



**EL REAL HOSPITAL DE SAN LÁZARO DE CARTAGENA DE INDIAS Y LAS
REFORMAS BORBÓNICAS (1760-1810)**

Requisito parcial para optar al título de

**MAESTRÍA EN HISTORIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
(2012)**

**KEBBY ROMERO SIERRA
DIRECTOR: OSCAR DE JESÚS SALDARRIAGA VÉLEZ**

Yo, KEBBY ROMERO SIERRA, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Historia en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana es de mi entera autoría excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.

KEBBY ROMERO SIERRA
Enero 16 del 2012

A mi madre, Concepción Marina Sierra Martínez
Q.E.P.D.

Agradecimientos:

En primer lugar quiero extenderle mis agradecimientos a mi padre: Dolcey Romero Jaramillo, cuyo apoyo, ejemplo y cariño ha sembrado en mí, la necesidad de aportar un grano de arena en la nueva historia del Caribe Colombiano, a mi esposa Wendy Turbay Whelpley y a mi hijo Miguel A. Romero Turbay quienes son el motor que impulsa mi vida, también quiero agradecer a las personas que no han leído este documento pero que me han apoyado con su cariño: mis hermanos Kendra y Dolcey Romero quienes además espero que este logro personal sirva de ejemplo para alcanzar sus propias metas, a mi madrina Shirley Sierra Martínez por haber estado presente en los momentos más duro que como familia hemos atravesado. Y finalmente al director de este trabajo Oscar de Jesús Saldarriaga Vélez.

ÍNDICE

Introducción-----	11
Capítulo I-----	24
1.1. ¿Hospital u Hospital Lazaretos?-----	26
1.2. El Lazareto de Cartagena-----	28
1.3. La Política del Degredo-----	33
1.4. La Caridad: Estructura Social de Asimilación de los Leprosos-----	42
Capítulo II-----	47
2.1. La Lepra y las Transformaciones Borbónicas-----	48
2.2. Observaciones y Teorías Sobre la Enfermedad de la Lepra Después de las Reformas Borbónicas-----	52
2.3. ¿La lepra es o No Contagiosa?-----	57
2.4. La Existencia de un Posible Tratamiento Curativo-----	70
Capítulo III-----	73
3.1. Las políticas de lazaretos en el Nuevo Reino-----	74
3.2. El Censo de los Lazaretos de 1777: Una Política de Estado y Una Mirada a la Comunidad de los Lazarinos en la Ciudad de Cartagena-----	78
3.3. El Lazareto de Cartagena y las Medidas Borbónicas a Mediados del Siglo XVIII-----	89
3.4. Caridad o Acción Social para los Leprosos de Cartagena a Comienzos del Siglo XIX-----	101
Conclusión-----	108
Bibliografía-----	114

Al final de la Edad Media, la lepra desaparece del mundo occidental. En las márgenes de la comunidad, en las puertas de las ciudades, se abren terrenos, como grandes playas, en los cuales ya no acecha la enfermedad, la cual, sin embargo, los ha dejado estériles e inhabitables por mucho tiempo. Durante siglos, estas extensiones pertenecerán a lo inhumano. Del siglo XIV al XVII, van a esperar y a solicitar por medio de extraños encantamientos una nueva encarnación del mal, una mueca distinta del miedo, una magia renovada de purificación y de exclusión.

Desde la Alta Edad Media, hasta el mismo fin de las Cruzadas, los leprosarios habían multiplicado sobre toda la superficie de Europa sus ciudades malditas. Según Mateo de París, había hasta 19 mil en toda la Cristiandad¹. En todo caso, hacia 1266, en la época en que Luis VIII estableció en Francia el reglamento de leprosarios, se hace un censo y son más de 2 mil. Hubo 43 leprosarios solamente en la diócesis de París: se contaban entre ellos Burg-le-Reine, Corbeil, Saint-Valère, y el siniestro Champ-Pourri; estaba también Charenton. Los dos más grandes se encontraban en la inmediata proximidad de París y eran Saint-Germain y Saint-Lazare²: volveremos a encontrar su nombre en la historia de otra enfermedad. Después del siglo XV se hace el vacío en todas partes; Saint-Germain, desde el siguiente siglo, se vuelve una correccional para muchachas; y antes de que llegue San Vicente, ya no queda en Saint-Lazare más que un solo leproso, "el señor de Langlois, abogado en la corte civil". El leprosario de Nancy, que figura entre los más grandes de Europa, cuenta solamente con cuatro enfermos durante la regencia de María de Médicis.

