciones médicas generó la restricción hecha al asilo para que continuara prestando servicios médico-hospitalarios, al ser ello una función que deberían cumplir los sanatorios que se constituirían. Como fuese, el asilo San Evasio sólo funcionó hasta 1950, pero en el tiempo que permaneció abierto fue de gran ayuda para la población, no sólo porque allí se atendían a los infantes y adolescentes enfermos, sino también porque se les enseñaba un educación primaria y luego un arte y oficio. Por otro lado, los salesianos y salesianas continuaron trabajando a favor de los enfermos de lepra y sus familias, construyendo un asilo para los niños sanos hijos de leprosos en Guacamayo, poblado cerca a Contratación. El asilo San Bernardo como se le denominó fue inaugurado en 1926 y tenía capacidad para albergar hasta 400 menores.

Si bien, los diversos asilos fueron constituidos como una necesidad atendida por la Comunidad religiosa, posteriormente fueron oficializados y reglamentados por el Gobierno Nacional, el cual contribuyó en gran parte con su financiación a través del pago de una ración o colaboración por cada menor asilado, fueran éstos enfermos o no, y con el pago de las personas que en ellos laboraban, entre ellos los religiosos.

²³³ REYES, Pedro. Contratación 1897-1997.

²³⁴ *Ibíd.*, p. 6.

Independientemente de la finalidad que podía esconder la instauración de los asilos para niñas y niños sanos y enfermos, y de opiniones personales de individuos que se beneficiaron de ellos, se puede concluir que ellos fueron un espacio de participación y superación que la Comunidad Salesiana, abrió para los menores que de una u otra manera padecían los rechazos de la sociedad al no tener la posibilidad de educarse.

Por último, los religiosos y religiosas que habitaron los lazaretos debieron cumplir las funciones propias de su Comunidad, inclinarse por la educación de los residentes de estos lugares, e incluso, prestar un servicio médico-asistencial, para el cual muchas veces no estaban preparados, movidos sólo por el deseo de ayudar al necesitado, y afrontando un reto intenso y difícil. Si bien, la mayoría de las Ordenes religiosas orientaban sus labores a auxiliar a los enfermos, quienes trabajaron en los lazaretos se destacaron por tener que afrontar la destrucción física y moral de quienes padecían la lepra, sumado a la inexistencia de medicamentos para controlarla totalmente, y el temor de contraerla.

Los lugares que cumplían la función de centros hospitalarios contra la lepra estaban en realidad lejos de serlo. A finales del siglo XIX, los lazaretos eran bohíos de paja, en donde residían los enfermos más graves o aquellos que necesitaban cuidados especiales, los cuales eran prestados sólo por otros enfermos, pues como se mencionó anteriormente no existían médicos ni enfermeras que los asistieran. En consecuencia, cuando llegaron los religiosos y religiosas a los lazaretos tuvieron que suplir esas carencias, aliviando no sólo almas sino también cuerpos.

Poco tiempo después de su arribo, las hermanas de María Auxiliadora empezaron a asistir a los enfermos en sus domicilios o en donde éstos se hallaban. Igualmente, buscaron transformar el “hospital” en un lugar higiénicamente mejor,

ya que nada más podían hacer, no poseían los medios económicos ni técnicos, ni los conocimientos para realizar algo diferente. La labor de las religiosas se limitaba a practicarles curación a los enfermos que lo necesitaban y a proporcionarles terapias físicas y espirituales con el ánimo de aliviar sus dolores²³⁵.

Para 1912 ya existía en Contratación un espacio destinado para el cuidado de los enfermos de lepra y otro para el de las enfermas. El primero fue llamado por los salesianos hospital Don Bosco y el segundo hospital María Mazzarello, los cuales estuvieron a cargo de esa Comunidad desde su conformación hasta la eliminación legal de los lazaretos. Incluso, en el tiempo en que el Gobierno Nacional intentó hacer de los lazaretos instituciones médicas, las religiosas salesianas, al igual que las de la Presentación dirigieron los establecimientos hospitalarios y laboraban como enfermeras dentro de ellos, pese a no contar con la preparación requerida para realizar esta ardua función. Independiente de las intenciones que las motivaban, las hermanas siempre estuvieron en los lazaretos ayudando a quienes pudieran necesitarlo, trabajo que paralelamente y desde otros campos de acción cumplieron los religiosos de la misma Orden.

De esta manera, la Comunidad Salesiana fue abriendo espacios de participación, apoyo y superación que antes de su llegada a los lazaretos no tenían los enfermos de lepra. Si bien, internamente la misma Comunidad pudo, puede y podrá engrandecer la labor efectuada por ellos en aquellos lugares, no debe restarse importancia a su trabajo en totalidad, pues en realidad éste fue representativo y contribuyó ampliamente a la superación de los convalecientes y sus familias y al desarrollo material de los lazaretos. El convivir cerca de personas en su mayoría destrozadas físicamente por una enfermedad infecto-contagiosa era algo que atemorizaba a la sociedad, de ahí que se les había desterrado de su lugar de nacimiento o residencia a una lejana patria dentro del territorio colombiano, lo cual

²³⁵ PARRA, Op. cit., p. 20.

no impidió a la Comunidad Salesiana adentrarse en ellos para trabajar por los necesitados.

Sin importar las motivaciones que llevaron inicialmente al padre Miguel Unia a inclinar su labor misional en beneficio de los enfermos, fue significativo el respaldo dado inmediatamente por su Comunidad, haciendo de su intención personal una intención general, una función más de toda la Orden en Colombia, a pesar que existieron personas pertenecientes a ella que no estuvieron de acuerdo. Los religiosos y religiosas fueron llamados a servir en los lazaretos pese a las incomodidades y miedos que ello podía representarles, estuvieron allí y de una u otra manera contribuyeron a disminuir los dolores que ocasionaba la enfermedad a través de la curación de las llagas, úlceras, tumores o lepromas, y de la orientación espiritual que daban a los enfermos para prevenir su fuga, depresión o suicidio.

La Comunidad Salesiana hizo de la religión una opción, una esperanza y un consuelo para que algunos enfermos aceptaran su condición y de nuevo encontraran sentido a sus vidas. La constitución de la Comunidad de las hijas de los Sagrados Corazones de Jesús y María fue la más clara expresión de esto, ella permitió a muchas jóvenes nacidas o residentes en los lazaretos poder cumplir su deseo de entregar su vida y obra a Dios, pretensión antes rechazada, puesto que ninguna Comunidad las aceptaba por ser enfermas o hijas de enfermos. Así mismo, fue importante los espacios de formación y con ellos las oportunidades de superación que los religiosos y religiosas brindaron a los niños, niñas y jóvenes enfermos y a quienes no lo eran para que pudieran aprender un arte u oficio útil que en el futuro les permitiera ocupar su tiempo y subsistir, sobre todo a los que de manera afortunada eran sanos, pues ellos no contarían a perpetuidad con su ayuda y con la del Gobierno.

En definitiva, a las Ordenes religiosas que habitaron los lazaretos, en especial a la Salesiana se les deben atribuir varios avances que allí se dieron, los hospitales, los asilos y demás establecimientos que pudieron instituirse para controlar la lepra o ayudar a quienes la padecían fueron en general producto de su iniciativa, prueba de ello es que estos lugares adquirieron nombres religiosos. El Gobierno Nacional estamento del que dependían los lazaretos, aunque en reiteradas ocasiones mostraba la intencionalidad de construirlos, teniendo en cuenta lo necesario que eran, no había llegado a materializar dicha intención. Sin embargo, luego de su conformación como resultado de la caridad cristiana, éste intervino en ellos contribuyendo con su sostenimiento y en ocasiones destinando el personal profesional que se requería para su buen funcionamiento. Aún así, siempre estos establecimientos hospitalarios, asistenciales y educativos estuvieron organizados y dirigidos por los salesianos.

3.5.2 Los infectados. El trabajar en los lazaretos, conviviendo con los enfermos, ayudándolos a superar sus dificultades podía ser entendido como un gesto agradable de generosidad, de caridad y de amor por el necesitado que a muchos religiosos y religiosas apasionaba, por lo que estuvieron dispuestos a “vivir, trabajar y morir entre los leprosos”²³⁶. Aún así era una actitud que para la época era vista como atrevida, osada y demencial, por la apariencia corporal que adquirirían la mayoría de convalecientes, causando profundas impresiones y temores, por la posibilidad de contraer la enfermedad, y por el rechazo social e institucional que recibían quienes vivían o trabajaban con leprosos al sospecharse que estaban contagiados o que podían contagiar. Actualmente se sabe que la lepra es una enfermedad infectocontagiosa, pero no todas las personas son susceptibles a adquirirla. Sin embargo, antes de 1961 esto era totalmente desconocido lo que incrementaba el temor a contraerla.

²³⁶ SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Op. cit., p. 393.

A pesar de ello hubo personas que entregaron gran parte de sus vidas a compartir y trabajar con y por los enfermos de lepra. Independientemente de que ello hubiese sido el resultado de una decisión o motivación personal o un acatamiento a una orden, era una labor meritoria y de admirar. Funcionarios administrativos, médicos y religiosos de una u otra manera estuvieron allí, exponiendo sus vidas para dar motivos para vivir a sus infortunados semejantes. Aunque estas personas eran conscientes del riesgo que podían correr, guardaban la esperanza de no ser tocados por la lepra, desafortunadamente para algunos esas esperanzas fueron banales porque resultaron también enfermos. Circunstancia imposible de aceptar para muchos funcionarios y médicos, más no para los religiosos y religiosas quienes hicieron de su pena una forma de vida, aunque constantemente se debatieron entre los sentimientos naturales de rabia o desconsuelo y los principios cristianos de resignación, sacrificio y salvación.

La apariencia que adquirirían los leprosos como resultado de las discapacidades y deformidades ocasionadas por la enfermedad llevó a que algunos salesianos los consideraran “esqueletos vivos en putrefacción”²³⁷. Percepciones que si bien contribuyeron a fundar los temores existentes hacia la enfermedad y sus portadores, también impulsaron los deseos de algunos individuos por ayudar a los enfermos, más aún teniendo en cuenta el estado de abandono en que se encontraban y sus amplias y diversas limitaciones. Con todo, el querer ayudar a los leprosos a sobrellevar su enfermedad física y emocionalmente no incluía el hacerlo siendo uno de ellos, posibilidad que atemorizaba a todos, incluidos aquellos que pertenecían a alguna Orden religiosa, para quienes la cantidad de sufrimiento terrenal era paralela a las recompensas en el cielo, por lo que se podría pensar que la lepra sería una forma de ganar indulgencias. Creencias que en definitiva existieron y en el fondo consolaban a los que la sufrieron, pero hay que considerar que los religiosos y religiosas como cualquier ser humano temieron

²³⁷ REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. cit., p. 68.

contraer la lepra y cuando esto ocurrió sus primeras reacciones fueron de rechazo y resistencia.

No era agradable para los representantes de Dios, de la Iglesia y del Estado percibir como la lepra desfiguraba sus cuerpos lentamente, ni padecer el rechazo de la población sana que vivía dentro de los lazaretos, quienes temían acceder a sus servicios. Así mismo, eran rechazados por los demás miembros de su Comunidad, quienes sometidos a los prejuicios sociales y a los temores naturales de contraer la enfermedad, adoptando ciertas normas de higiene los relegaban y apartaban. En adelante, los sacerdotes leprosos no se les permitía celebrar la eucaristía en el altar principal del templo sino en uno lateral, no podían ni repartir la comunión y sus ornamentos, loza, utensilios y demás elementos que pudieran necesitar eran exclusivamente de ellos, ya que nadie que fuera exento de lepra podía hacer uso de los mismos. De igual forma debían vivir y comer en lugares distintos a los usados para congregarse la Comunidad, y sus trabajos debían dedicarse únicamente a las personas que estuvieran en igual condición, es decir, que estuvieran enfermos²³⁸.

Otro inconveniente que tuvieron que sufrir los funcionarios religiosos que estaban enfermos fue la poca aceptación y atención que recibieron por parte de las autoridades civiles, militares, policivas y médicas, quienes ignoraban su autoridad o no tomaban en cuenta sus opiniones, así estos tuvieran cargos administrativos dentro de la institución de aislamiento²³⁹. Similares restricciones debieron vivir las religiosas que enfermaron de lepra, quienes a los dolores físicos de la enfermedad también debieron añadir los sufrimientos ocasionados por las incomprensiones y temores de la sociedad.

²³⁸ SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Op. cit., p. 311-312.

²³⁹ RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 116.

Bajo estas circunstancias el padecer de lepra era un hecho que a cualquier individuo causaba pavor y desconsuelo. No obstante, aquellas personas que pertenecían a alguna Comunidad religiosa para quienes Dios era el centro de sus vidas y su ideal para alcanzar la resurrección, fueron más propensas a aceptar estos sufrimientos, pero no a superar los traumas completamente, pues como lo manifestó Sor Angélica Ravasso, salesiana enferma residente en Contratación “constantemente la naturaleza se revela con toda su fuerza”²⁴⁰, de allí que esos momentos debían ser controlados con la oración, con la confianza y el poder de Dios. De lo contrario, se incurriría en una gran falta, puesto que el no aceptar su voluntad se ofendería, repercutiendo ello en la cohibición de las bienaventuranzas que se entregaban en el cielo a aquellos que en la tierra le obedecían.

La lepra fue vista por los salesianos desde su formación teológica como una prueba de Dios, una forma de ofrecerse en sacrificio por la salvación propia y la de los demás, o como un llamamiento divino para seguir los pasos de Cristo y ser semejantes a él. Posibilidades que consolaban a los enfermos y en definitiva les permitían aceptar su condición, pues las esperanzas puestas en lo extraterrenal aliviaban las cargas y sufrimientos físicos. De allí que se expresaran plegarias como: “Señor, aquí corte y hiera, con tal de que en la otra vida me conceda la gracia de la eternidad feliz en el cielo”²⁴¹.

Luego de la amarga noticia de saberse enfermo y de los sentimientos naturales de resistencia que ella traía, el temor a Dios y las esperanzas puestas en él, llevaban a las religiosas y religiosos enfermos de lepra a ofrecerse como víctimas expiatorias. Es decir, los enfermos asumían el papel de corderos sacrificados y decidían entregarse con vida al creador para que éste perdonara las ofensas propias y de la humanidad entera²⁴². Otros y otras asimilaban el peso de la lepra con la cruz que Jesús cargo hasta el calvario, en donde murió por el mundo, por lo

²⁴⁰ REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. cit., p. 191.

²⁴¹ SALESMAN, Eliécer. El amigo de los leprosos. Op. cit., 390.

²⁴² REYES, Pedro. Amor sin fronteras. Op. Cit., p. 197.

que se creían elegidos por Dios para compartir la carga de la pesada cruz y al igual que Jesús morir en sacrificio por la salvación de todos²⁴³.

En definitiva, el padecer de lepra fue asumido por los salesianos como una forma de entregarse por los demás, agradeciendo y pagando a Dios su entrega por toda la humanidad y de paso ganarse el anhelado cielo. Creencias que los ministros católicos adoptaron y predicaron al resto de la comunidad civil enferma, para que no concibieran la enfermedad como un castigo o el fin de sus vidas sino como el comienzo de una vida eterna y gozosa.

²⁴³ RODRÍGUEZ, Op. Cit., p. 133-136.

4. EL LAZARETO DE CONTRATACIÓN Y SUS PROSCRITOS

Una vez identificadas las políticas estatales frente a la lepra, el leproso y el lazareto, y de intentar establecer hasta qué punto se materializaron mediante el estudio del funcionamiento interno del lazareto de Contratación desde 1931 hasta 1961, buscando así realizar una investigación integral, se ha considerado necesario hacer un acercamiento a los enfermos que habitaron ese lazareto para lograr identificar quiénes eran y las percepciones que ellos tuvieron de la lepra, del lazareto, como de las políticas que regularon su permanencia en esa institución.

Sin embargo, al ser escasa la información que se obtuvo para llevar a cabo plenamente ese objetivo, vale la pena aclarar que su desarrollo puede tener limitaciones, aunque éste es el comienzo de una temática que no ha sido estudiada y que permite conocer la otra parte de la historia, la de los “afectados”. Historia que merece ser abordada plenamente en trabajos posteriores por la autora o por aquellas personas que se interesen por el estudio de los enfermos de lepra, pues más allá de estudiar el lazareto desde la parte institucional, los individuos que soportaron por décadas el estigma, el rechazo de la población civil, y la severidad de las políticas estatales enfocadas a contener la lepra a través de métodos represivos, deberían ser tenidos en cuenta para reconstruir una historia con mayor complejidad.

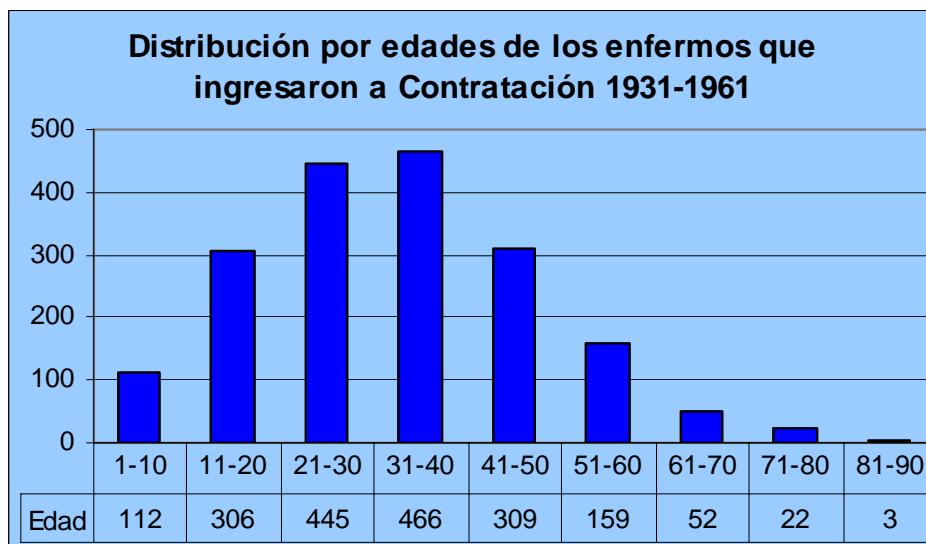
4.1 ¿QUIÉNES ERAN LOS ENFERMOS DE LEPRA QUE HABITARON EL LAZARETO DE CONTRATACIÓN (1931-1961)?

Para poder dar respuesta a ese interrogante se utilizó la información que contenían las 1874 historias clínicas encontradas en la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Contratación, las cuales permitieron identificar el lugar de procedencia de los leprosos que llegaron al lazareto de Contratación durante ese interregno y el estamento que lo remitió. Con base en esa información se logró establecer que

el 66.8% de los enfermos eran hombres y que el 33.2% eran mujeres, de los cuales el 87.4% eran individuos menores de 50 años y el 12.6% de 90. La prevaecía de la lepra entre individuos menores de 50 años pudo obedecer a que esa enfermedad afectaba a personas de determinada edad más que a otras, pero también pudo ser el reflejo de la negativa de las personas que alcanzaban la adultez y cierta estabilidad económica y social para sobrellevar su exilio en los lazaretos, optando quizás por llevarlo a domicilio, con lo cual no tenían que cortar drásticamente con los lazos establecidos antes de ser diagnosticados como leprosos.