Según las Mémoires de Catel, existían 29 hospitales en Tolosa hacia el fin de la Edad Media, de los cuales siete eran leprosarios; pero a principios del siglo XVII se mencionan tres solamente: Saint-Cyprien, Arnaud- Bernard y Saint-Michel³. Se celebra con gusto la desaparición de la lepra: en 1635 los habitantes de Reims hacen una procesión solemne para dar gracias a Dios por haber librado a la ciudad de aquel azote⁴.

¹ Citado en Collet, *Vie de Saint Vincent de Paul*, I. París, 1818, p. 293.

² Cf. J. Lebeuf, *Histoire de la ville et de tout le diocèse de Paris*, Paris, 1754-1758.

³ Citado en H. M. Fay, *Lépreux et cagots du Sud-Ouest*, París, 1910, p. 285.

⁴ P.-A. Hildenfänger, *La Léproserie de Reims du XIIIe au XVIIIe siècle*, Reims, 1906, p. 233.

*Desde hacía ya un siglo, el poder real había emprendido el control y la reorganización de la inmensa fortuna que representaban los bienes inmuebles de las leproserías; por medio de una ordenanza del 19 de diciembre de 1543, Francisco I había ordenado que se hiciera un censo y un inventario "para remediar el gran desorden que existía entonces en los leprosarios"; a su vez, Enrique IV prescribió en un edicto de 1606 una revisión de cuentas, y afectó "los dineros que se conseguirían en esta búsqueda al mantenimiento de gentiles-hombres pobres y soldados baldados". El 24 de octubre de 1612 se vuelve a ordenar el mismo control, pero esta vez se decide que se utilicen los ingresos excesivos para dar de comer a los pobres*⁵.

*En realidad, la cuestión de los leprosarios no se arregló en Francia antes del fin del siglo XVII, y la importancia económica del problema suscitó más de un conflicto. ¿No existían aún, en el año de 1677, 44 leprosarios solamente en la provincia del Delfinado?*⁶ *El 20 de febrero de 1672, Luis XIV otorga a las órdenes de San Lázaro y del Monte Carmelo los bienes de todas las órdenes hospitalarias y militares; se les encarga administrar los leprosarios del reino*⁷.

*Unos veinte años más tarde se revoca el edicto de 1672 y por una serie de medida escalonadas, de marzo de 1693 a julio de 1695, los bienes de los leprosarios deberán afectarse en adelante a los otros hospitales y establecimientos de asistencia. Los pocos leprosos dispersos aún en las 1200 casas que todavía existen, serán reunidos en Saint-Mesmin, cerca de Orleáns*⁸. *Estas prescripciones se aplican primeramente en París, donde el Parlamento transfiere los ingresos en cuestión al Hôpital Général: el ejemplo es imitado por las jurisdicciones provinciales; Tolosa afecta los bienes de sus leprosarios al hospital de los incurables (1696); los de Beaulieu, en Normandía, pasan al Hôtel-Dieu de Caen; los de Voley son otorgados al hospital de Sainte-Foy*⁹.

⁵ Delamare, *Traité de Police*, París, 1738, t. I, pp. 637-639.

⁶ Valvonnais, *Histoire du Dauphiné*, t. II, p. 171.