Así mismo, ese aspecto se reflejó en la tendencia a proscribirse en los lazaretos de las personas que no tenían una relación afectiva instaurada, pues el 51.4% eran solteros, el 8.2% viudos y sólo el 40.4% eran casados, aunque ese porcentaje en definitivo era alto y a pesar que dentro de los lazareto a los enfermos se les permitió residir con algunos familiares, para las personas que ya habían constituido un hogar era más difícil desprenderse de él para retirarse a un lugar del que podían nunca regresar y en el que todo era incierto.

GRÁFICO 14.



Fuente: Historias clínicas. Lazareto de Contratación. 1931-1961.

Como fuese, la lepra era una enfermedad que si bien estuvo asociada con la pobreza, insalubridad e incivilidad, por lo cual se creyó que sólo afectaba a personas de condición económica baja, ella no tuvo distinción económica, social y cultural, aunque no afectó a todos por igual, pues las personas más pobres vivían en medios que permitían la propagación de la enfermedad de manera vertiginosa. La lepra afectó a todas las clases y condiciones sociales, todos debieron padecer el estigma social, los dolores, las deformaciones y las discapacidades que ella ocasionaba cuando por falta de tratamientos no podía ser controlada temprana y totalmente.

Fue así, como el 79.3% de los enfermos eran mestizos, el 18.1% blancos, el 1.7% negros y el 0.9% indígenas. El alto porcentaje de enfermos de raza mestiza no indica que ellos fueron más propensos a contraer la lepra, sólo que en un país en donde predominaba esa raza era evidente que la mayoría de leprosos pertenecían a ella. Así mismo, el pequeño número de personas de raza negra dentro del lazareto de Contratación fue producto de la inclinación de los enfermos de lepra que vivían en las zonas costeras a aislarse en el cálido y marítimo lazareto de Caño de Loro, y cuando éste fue abolido sus residentes fueron trasladados casi en su totalidad a la también cálida Agua de Dios.

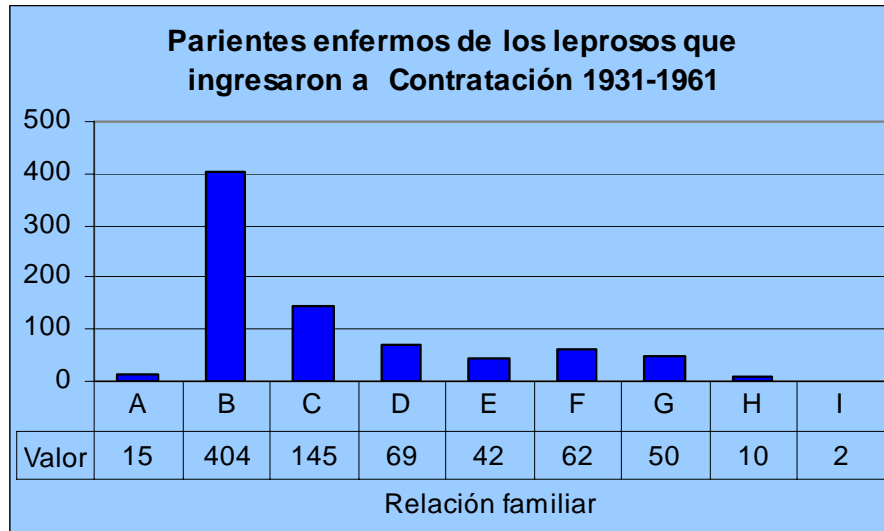
Observando la condición socio-económica de los enfermos dados de alta en Contratación, se entrevió una gran inclinación a ser de condición inferior, puesto que el 92.5% fueron registrados como pobres, el 6.8% como individuos de clase media y sólo el 0.7% eran de clase alta o superior.

Aunque el nivel educativo de los individuos directa y ampliamente no influía en el contagio de la lepra, se pudo establecer que el 51.6% eran analfabetas, el 41.2% habían adelantado estudios primarios, el 6.7% estudios medios y el 0.5% estudios superiores. Por consiguiente, el 82% de los enfermos eran personas que antes de ser asilados laboraban como agricultores, albañiles, obreros, jornaleros,

artesanos y oficios varios, entre otros. El 1.3% eran abogados, médicos, farmacéutas, dentistas, enfermeros, artistas y religiosos; el 0.2% eran policías o militares y el 16.5% no ejercían ninguna profesión, arte u oficio porque aún eran muy pequeños, se encontraban presos, mendigaban en las calles o simplemente porque no deseaban o no necesitaban trabajar para subsistir.

Cuando un individuo era diagnosticado como leproso, de manera inmediata sus familiares o las personas con la que habitaba eran examinados para establecer si también se encontraban contagiados. De igual forma cuando los enfermos ingresaban a los lazaretos y eran dados de alta se registraba si algún pariente cercano poseía la enfermedad, pudiéndose establecer con base en esos registros que únicamente el 42.6% de los leprosos tenían familiares enfermos, de los cuales el 70.5% correspondían a abuelos, hermanos y progenitores, el 8.6% al cónyuge, el 5.3% a los hijos y el 15.5% a otros miembros de la familia como tíos, sobrinos, primos o cuñados. De esta manera, se pudo corroborar que aunque la lepra era una enfermedad contagiosa no todas las personas eran propensas a adquirirla, desmitificándose a su vez el carácter hereditario de su transmisión, puesto que fue mayor el número de enfermos que no tenían parientes leprosos y quienes los poseían no todos compartían con ellos una relación de primer grado de consanguinidad.

GRÁFICO 15.



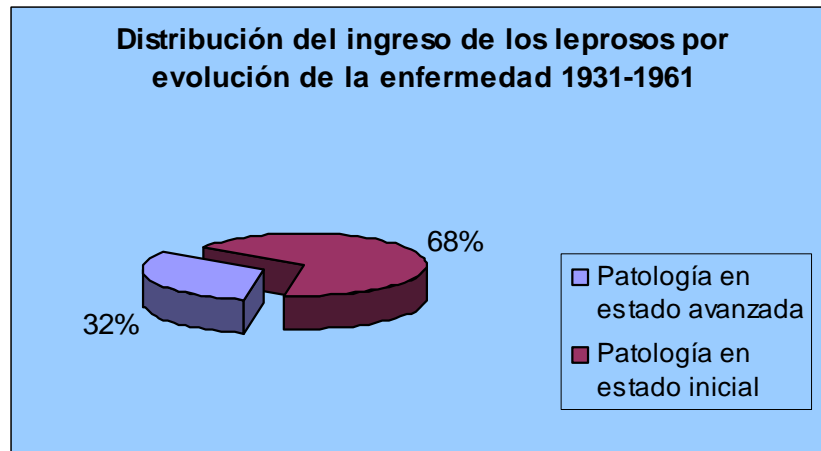
A. ABUELOS. B. PROGENITORES. C. HERMANOS. D. CÓNYUGE.
 E. HIJOS. F. TÍOS. G. PRIMOS. H. SOBRINOS. I. CUÑADOS.
 Fuente: Historias clínicas. Lazareto de Contratación. 1931-1961.

Uno de los inconvenientes que había existido antes de la reorientación de la campaña antileprosa iniciada en la tercera década del siglo XX, cuando se facilitaron los medios médicos y científicos para el descubrimiento temprano de la enfermedad, y se impulsaron campañas sanitarias para enseñarle a la población la importancia de colocarse bajo observación al existir la sospecha de estar enfermo de lepra, fue la dificultad de diagnosticar la enfermedad en sus primeras etapas. Ese obstáculo y el temor a las políticas represivas generaron que los enfermos prefirieran esconderse antes que ser aislados y permitían el avance progresivo de la enfermedad, llegando a causar daños irreversibles e irreparables como discapacidades y deformidades. En consecuencia, cuando los enfermos llegaban a los lazaretos porque habían sido remitidos por alguna entidad pública o porque los rechazos y señalamientos de la sociedad los había obligado a ello, lo hacían cuando la enfermedad ya los había devastado.

Sin embargo, desde la reorientación de la campaña antileprosa en 1931, el número de enfermos que arribaban al lazareto de Contratación cuando la lepra a

penas empezaba a manifestarse fue superior a los que lo hicieron cuando el avance de la enfermedad en sus cuerpos era ampliamente notorio.

GRÁFICO 16.



Fuente: Historias clínicas. Lazareto de Contratación. 1931-1961.

A pesar de la poca efectividad que habían demostrado los tratamientos antileprosos antes de la aparición de las sulfonas y de los inconvenientes que ellos generaron en algunos enfermos, los pacientes que fueron proscriptos en los lazaretos antes de sufrir las consecuencias de la lepra tenían mayor posibilidad de evitarlas y adquirir una considerable mejoría que les permitiera más adelante ser decretados como curados sociales.

En conclusión, se pudo establecer que si bien la lepra tendió a afectar en mayor proporción a los individuos pobres; mestizos; analfabetos; agricultores; jornaleros o dedicados a oficios varios, quienes vivían en condiciones de pobreza, hacinamiento e insalubridad, que facilitaban su propagación, la lepra también afectó a personas de mejor nivel socio-económico, color, ocupación y nivel de educación.

4.2 LA LEPRA Y LO QUE SIGNIFICABA POSEERLA

Desde los primeros registros bíblicos que existen sobre la lepra, ella fue asimilada con el pecado y su posesión era un castigo de Dios, el cual en la tierra se complementaba con el rechazo y los señalamientos de la población exenta. Sin embargo, países con un mayor grado de desarrollo fueron minimizando los índices de esa enfermedad, como resultado de la aplicación de políticas sanitarias y asistencialistas desde el siglo XIX.

Por el contrario, países con un mínimo nivel de desarrollo como Colombia, en donde las permanencias coloniales aún estaban presentes demostraron su imposibilidad de detener esa enfermedad, aunque los procesos de modernización que en estos países se adelantaron desde comienzos del siglo XX generaron que la lepra dejara de ser relacionada con creencias cristianas y pasara a ser asimilada con la pobreza, insalubridad e incivildad. Ello conllevó a que la preocupación de las autoridades gubernamentales y sanitarias fuera la lepra, pero problemas fiscales, de capacidad científica y técnica, entre otros, obstaculizaron el control temprano y vertiginoso que se requería, consolidándose el aislamiento obligatorio y los medios represivos como el único mecanismo para detener su contagio o por los menos para mantener alejados y controlados a sus portadores. Los leprosos se constituyeron en individuos que por la incapacidad médica de detener el avance progresivo de la enfermedad sufrían amplias y complejas discapacidades y deformaciones corporales, adquiriendo en ocasiones apariencias monstruosas.

Aunque la lepra afectó a individuos de diversa condición socio-económica, racial y cultural, evidentemente tuvo una inclinación hacia las personas de capas sociales inferiores, factor que justificaba su asimilación con la pobreza e incivildad, reafirmandose la creencia popular que sólo esas personas eran propensas a contraerla, con lo cual se aumentaba el estigma hacia la enfermedad, el temor y el

rechazo hacia los leprosos. En consecuencia, padecer de lepra hasta gran parte del siglo XX era un infortunio, el más cruel y temible de los flagelos, poseerla significaba cargar una cadena de penalidades, llevar una vida adolorida²⁴⁴. Pero eso no sólo era producto de los padecimientos físicos, los señalamientos y humillaciones de la sociedad, sino también porque ser leproso era estar muerto para el mundo, lo que obligaba a dejar todo y a empezar de nuevo en el exilio. La lepra “desgarraba el cuerpo y despedazaba el corazón de los enfermos”²⁴⁵.

Junto con la aparición de la enfermedad afloraban los sentimientos de tristeza y melancolía por la separación, la frustración de los sueños y el desmoronamiento del futuro planeado, por lo que la no aceptación a la nueva condición era evidente, sin embargo, el acatamiento a las disposiciones oficiales que obligaban a asilarse no podían aplazarse ni mucho menos evadirse. Por más difícil, doloroso e incomprensible que fuera la partida ella debía efectuarse. La posibilidad de ser acompañado por algunos familiares aliviaba en parte este sufrimiento, pero para quienes debieron hacerlo solos esto incrementaba los padecimientos, de allí que algunos manifestaron... “con los míos al más horroroso desierto hubiera ido gustosa; sola, todos los primores de la naturaleza y todos los halagos de la sociedad más digna y culta, eran un tormento”²⁴⁶.

Luis Guillermo Cano en su trabajo sociológico titulado “Agua de Dios un sistema social aislado”, planteó que al principio el hallarse enfermo y el verse obligado a proscribirse frustraba la visión que de sí mismo se tenía de igualdad con los demás, de capacidad para desempeñar las funciones que se realizaban cuando no se estaba enfermo. La condición de cortar con su auto-realización tocaba el fenómeno existencial del leproso, angustiando su visión de la vida y de la relación con el ambiente, de ahí los juicios de resistencia al concepto de no pertenecer a la

²⁴⁴ RUIZ, Op. cit., p. 116-117,140.

²⁴⁵ RESTREPO, Daniel. Memorias de una leprosa. EN: Enciclopedia Popular Católica (FAS). Edición 17. Serie A-9. Nº 32. Bogotá: Imprenta de Jesús, 1935. p. 5.

²⁴⁶ *Ibíd.*, p. 12.

sociedad de la cual había hecho parte. Aunado esto al rechazo del que era objeto y a la degeneración del cuerpo creaban en el enfermo un complejo problema psicológico difícil de superar, que obstruía la adaptación a la nueva vida. No obstante, al final la resignación se generaba²⁴⁷.

4.3 EL LEPROSO FRENTE A SU TRANSFORMACIÓN CORPORAL

Si bien, el rechazo, el juzgamiento social y el dejar a las personas con las que se había compartido y el medio en que se había estado inmerso, eran aspectos que causaban profundo dolor a los enfermos de lepra, incluso problemas psicológicos, muchos de ellos con el tiempo lograban superarse, pasando a ser esas experiencias sólo recuerdos dolorosos de un pasado que debían dejar atrás.

No obstante, las secuelas físicas eran motivos constantes y casi infinitos de sufrimiento. El avance progresivo e incontrolable de la enfermedad causaba entre los enfermos desconsuelo y ansiedad por acabar con ellos. Con la desintegración del cuerpo también el mundo se desintegraba porque éste era el puente entre el individuo y su exterior; es así, como el no poder caminar o ver bien, no tener cara ni manos perfectas hacían que el mundo cambiara, por lo que estar en él era un sufrimiento existencial tal vez más doloroso que un dolor físico, ya que al final la lepra terminaba por anestesiar los sentidos²⁴⁸.

Poder verse reflejado en un espejo y observar como el cuerpo diariamente se despedazaba, como el rostro adquiriría una apariencia monstruosa que acababa rápidamente la juventud y la belleza, era el más cruel de los sufrimientos²⁴⁹. Y a pesar que en los lazaretos se convivía con personas que compartían la misma desdicha, al ser la mayoría de enfermos devastados corporalmente por la lepra,

²⁴⁷ CANO, Op. cit., p. 80.

²⁴⁸ *Ibíd.*, p. 81.

²⁴⁹ RESTREPO, Daniel. Op. cit., p. 15.

ésta era un pena que no lograba superarse, por el contrario, acababa todo optimismo y el sentido de la existencia.

4.4 LA PERCEPCIÓN DEL LEPROSO SOBRE EL AISLAMIENTO Y EL LAZARETO

La falta de tratamientos médicos y de políticas sanitarias acordes a la realidad del país y a las condiciones de los enfermos situaban al aislamiento forzado como el único medio “útil” para detener la propagación de la lepra. Medida que se consolidó por la constante petición de la población exenta a ella a tener alejados a los enfermos por el temor a contagiarse y por la impresión desagradable que causaba el ver la apariencia corporal que los enfermos adquirían. Fue así, como el distanciamiento de los leprosos se convirtió en una necesidad sanitaria para garantizar la higiene y salud pública a la población colombiana.

De esta manera, el aislamiento se presentó como un mecanismo mediante el cual los enfermos de lepra se beneficiaban de las garantías y elementos que dentro de los lazaretos se les propiciaban, así como evitaban perjudicar a la sociedad. Aún así, no se puede establecer que los enfermos hubiesen aceptado el aislamiento por la convicción y el deseo de no causar daño a los demás individuos, ya que eran estos mismos quienes los rechazaban y con ciertas actitudes los violentaban.

La proscripción de los enfermos de lepra se produjo más por el acatamiento a la reglamentación que lo ordenaba, pues como se demostró en el capítulo tres, el 83.7% de los enfermos que habitaron en contratación entre 1931 y 1961 fueron asilados allí por solicitud de un organismo público, y tan sólo el 16.3% restante lo hizo de manera voluntaria, viéndose esas personas inclinadas a aislarse por las expectativas de obtener curación y atención hospitalaria, como por el deseo de alejarse del estigma social. Fue así que enfermos como el señor Álvaro Ruiz Arenas, quien llegó al lazareto de Contratación de manera voluntaria en 1938,

percibieron al aislamiento suyo y el de sus compañeros de infortunio como un “malentendido bien común, un farisaico humanitarismo”²⁵⁰.

No era fácil para los enfermos de lepra comprender que con su distanciamiento, la desdicha y la preocupación que causaba la partida y el ostracismo del que quizás era imposible regresar, se causaría un bien común. En consecuencia, no era primordialmente por el bien del otro que se aceptaba el aislamiento, aún así, la resignación a la condición de leproso y a todo lo que esto implicaba terminaban por aceptarse, modificándose las percepciones adversas que inicialmente se tenían.

A su llegada, el lazareto era para los dolientes un centro de tortura y cautiverio, ingresar a él requería empezar de nuevo en medio de los recuerdos de la vida dejada atrás y de las adversidades que surgían. Uno de los momentos más dolorosos para los enfermos era la hora de partir y el arribo al lazareto, era precisamente en ese instante cuando el leproso comprendía “la doliente magnitud de su destierro, por lo cual miraba la tierra dejada atrás y se despedía del mundo como si entrara en la agonía final”. De ahí, los adioses escritos en los caminos que comunicaban al lazareto de Contratación: “adiós mundo cruel, paisanos perversos”, “voy para Contrata inmensamente triste, sin poder volver, sin regreso”, “la pena moral me mata, voy enfermo”, “voy para Contratación sumido en el dolor, me ha tocado dejar la familia abandonada”²⁵¹.

Para aquellos enfermos que no iban acompañados de sus familiares, ni tenían parientes o conocidos residiendo dentro del lazareto, era más dolorosa e incierta su permanencia allí. Sin embargo, todos los enfermos de lepra guardaban la ilusión de que el exámen médico que se les practicaba a su ingreso desmintiera la posesión de la enfermedad, con lo cual se les permitiría regresar a sus hogares

²⁵⁰ Entrevista realizada al señor Álvaro Ruiz Arenas, enfermo de lepra residente en el lazareto de Contratación desde 1938. Abril 10/2004. Contratación – Santander.