⁷ L. Cibrario, *Précis historique des ordres religieux de Saint-Lazare et de Saint-Maurice*, Lyon, 1860

⁸ Rocher, *Notice historique sur la maladrerie de Saint-Hilaire-Saint-Mesmin*, Orléans, 1866

⁹ J.-A. Ulysse Chevalier, *Notice historique sur la maladrerie de Voley près Romans*, Romans, 1870, p. 61

Sólo, con Saint-Mesmin, el recinto de Ganets, cerca de Burdeos, quedará como testimonio. Para un millón y medio de habitantes, existían en el siglo XII, en Inglaterra y Escocia, 220 leprosarios. Pero en el siglo XIV el vacío comienza a cundir; cuando Ricardo III ordena una investigación acerca del hospital de Ripon, en 1342, ya no hay ningún leproso, y el rey concede a los pobres los bienes de la fundación. El arzobispo Puisel había fundado a finales del siglo XII un hospital, en el cual, en 1434, solamente se reservaban dos plazas para leprosos, y eso si se pudiera encontrar alguno¹⁰. En 1348 el gran leprosario de Saint-Alban tiene solamente tres enfermos; el hospital de Rommenall, en Kent, es abandonado veinticuatro años más tarde, pues no hay leprosos. En Chatam, el lazareto de San Bartolomé, establecido en 1078, había sido uno de los más importantes de Inglaterra; durante el reinado de Isabel no tiene ya sino dos pacientes, y es suprimido finalmente en 1627¹¹. El mismo fenómeno de desaparición de la lepra ocurre en Alemania, aunque quizás allí la enfermedad retroceda con mayor lentitud; igualmente observamos la conversión de los bienes de los leprosarios (conversión apresurada por la Reforma, igual que en Inglaterra) en fondos administrados por las ciudades, destinados a obras de beneficencia y establecimientos hospitalarios; así sucede en Leipzig; en Munich, en Hamburgo. En 1542, los bienes de los leprosarios de Schleswig-Holstein son transferidos a los hospitales. En Stuttgart, el informe de un magistrado, de 1589, indica que desde cincuenta años atrás no existen leprosos en la casa que les fuera destinada. El Lipplingen, el leprosario es ocupado rápidamente por incurables y por locos¹².

Extraña desaparición es ésta, que no fue lograda, indudablemente, por las oscuras prácticas de los médicos: más bien debe de ser resultado espontáneo de la segregación, así como consecuencia del fin de las Cruzadas, de la ruptura de los lazos de Europa con Oriente, que era donde se hallaban los focos de infección. La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso;

¹⁰ John Morrisson Hobson, *Some early and later Houses of Pity*, pp. 12-13.

¹¹ Ch. A. Mercier, *Leper Houses and Medieval Hospitals*, p. 19.

¹² Virchow, *Archiv zur Geschichte des Aussatzes*, t. XIX, pp. 71 y 80; t. XX. p. 511.

permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado.

Aunque se retire al leproso del mundo y de la comunidad de la Iglesia visible, su existencia, sin embargo, siempre manifiesta a Dios, puesto que es marca, a la vez, de la cólera y de la bondad divina. "Amigo mío —dice el ritual de la iglesia de Vienne—, le place a Nuestro Señor que hayas sido infectado con esta enfermedad, y te hace Nuestro Señor una gran gracia, al quererte castigar por los males que has hecho en este mundo. " En el mismo momento en que el sacerdote y sus asistentes lo arrastran fuera de la Iglesia gressu retrogrado, se le asegura al leproso que aún debe atestiguar ante Dios. "Y aunque seas separado de la Iglesia y de la compañía de los Santos, sin embargo, no estás separado de la gracia de Dios. " Los leprosos de Brueghel asisten de lejos, pero para siempre, a la ascensión del Calvario, donde todo un pueblo acompaña a Cristo. Y testigos hieráticos del mal, logran su salvación en esta misma exclusión y gracias a ella: con una extraña reversibilidad que se opone a la de los méritos y plegarias, son salvados por la mano que no les es tendida. El pecador que abandona al leproso en su puerta, le abre las puertas de la salvación. "Por que tengas paciencia en tu enfermedad; pues Nuestro Señor no te desprecia por tu enfermedad, ni te aparta de su compañía; pues si tienes paciencia te salvarás, como el ladrón que murió delante de la casa del nuevo rico y que fue llevado derecho al paraíso¹³". El abandono le significa salvación; la exclusión es una forma distinta de comunión.

Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las "cabezas alienadas", tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para

¹³ Ritual de la diócesis de Viena, impreso por orden del arzobispo Gui de Poissieu, hacia 1478. Citado por Charret, *Histoire de l'Église de Vienne*, p. 752.

aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual.

Pero no nos anticipemos. El lugar de la lepra fue tomado por las enfermedades venéreas. De golpe, al terminar el siglo XV, suceden a la lepra como por derecho de herencia. Se las atiende en varios hospitales de leprosos: en el reinado de Francisco I, se intenta inicialmente aislarlas en el hospital de la parroquia San Eustaquio, luego en el de San Nicolás, que poco antes habían servido de leproserías. En dos ocasiones, bajo Carlos VIII, después en 1559, se les habían destinado, en Saint-Germain-des-Prés, diversas barracas y casuchas antes utilizadas por los leprosos¹⁴. Pronto son tantas que debe pensarse en construir otros edificios "en ciertos lugares espaciosos de nuestra mencionada ciudad y en otros barrios, apartados de sus vecinos¹⁵". Ha nacido una nueva lepra, que ocupa el lugar de la primera. Mas no sin dificultades ni conflictos, pues los leprosos mismos sienten miedo: les repugna recibir a esos recién llegados al mundo del horror. "Est mirabilis contagiosa et nimis formidanda infirmitas, quam etiam detestantur leprosi et ea infectos secum habitare non permittant¹⁶". Pero si bien tienen derechos de antigüedad para habitar esos lugares "segregados", en cambio son demasiado pocos para hacerles valer; los venéreos, por todas partes, pronto ocupan su lugar. Y sin embargo no son las enfermedades venéreas las que desempeñarán en el mundo clásico el papel que tenía la lepra en la cultura medieval. A pesar de esas primeras medidas de exclusión, pronto ocupan un lugar entre las otras enfermedades. De buen o de mal grado se recibe a los venéreos en los hospitales. El Hôtel-Dieu de París los aloja¹⁷; en varias ocasiones se intenta expulsarlos, pero es inútil: allí permanecen y se mezclan con los otros enfermos¹⁸. En Alemania se les construyen casas especiales, no para establecer la exclusión, sino para asegurar su tratamiento; en Augsburgo los Fúcar fundan dos hospitales de ese género. La ciudad de Nuremberg nombra un médico, quien afirmaba poder "die malafrantzos

¹⁴ Pignot, *Les Origines de l'Hôpital du Midi*, Paris, 1885, pp. 10 y 48

¹⁵ Según un manuscrito de los *Archives de l'Assistance publique* (expediente Petites-Maisons; legajo 4).

¹⁶ Trithemius, *Chronicon Hisangiense*; citado por Potton en su traducción de Ulric von Hutten: *Sur la maladie française et sur les propriétés du bois de gaïac*, Lyon, 1865, p. 9.

¹⁷ La primera mención de enfermedad venérea en Francia se encuentra en un relato del Hôtel-Dieu, citado por Brièle, *Collection de Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*, Paris, 1881-1887, III, fasc. 2.

¹⁸ Cf. proceso verbal de una visita del Hôtel-Dieu en 1507, citado por Pignot, *loc. cit.*, p. 125.

*vertreiben*¹⁹". Y es que ese mal, a diferencia de la lepra, muy pronto se ha vuelto cosa médica, y corresponde exclusivamente al médico. En todas partes se inventan tratamientos; la compañía de Saint-Côme toma de los árabes el uso del mercurio²⁰; en el Hôtel-Dieu de París se aplica sobre todo la triaca. Llega después la gran boga del guayaco, más precioso que el oro de América, si hemos de creer a Fracastor en su *Syphilidis* y a Ulrich von Hutten. Por doquier se practican curas sudoríficas. En suma, en el curso del siglo XVI el mal venéreo se instala en el orden de las enfermedades que requieren tratamiento. Sin duda, está sujeto a toda clase de juicios morales: pero este horizonte modifica muy poco la captación médica de la enfermedad.

MICHEL FOUCAULT²¹

¹⁹ Según R. Goldhahn, *Spital und Arzt von Einst bis Jetzt*, p. 110.