²⁵¹ RUIZ, Op. cit., p. 45.

junto con un certificado de sanidad que demostraba a la sociedad que no eran personas peligrosas para la salud pública. Cuando ocurría lo contrario y el exámen confirmaba la enfermedad, decretándose la alta, ello significaba para el enfermo “cargar el San Benito de la desgracia para siempre y renunciar a la esperanza”²⁵², pues las posibilidades de salir sin que la lepra hubiese generado daños físicos y morales eran escasas.

No obstante, con el pasar de los años los enfermos terminaban adaptándose y el lazareto pasaba de ser una prisión a ser un palacio del que muchas veces ya no deseaban salir²⁵³. Los enfermos de lepra al evaluar la situación de rechazo, señalamientos y cohibiciones del que eran víctimas fuera de los lazaretos, optaban por considerar su aislamiento como beneficioso, ya que allí lograban alcanzar un bienestar emocional y material, así como formar parte de una comunidad y sentirse parte de la sociedad, es decir, era normal que el enfermo entre dos males escogiera el menor, por eso al darse cuenta que su relación con la sociedad no era gratificante se inclinaba por aceptar el lazareto, en donde su situación variaba al tener en dónde habitar, comer y permanecer sin ser perseguido, un lugar donde las relaciones sociales eran casi normales y donde existía la posibilidad de un mantenimiento gracias a la ración. Dentro del lazareto los enfermos podían compartir además con seres iguales identificados por la lepra y el rechazo, lo que significaba un alivio comunitario y una renovación de la interacción con las personas. Por consiguiente, el individuo enfermo terminaba aceptando su aislamiento por estar integrados sus intereses con los valores que se creaban alrededor de la lepra²⁵⁴.

De esta manera, la percepción inicial que los enfermos de lepra tenían del aislamiento forzado y del lazareto culminaba modificándose, adquiriendo una percepción más positiva de ellos, y aunque para algunos dolientes era más difícil

²⁵² *Ibíd.*, p. 52.

²⁵³ RESTREPO, Daniel. *Op. cit.*, p. 13.

²⁵⁴ CANO, *Op. cit.*, p. 80-83, 93.

aceptar o resignarse a su enfermedad y ostracismo, estar inmersos en el lazareto representaba estar alejados del rechazo social marcado por la persecución y la violencia. A pesar que dentro de los lazaretos existían diversas y amplias limitaciones materiales y asistenciales, así como la aplicación de políticas represivas, personas como Álvaro Ruiz Arenas, Rita Delia Cuellar y María Otilia Chaparro²⁵⁵, entre otros enfermos de lepra residentes de Contratación, luego de ser abolidos los lazaretos colombianos y de recobrar la libertad no abandonaron éste lugar, el mismo al que muchos años atrás no deseaban ingresar.

4.5 EL LEPROSO Y SU PERCEPCIÓN DEL GOBIERNO NACIONAL

Desde la aparición de la lepra en el período colonial las personas que la padecían se convirtieron en un problema de salud pública para el Gobierno y la población en general. Factor que conllevó a la constitución de métodos para contener la propagación de la lepra basados en la represión, segregación y proscripción de los enfermos por considerarlos personas peligrosas para vivir en sociedad, lo cual generó que los leprosos tuvieran en su mayoría concepciones negativas de las diversas administraciones gubernamentales y de sus disposiciones.

Y a pesar que las políticas estatales estuvieron enfocadas en detener la lepra mediante la coerción de quienes la padecían, ellas fueron producto de la necesidad de evitar un mayor problema y no para perjudicar a los enfermos. Aún así, los leprosos se sintieron tratados como “seres insignificantes no como humanos caídos en la desgracia”, considerando que mientras ellos “anhelaban el progreso y el surgimiento social, el Gobierno perjudicaba y destruía el optimismo emprendedor a través de disposiciones absurdas, inhumanas y represivas, deseando el exterminio de los que sufrían”²⁵⁶.

²⁵⁵ Entrevistas realizadas a los enfermos de lepra Álvaro Ruiz Arenas, Rita Delia Cuellar y María Otilia Chaparro. Abril 10,17 y 18 de 2004. Contratación – Santander.

²⁵⁶ RUIZ, Op. cit., p. 14.

Consideraciones que se agravaban cuando la difícil situación económica del país afectaba ampliamente los lazaretos, provocando retardos en el pago de las raciones, en la disminución de las mismas, o en el deficiente servicio médico-hospitalario que se les prestaba. En esos momentos, los enfermos sentían que el Gobierno los tenía sumidos en un estado de “descuido despiadado”, y que sus disposiciones iban enfocadas a “torturarlos sin misericordia”, así como cuando ellas iban orientadas a auxiliarlos lo hacían de un modo poco agradable²⁵⁷.

El Gobierno Nacional fue para los enfermos su verdugo, aquel que sobrepuso sus intereses particulares sobre el bienestar de los que sufrían por la lepra, un victimario que buscó controlar la enfermedad mediante el sufrimiento y el distanciamiento poco efectivo de los enfermos. En consecuencia, las críticas al Estado, a sus funcionarios nacionales e interinstitucionales y a sus disposiciones fueron constantes por parte de los enfermos de lepra. Sin embargo, los leprosos en definitiva tuvieron una actitud pasiva de acatamiento, pues su inconformidad nunca culminó en manifestaciones de mayor relevancia.

4.6 EL LEPROSO ANTE LA CAMPAÑA ANTILEPROSA Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS OFICIALES.

Uno de los factores que impulsaban a los enfermos a aceptar su aislamiento dentro de los lazaretos era someterse a tratamientos para lograr obtener curación. Desde la reorientación de la campaña antileprosa en la tercera década del siglo XX, el suministro de medicamentos a los enfermos se constituyó en uno de los principales objetivos. Sin embargo, la dificultad de la comunidad médica nacional e internacional para hallar un tratamiento o terapéutica efectiva que pudiera contener la lepra situaron desde el siglo XIX a medicamentos naturales como el asiático aceite del Chaulmugra en el tratamiento oficial suministrado por vía oral o subcutánea a los enfermos de lepra en Colombia.

²⁵⁷ *Ibíd.*, p. 76.

Pero la dificultad para obtenerlo en dosis masivas, las reacciones negativas y su limitada efectividad provocó que los enfermos se resistieran a su suministro. Porque cuando no curaba se creía que servían sólo para acelerar su avance, con lo cual enfermos como Rita Delia Cuellar se negaron a su aplicación²⁵⁸. Y aunque se reconocía la intención de la reestructurada campaña antileprosa por proporcionar medicamentos para lograr la curación de los leprosos, por buscar convertir los hospitales en sanatorios y los lazaretos en instituciones médicas , aún así, las nauseas, el vomito, la anemia, los intensos dolores que los medicamentos generaban en algunos pacientes y en general la falta de mejoría, conllevaron a algunos leprosos a optar por dejar que la enfermedad siguiera libremente su curso o a buscar soluciones alternas a las que ofrecían las autoridades gubernamentales y médicas. Ejemplo de ello era dejarse picar por serpientes con “poderes curativos”, tomar brebajes populares o consumir medicamentos naturales suministrados por charlatanes que se aprovechaban de la necesidad de los enfermos²⁵⁹.

Esa prácticas, sumado a La falta de medicamentos realmente efectivos que permitieran la recuperación vertiginosa de un gran número de leprosos ocasionó que los enfermos consideraran durante los años cuarenta que la campaña antileprosa había fracasado²⁶⁰. No obstante, años más tarde con la aparición de las sulfonas el enfermo de lepra recobró la esperanza de curarse, ya que los índices de adquirir mejoría con su aplicación eran mayores de los que existían con otros medicamentos²⁶¹. De tal modo, las sulfonas generaron en los enfermos de lepra una actitud más positiva que los medicamentos oficiales y la campaña que los impulsaba. Contribuyendo esa alternativa alopática de obtener curación y el poder lograrlo en un corto plazo a que los enfermos aceptaran su aislamiento en la

²⁵⁸ Entrevista realizada a la enferma de lepra Rita Delia Cuellar...

²⁵⁹ Entrevista realizada al enfermo de lepra Álvaro Ruiz Arenas...

²⁶⁰ RUIZ, Op. cit., p. 15.

²⁶¹ *Ibíd.*, p. 46.

institución en la que estaban inmersos porque su sufrimiento al fin sería recompensado.

4.7 EL LEPROSO ANTE LA POSIBILIDAD DE SER DECRETADO CURADO SOCIAL

El distanciamiento de sus hogares era uno de los eventos más dolorosos que generaba la condición de leproso, por ello su mayor anhelo era poder estar nuevamente junto a sus familias al reincorporarse a la sociedad. De allí, que el Gobierno esperaba que los enfermos se acogieran con beneplácito a disposiciones sancionadas en 1932, mediante las cuales se les permitía la salida definitiva de los lazaretos a aquellos enfermos que fueran médicamente decretados como personas portadoras del bacilo sin ser peligrosas para vivir en sociedad o curados sociales.

No obstante, y contrario a lo que se esperó, algunos enfermos de lepra tuvieron una concepción negativa de la posibilidad de ser retirados de los lazaretos, planteando que “por culpa de médicos ahorradores y avaros del subsidio centenares de enfermos dados de baja perdieron la ayuda económica suministrada”. Teniendo en cuenta esa afirmación se deduce que existía una clara dependencia económica de los leprosos del Gobierno Nacional, pues una vez se instalaban y adaptaban al lazareto ya no deseaban abandonarlo al perder la ayuda que se les otorgaba. Aún así, la principal oposición por parte de algunos leprosos a ser decretados curados sociales radicaba en la deplorable condición física en que se les obligaba a abandonar el lazareto, ya que si éste se hubiera producido antes del avance progresivo de la lepra y de sus consecuencias irreparables quizás hubiera sido gratificante y representativo para los leprosos volver a formar parte de la sociedad, pero cuando éste se producía una vez la enfermedad había dejado complejas secuelas físicas, adquiriendo apariencias monstruosas que asustaban a la población o sufriendo discapacidades que les

limitaban laborar o tener una incorporación completa y normal a la sociedad, no era agradable para los enfermos ser decretados curados sociales y obligados a abandonar el lazareto, perdiendo con ello la ración, la cual era la única fuente de ingresos para la mayoría de los leprosos.

Ser decretado como curado social implicaba además abandonar el lazareto junto con un carnet de sanidad, que debía presentarse para recibir asistencia médica y adelantar cualquier trámite o solicitud. Por consiguiente este documento tenía la “insigne virtud de cerrarle todas las puertas al curado, él era la delación a gritos de la enfermedad”²⁶². Aunque los curados sociales eran considerados médicamente como personas no peligrosas para la salud pública, para la población exenta de la enfermedad continuaba siendo seres temidos, con quienes prefería no tener contacto estrecho, razón por la cual se dificultó mucho más la plena incorporación de los leprosos a la sociedad.

Ese rechazo social llegó a ser tan evidente, que muchos enfermos debieron mendigar para poder conseguir su sustento al no lograr encontrar trabajo por las discapacidades que padecían o por el rechazo de la población al saber que habían tenido relación con la lepra. Factor que conllevó a que la política de liberación de los curados sociales no fuera acogida con agrado por todos los enfermos, ya que preferían estar asilados y viviendo dentro de los lazaretos con una ración que les aseguraba su supervivencia, más no fuera de los mismos, en donde las condiciones para su normal desarrollo eran obstruidas.

De esta manera, una vez los enfermos se adaptaban a los lazaretos, salir de ellos significaba volver a vivir los sentimientos de sufrimiento e incertidumbre que se tuvieron cuando debieron proibirse. Y a pesar que los enfermos añoraban curarse y volver a llevar la vida que tenían antes de ser diagnosticados leprosos, cuando se les daba esa oportunidad muchos de ellos se rehusaban a

²⁶² *Ibíd.*, p. 16.

aprovecharla, ya que el temor a la reacción de la sociedad los reprimía, en especial, cuando la enfermedad había dejado secuelas irreparables y ampliamente notorias.

4.8 EL LEPROSO Y SU PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS MÉDICOS

La falta de tratamientos médicos efectivos para curar la lepra que por muchas décadas existió, la insuficiencia de personal médico, la forma poco humanitaria en que estos prestaban sus servicios, y las consultas médicas efectuadas en ocasiones a través de una ventana, sin que existiera un contacto directo con los enfermos, generó entre ellos concepciones negativas acerca de algunos funcionarios médicos. A lo cual se sumó la falta de legitimidad e identidad por parte de estos funcionarios, quienes en su mayoría fueron incapaces de tener intereses comunes con los pacientes²⁶³.

Al lazareto de Contratación llegaron médicos que fueron catalogados como “vulgares haraganes, zánganos del presupuesto, funcionarios que devengaron y vegetaron, individuos exentos de escrúpulos éticos que abusaron de la posición oficial siendo corruptos y violadores de las normas sociales”²⁶⁴. Pero de igual modo, los enfermos reconocieron que existieron médicos que en realidad fueron servidores de sus pacientes al dedicarse a ellos con “humanitarismo y exacto sentido de la responsabilidad profesional”, así como contribuyeron a disminuir los padecimientos físicos de los que sufrían por la lepra, y al desarrollo material de los lazaretos, impulsando la dotación técnica y la adecuación de los centros hospitalarios para brindar un mejor servicio²⁶⁵.

²⁶³ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Op. cit., p. 346.

²⁶⁴ RUIZ, Op. cit., p. 83.

²⁶⁵ *Ibíd.*, p. 84-85.

En definitiva, la percepción de los enfermos de lepra sobre el personal médico que laboró en el lazareto de Contratación dependió de la relación amistosa o profesional que se estableció y de las expectativas de los enfermos. Cuando se añoraba la curación, y ella era casi imposible de obtenerse por medio de tratamientos médicos, esos funcionarios representaban la inoperancia. Cuando se emprendió la liberación de los curados sociales, para aquellos que no deseaban ser liberados, los médicos fueron considerados como colaboradores del Gobierno Nacional para disminuir los gastos que ocasionaban los lazaretos al dar de “baja” los enfermos, aunque aquellos que deseaban salir del lazareto los veían con una actitud vehemente. Aún así, se debe reconocer que hubo médicos que no pudieron desprenderse de los prejuicios tradicionales, por lo cual trataron a los enfermos de lepra como seres incurables y abominables castigados por Dios y no como pacientes humanos que necesitaban de los servicios médicos y hospitalarios.

4.9 EL PAPEL DE LA RELIGIÓN Y DE LA COMUNIDAD SALESIANA PARA LA VIDA DEL LEPROSO

La difícil situación económica y las limitaciones asistenciales que en ocasiones afrontaron los lazaretos fueron afrontadas por la Comunidad Salesiana desde su llegada a ellos a finales del siglo XIX. Para lo cual, adquirieron funciones que iban más allá de la sola orientación espiritual, y que a pesar de las aversiones, oposiciones y críticas que pudieron surgir entre la población enferma o sana que habitó los lazaretos, fue mayor el reconocimiento y la gratitud que se tuvo para con ellos, llegándolos a considerar “serafines tutelares del pobre y del que llora”²⁶⁶. Las religiosas y religiosos salesianos se constituyeron para los enfermos “héroes y heroínas sublimes en el amor al prójimo”, personas abnegadas y entregadas que

²⁶⁶ RESTREPO, Daniel. Op. cit., p. 14.

compartían con los leprosos “el pan amargo servido por la vida y el Estado inmisericordiosos”²⁶⁷.

Aunque el temor a contraer la lepra estuvo siempre presente entre los miembros de la Comunidad Salesiana, ellos habitaron en medio de los enfermos, compartiendo sus alegrías y desdichas, contribuyendo a solucionar los problemas que los afligían. Por esta razón, y por tener un contacto más directo, amistoso y hasta humanitario con los enfermos del que quizás pudieron tener los funcionarios administrativos y médicos que laboraron dentro de los lazaretos por más de un siglo, fueron merecedores del respeto, la admiración y el cariño que les profesaron las personas a quienes sirvieron y las que percibieron su trabajo constante por ayudar a los leprosos y buscar el desarrollo material de los lazaretos.

Siendo ese mismo reconocimiento, y la notable inclinación de la población por los preceptos cristianos los que generaron que su percepción de la lepra como una prueba de Dios para entregarse en sacrificio por la salvación de la humanidad y así poder llevar una vida extraterrenal bienaventurada, tuviera acogida entre algunos enfermos. Quienes al igual que los religiosos y religiosas que fueron afectados por la lepra encontraron en la religión consuelo y fortaleza para aceptar su enfermedad y lo que ella acarreaba. Fue así, como para algunos leprosos el corazón de Jesús necesitaba víctimas como ellos, que con su desdicha se ofrecieran por la salvación de las almas, y aunque ésta fuera una prueba difícil de superar “Dios mismo con su palabra de victoria, gloria y premios inmortales daba la paz, la fuerza y la resignación para sobrellevar la dura experiencia”²⁶⁸.

Si bien, la estabilidad y el bienestar que los enfermos de lepra encontraban dentro de los lazaretos fueron factores que posibilitaron su adaptación al contexto, la religión también contribuyó en la aceptación o resignación a la condición de

²⁶⁷ RUIZ, Op. cit., p. 18-19.

²⁶⁸ RESTREPO, Daniel. Op. cit., p. 8.

leproso y a la de residir dentro de la institución de aislamiento. La aferración a las recompensas después de la muerte llevaban a los enfermos de lepra a percibirse como elegidos por Dios para recibir “dichas eternas”, por lo que la lepra pasaba de un castigo heredado a ser una “bendición divina”²⁶⁹.

Y aunque esa actitud se manifestó en muchos enfermos, no puede plantearse que hubiera sido generalizada porque en algunos leprosos la aceptación de su condición pudo generarse por otros motivos. Más aún, pudieron existir enfermos que nunca llegaron a resignarse y su padecimiento no fue considerado por ellos como una bendición sino como un castigo, razón por la que no se produjo un acercamiento a la religión sino un distanciamiento.

²⁶⁹ *Ibíd.*, p. 5.

CONCLUSIONES

Desde la aparición de la lepra en el período colonial siguiendo tradiciones bíblicas y medievales en la Nueva Granada se adoptó una política centralizada de aislamiento de quienes padecían esta enfermedad en los hospitales de San Lázaro o Lazaretos, en donde se recluían en especial a los enfermos pobres, a los demás se les permitía llevar su aislamiento en lugares alejados de las grandes urbes en donde no representaran un peligro para la higiene pública. El estigma hacía la lepra y el temor a contraerla despertó el interés de las diversas Administraciones Centrales y Locales por conformar lazaretos en sus territorios pero el factor económico primordialmente limitó su realización. Aspiraciones que se afianzaron en los períodos posindependentistas, cuando la lepra se presentaba como un incontrolable vestigio colonial que atentaba contra los brotes de modernidad y los deseos de los dirigentes por sacar al país de atraso e incivildad en que se hallaba.

Aún así, además del lazareto ubicado en la Isla de Tierrabomba desde el siglo XVII, sólo se logró constituir un lazareto en Contratación y otro en Agua de Dios, quienes lograron conformarse por existir la concentración voluntaria de los leprosos en esos lugares, hecho que a su vez generó inconvenientes, pues en vez de los enfermos adecuarse a las condiciones del lugar de aislamiento, debieron las administraciones gubernamentales adecuarse al lugar que los enfermos habían escogido para llevar su aislamiento y las personas con quienes deseaban llevarlo.

Fue así, como en el país los lazaretos adquirieron características específicas y más allá de ser establecimientos para el ocultamiento de los leprosos fueron también aldeas sobre las que pronto se debió legislar para controlar, y aunque

hasta el siglo XIX estos establecimientos eran considerados hospitales, en la práctica distaban de serlo ante la escasez de fondos que permitieran su buen funcionamiento, a la inexistencia de personal e instrumental médico y tratamientos para otorgar curabilidad.

El descubrimiento del bacilo transmisor de la lepra por el científico noruego G. A. Hansen en 1874, la profesionalización de la medicina en Colombia y con ella la constitución de una comunidad médica con amplios deseos de adquirir vertiginoso reconocimiento nacional e internacional, provocaron que la lepra fuera asumida como una enfermedad que se podía controlar mediante la ciencia, pero la imposibilidad de cultivar el bacilo “in Vitro”, de dilucidar su modo de transmisión y los constantes intentos fallidos por encontrarle solución terapéutica, situaron al aislamiento de todos los enfermos de lepra en los lazaretos como el único medio sanitario conocido para contener la enfermedad.

De esa manera, la imposibilidad de contener la lepra mediante la ciencia médica, obligaron al Gobierno Nacional a responsabilizarse de su control, labor que fue emprendida en 1905 a través de la estructuración de una enérgica campaña fundada en la persecución y represión de quienes la padecían, obligándoseles a proscribirse en los lazaretos, ya que el aislamiento a domicilio que se les permitía llevar a los enfermos de mejor condición socio-económica fue derogado al catalogarse la lepra como “calamidad pública”.

La conformación de esos establecimientos y la integración de la aldea o colonia que existía junto a ellos, conllevaron desde comienzos del siglo XX a los lazaretos a adquirir la condición de instituciones sobre la cual se constituyó una estructura rígida encaminada a asechar al enfermo y a distanciarlo como mecanismo para evitar que se convirtiera en un portador peligroso de la enfermedad al estar en contacto directo y consecutivo con la población. Al ser ese el objetivo principal de

la política estatal conformada para combatir la lepra los lazaretos colombianos se perfilaron como instituciones de aislamiento.

Sin embargo, para la década del treinta convergieron diversos factores políticos, económicos y culturales nacionales e internacionales que reflejaron la necesidad de volver a reorientar la campaña emprendida contra la lepra a inicios de siglo, buscando con ella obtener mayores resultados a menores costos materiales y humanos, convirtiéndose la ampliación de los servicios médicos prestados a los enfermos de lepra dentro y fuera de los lazaretos en el nuevo objetivo de las políticas gubernamentales. Fue así, como se pretendió convertir los lazaretos en instituciones médicas y los establecimientos hospitalarios que funcionaban dentro ellos en sanatorios, cuyo objetivo se enfocara en brindar curación a los leprosos y no en el de mantenerlos aislados mientras fenecían como había ocurrido desde la conformación de los lazaretos.

Con la reestructuración de la campaña antileprosa declinaron paulatinamente las drásticas medidas constituidas para contener esa enfermedad, pues se modificó nuevamente la forma en que debía realizarse el aislamiento, permitiéndose llevarlo en los lugares que los enfermos escogieran siempre y cuando fueran alejados, donde el contacto con las personas exentas de la enfermedad fuera escaso, y donde las autoridades sanitarias pudieran tener control sobre ellos. Así mismo, se permitió la salida definitiva de los lazaretos a los enfermos que médicamente fueron decretados “curados sociales”, personas con las cuales se demostraba a la sociedad la efectividad de las nuevas políticas instauradas para controlar la lepra.

Finalmente la intención gubernamental por modificar los mecanismo utilizados desde la aparición de la lepra en el período colonial, conllevaron a decretar la eliminación oficial de los lazaretos en 1961, fecha en la que fueron abolidos jurídicamente los lazaretos de Agua de Dios y de Contratación, ya que el lazareto de Caño de Loro había sido eliminado una década antes.

Pero al realizar el estudio interno del lazareto de Contratación se pudo establecer que si bien las políticas nacionales enfocadas a la represión de los enfermos tuvieron un acatamiento inmediato, no sucedió lo mismo con aquellas que buscaban el beneficio de los enfermos y el progreso material de los lazaretos, como era la de hacer de ellos instituciones médicas. Aunque esa conversión institucional fue la panacea de la moderna campaña sanitaria adelantada por el Gobierno Nacional para combatir la lepra desde 1931. El lazareto Colombiano fue hasta su eliminación oficial una institución de aislamiento.

Y aunque paulatinamente las ciencias médicas penetraron a él, no se puede decir que su abolición como lo presentaron las autoridades gubernamentales y médicas se debió a su transformación, la ser ello la convergencia de diversos factores como fueron: la medicalización de la enfermedad, el hallazgo de medicamentos con mayores capacidades de controlarla y por la planeación de una lucha contra la enfermedad por fuera de los lazaretos, mediante la creación de campañas preventivas y la ampliación de la asistencia hospitalaria.

Así mismo, su eliminación fue producto del interés desmesurado del Gobierno Nacional por disminuir los costos de una batalla emprendida contra una enfermedad sobre la que pesaban más los escrúpulos y las creencias coloniales que su verdadera magnitud o peligrosidad. Decisión en la que fue significativa la modernización de la estructura sanitaria del país y de la concepción de salud pública que se estaba adoptando, jalonada amplia e intensamente por países como los Estados Unidos y organizaciones sanitarias internacionales.

En consecuencia, se pudo establecer que los lazaretos en ese país sufrieron oficialmente dos transformaciones, pues desde comienzos del siglo XX pasaron de establecimientos hospitalarios de beneficencia a instituciones de aislamiento y posteriormente a instituciones médicas, proceso que se adelantó enfáticamente a partir de 1940. Sin embargo, en la práctica sólo se vio manifiesta la primera

transformación, pese a que durante el interregno que cubre esta investigación se produjeron notables cambios en las drásticas políticas utilizadas para disminuir los índices de lepra en el país, percibiéndose su inclinación a adoptar un carácter médico-hospitalario, tales aspectos no pueden ser utilizados para plantear que los lazaretos hasta 1961 en su práctica hubiesen llegado hacer instituciones médicas.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, Christopher. Ensayos de la historia de la salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia- CEREC, 1996.

BEJARANO, Jorge. Exposición de Motivos y proyecto de ley. Bogotá: Imprenta Nacional, 1931.

CANO, Luís Guillermo. Agua de Dios un sistema social aislado (Tesis de grado Sociología). Bogotá: Universidad Nacional, 1990.

CARDONA, Álvaro. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado. EN: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 13 (1999).

_____. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. EN: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. (1999).

CONGOTE, Jana Catalina. Obreros y salud 1900-1930 (Tesis de Grado) Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI, 1976.

HERNÁNDEZ, Mario; MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. Medicina (2): La Institucionalización de la medicina en Colombia. Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VIII. Bogotá: Conciencias, 1993.

HERNÁNDEZ, Mario; OBREGON, Diana. La organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de Historia 1902-2202. Bogotá: 2002. Disponible en Internet vía archivo: <http://www.col.ops/oms.org/centenario/libro/OPSestado>.

JARAMILLO URIBE, Jaime. Et al. Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985.

LERNER, Daniel. Modernización (aspectos sociales). EN: Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales / SILLIS, David. Dir. Vol. 7. Madrid: Aguilar, 1976.

MARTÍNEZ, Armando et al. Historia de la subregionalización de los santanderes. Bucaramanga: Escuela de Historia/UIS, 1994.

MARTÍNEZ, Luís Antonio. Bajo el Sol Ardiente de Agua de Dios. Bogotá: Arte Láser Publicidad, 2001.

MELO, Jorge Orlando. La República Conservadora. EN: Colombia hoy, novena edición. Colombia: Siglo XXI, 1985.

MOLINA, Gustavo. Introducción a la Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, 1977.

OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Banco de la República- EAFIT, 2002.

ONTZA, Juan. Enciclopedia de las ciencias sociales. Tomo 5 (la política). Bilbao: Asuri, 1983.

ORTEGA, José. La obra salesiana en Colombia. Bogotá: Escuelas Gráficas Salesianas, 1940.

_____. La obra salesiana en los lazaretos. Bogotá: Escuelas Gráficas Salesianas, 1938.

PARRA, Vilma. Obra de las hijas de Maria Auxiliadora a favor de los enfermos de lepra 1898-1998. Bogotá: Casa de Maria Auxiliadora Colombia, 2000.

PÉREZ PINZÓN, Luís 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 y cementerios), 1857-1886. Bucaramanga 2004. trabajo de investigación (Magíster en Historia). Universidad Industrial de Santander. Facultad de ciencias humanas. Escuela de historia.

QUEVEDO, Emilio. ¿Políticas de Salud o Políticas Insalubres? De la Higiene a la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX. EN: Biomédica. Bogotá. Vol. 16, N° 4 (dic.1996).

RABAGLIATI, Evasio. El doctor Hansen y los lazaretos en Colombia: Informe a la junta de la sociedad de San Lázaro. Bogotá: Escuela tipográfica salesiana, 1899.

RESTREPO, Daniel. Memorias de una leprosa. EN: Enciclopedia Popular Católica (FAS). Edición 17. Serie A-9. N° 32. Bogotá: Imprenta de Jesús, 1935.

RESTREPO ZEA, Estela. Vagos, enfermos y valenturientos. Bogotá: 1830-1860. EN: Historia y Sociedad (Universidad Nacional de Colombia). Medellín. N° 8 (mar. 2002).

REYES, Pedro. Contratación 1897-1997. Bogotá: 1997.

ROGRÍGUEZ, Jaime. AGUA DE DIOS...forja de gigantes de salesianidad. Bogotá: Giro Editores Ltda., 2004.

RUIZ ARENAS, Álvaro. Croniquilla de Contratación. Colombia: FRID impresores. Tercera edición., 1999. Ley 5 de Agosto de 1833.

SALESMAN, Eliécer. San Juan Bosco y Maria Auxiliadora. Los famosos sueños del Santo. Bogotá: Centro Don Bosco.

_____. El amigo de los leprosos. Venerable padre Luis Variara. Bogotá: Centro Don Bosco, 2000.

SEVILLA, Elías. Los mutilados del oprobio. Bogotá: Colcultura/ Tercer Mundo Editores, 1995.

FUENTES

***UNIDAD DE INFORMACIÓN: ARCHIVO GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER. UBICADO EN BUCARAMANGA.**

- ACTOS LEGISLATIVOS Y LEYES DE COLOMBIA, 1931-1961.
- ORDENANZAS DE SANTANDER, 1931-1961.
- DIARIO OFICIAL, 1931-1961.
- GACETA DE SANTANDER, 1931-1961.
- ANALES DE LA ASAMBLEA DE SANTANDER, 1931-1961

***UNIDAD DE INFORMACIÓN: ARCHIVO HOSPITAL SANATORIO DE CONTRATACIÓN. UBICADO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN BOSCO. CONTRATACIÓN-SANTANDER.**

- LIBROS DE CORRESPONDENCIA, 1931-1961.
- LIBROS DE PERSONAL Y PRESUPUESTO
- FONDO DE ALTAS Y BAJAS AL ASILO DE GUACAMAYO, 1931-1961
- FONDE DE ALTAS Y BAJAS AL ASILO DE GUADALUPE, 1931-1961
- HISTORIAS CLINICAS DE LOS ENFERMOS QUE INGRESARON AL LAZARETO DE CONTRATACIÓN ENTRE 1931 A 1961.
- LIBROS DE CURADOS SOCIALES, 1931-1953.
- REGLAMENTO DE LOS LAZARETOS DE LA REPÚBLICA. Bogotá: Imprenta Nacional, 1914. (Compilación oficial).
- LEGISLACIÓN COLOMBIANA SOBRE LA LEPROSA. Bogotá: Editorial de la LIT, 1937 (Compilación oficial).

***FUENTES ORALES:**

-Entrevista realizada al señor Julio Sánchez, asilado en Guacamayo. Mayo 30/2004. Contratación - Santander.

-Entrevista realizada al señor Álvaro Ruiz Arenas, enfermo de lepra residente en el lazareto de Contratación desde 1938. Abril 10/2004. Contratación – Santander.

-Entrevista realizada al señor Rosario Chacón, hijo de enfermo de lepra residente en el lazareto de Contratación. Abril 14 de 2004. Contratación - Santander.

-Entrevista realizada a la señora Diola Rueda, asilada en Guadalupe y enfermera del hospital Maria Mazzarello. Abril 17 de 2004. Contratación - Santander.

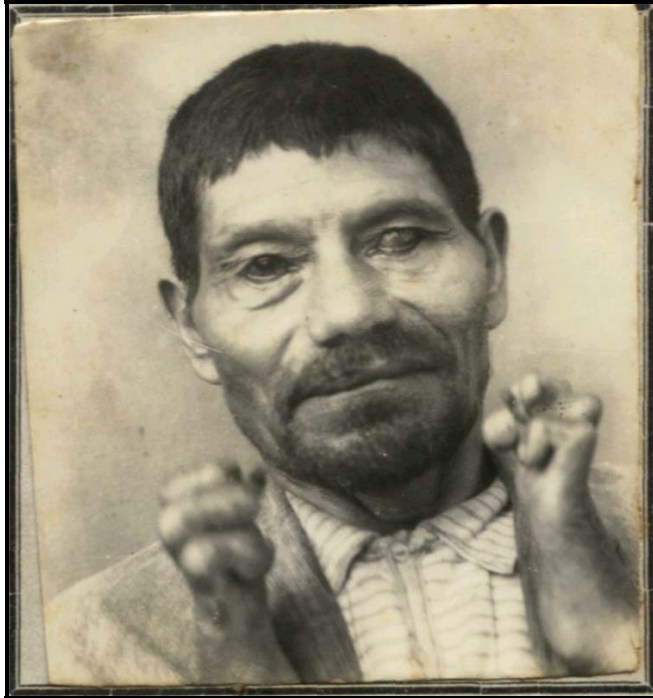
-Entrevista realizada a la señorita Rita Delia Cuellar, enferma de lepra interna del asilo Santa Catalina. Abril 17 de 2004. E.S.E. Hospital Maria Mazzarello. Contratación - Santander.

-Entrevista realizada a la señorita Maria Otilia Chaparro, enferma de lepra interna del asilo Santa Catalina. Abril 18 de 2004. E.S.E. Hospital Maria Mazzarello. Contratación- Santander.

-Entrevista realizada al sacerdote salesiano Vicente Roggero, Director del Asilo San Bernardo. Julio 15/2004. Iglesia del 20 de Julio. Bogotá - Colombia.

ANEXOS

ANEXO A. Enfermo de lepra - Contratación



ANEXO B. Enfermo de lepra - Contratación



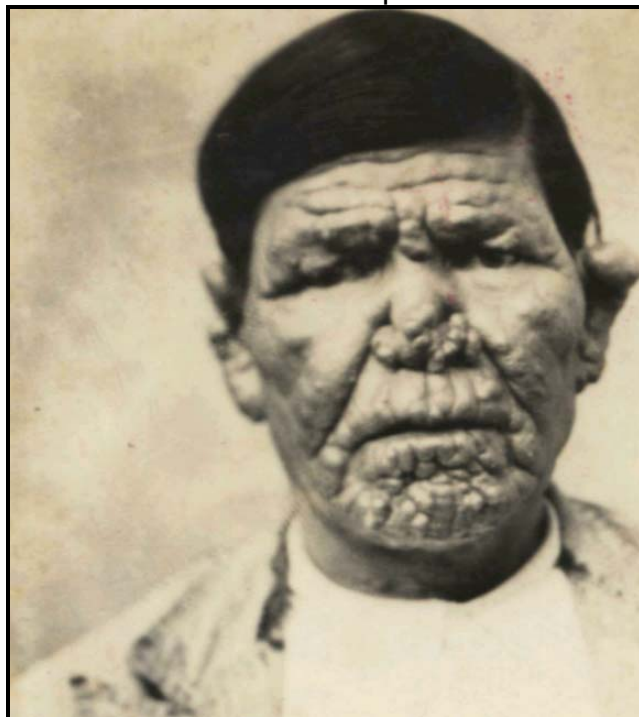
ANEXO C. Enferma de lepra -Contratación



ANEXO D. Enferma de lepra - Contratación



ANEXO E. Enfermo de lepra - Contratación



ANEXO F. Enfermo de lepra - Contratación




ANEXO G. Tarjeta individual de identidad. Asilo San Bernardo- Contratación

TARJETA INDIVIDUAL DE IDENTIDAD		NIÑOS SANOS HIJOS DE ENFERMOS DE LEPROA	
Imp. Nacional - 1938			
Leprocomio de	CONTRATAION, Eje 3 de 1.940.	Sexo:	Femenino.
Padre:	SARMIENTO SANMIGUEL MARIA ELISA.	¿Legítimo?	si.
Fecha de nacimiento	27 de Diciembre de 1.939.	¿Enfermo?	no.
Nombre del padre:	SARMIENTO LUIS.	¿Enferma?	si.
Nombre de la madre:	SANMIGUEL TORRES TRANSITO.	Talla:	
Edad:	Mesolada.	Peso en kgs.	
Tiempo de permanencia en el Leprocomio:		Desde su nacimiento.	
Domicilios anteriores: (Municipio, Departamento - Permanencia en ellos) no.			
¿Asilado?		si.	
Establecimiento:		Sala-Cuna.	
¿Desasilado?	si	Motivo:	Defunción
Traslados:		Fecha:	
¿Pensionado?		Resolución No. de fecha	
Guardador:		Domicilio:	
Condiciones económicas de los padres: (Indicar si la renta es mayor o menor de cincuenta pesos)			
Observaciones:			
R. I. N. A. S.			
Certifica:		<i>[Firma]</i>	
SARMIENTO SANMIGUEL MARIA ELISA.			

ANEXO H. Tarjeta individual de identidad. Asilo San Bernardo- Contratación

Imp. Nacional

ENTRADAS				SALIDAS			
DÍA	MES	AÑO	RAZON	DÍA	MES	AÑO	RAZON
1º	Enero	1.953.	-Alta en el asilo San Bernardo.-	1º	IX	54	Fuga.-
							

ANEXO I. Comunidad Salesiana – Contratación.



ANEXO J. Banda de Música – 1947 Contratación



ANEXO K. Certificado entregado
A los curados sociales


 REPUBLICA DE COLOMBIA
 Departamento Nacional
 de Higiene
 CERTIFICADO DE NO CONTAGIOSIDAD

Número 129-

Nombre y apellido Miguel Antonio Giorgi.

129





Fecha de expedición: Agosto veintisiete de mil
nevecientos treinta y siete.

Número de la Resolución por la cual se expide: 87 de 1.935

El Médico JEFE DEL LAZARETO DE CONTRATA
CIÓN

CERTIFICA:

que MIGUEL ANTONIO GIORGI
(nombre y apellido)

No es peligroso actualmente para vivir en sociedad.