²⁰ Béthencourt le da ventaja sobre cualquier otra medicación, en su *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation*, 1527

²¹ Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. (1964). Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1967, vol I. p. 13-20.

Introducción

Si se tratase de encontrar un factor común entre todos los estudios sobre el mal de San Lázaro, podríamos afirmar sin temor a equivocarnos lo siguiente: para el hombre medieval, la lepra era el estado morboso más temible, el peor castigo. El afectado, además de sufrir una terrible enfermedad mutilante, crónicamente mortal, sufría una muerte social caracterizada por el rechazo, la marginación, la pobreza, el pecado y el castigo. Estaba tan reñada de connotaciones ominosas, que se hacía irrelevante que el leproso hubiese consumado algún pecado; la aparición de la dolencia era lo suficientemente elocuente como para culparle de alguno. Toda esa pesada carga moral se nutría de una larga tradición bíblica, que se normativizó en el Levítico. Esta afirmación nos permite trazar una línea histórica, en lo que entendemos los historiadores como “larga duración”. Pero solo hasta finales del siglo XVIII podemos observar un tránsito del imaginario religioso al ejercicio de la aplicación de la razón, ejercicio promovido en el Reino de la Nueva Granada por las Reformas Borbónicas.

Estas reformas han sido definidas como un proyecto civilizador, como la reconquista de las colonias españolas; como un proyecto político que buscaba crear las condiciones para que el Estado ejerciera mayor control sobre las instituciones coloniales, los cuerpos, el territorio y las actividades del hombre; así, como un nuevo modelo cultural y político, como un proyecto Ilustrado. Ahora bien, tratando de encontrar un elemento común entre este mar de conceptos; sugerimos el concepto de “control”. Un control entendido desde una racionalidad economicista del Estado, que exigía una optimización de los recursos naturales existentes con base en el conocimiento científico. Dichas reformas permitieron la articulación entre las políticas económicas del Estado y otros ámbitos de la vida social, tales como la fiscalidad, la productividad, la natalidad, la mortalidad, la higiene, salud pública, la morbilidad y las pestes. La relación control-lepra (reformas ilustradas-enfermedades) presupone una nueva serie de ingredientes a tener en cuenta en la reflexión, citando las palabras de Santiago Castro:

(...) Lo económico tiene un impacto directo sobre la salud pública que se convierte en un dispositivo capaz de asegurar el incremento de la productividad. Desde este punto de vista la enfermedad empieza a tener una significación económica otorgada por los aparatos ideológicos estatales a expensas de una significación teológica dispensada por la Iglesia²².

La problemática general que queremos indagar en esta investigación es: el proceso de re-significación científica, social y cultural que experimento la lepra a mediados del siglo XVIII en el puerto marítimo de Cartagena de Indias en el marco de implementación de las políticas borbónicas. Teniendo como objeto de estudio ese espacio que se concibió como el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena entre 1760 y 1810. Este análisis tiene presente tres elementos: el primero hace referencia a las prácticas sociales que nos conectan con un pasado “medieval español” como los circuitos de ayudas que se crearon para mantener económicamente a esta comunidad y que significó una asimilación social de los leprosos, estos mecanismos se aplicaron desde principio católico de la *caridad por el prójimo* y la acción del *degredo* como herramienta de control de los sanos hacía los leprosos; en un segundo momento observaremos los debates médicos y científicos que se produjeron en la segunda mitad del siglo XVIII en el marco de las Reformas Borbónicas en cabeza de Mutis quien representa la vertiente contagionista y Juan Arias Protomédico de la ciudad de Cartagena de Indias quien representa la vertiente anti-contagionista de esta enfermedad y en un tercer momento analizaremos la aplicación de estas reformas sobre la comunidad de leprosos de Cartagena de Indias, ya que estas representaron una ruptura con la tradición medieval de los siglos XVII y XVIII. La ejecución de la reforma significó la implementación de nuevos saberes desde lo político, económico hasta lo higiénico; los cambios que se introdujeron a mediados del siglo XVIII reestructuraron las formas de interacción entre sanos y leprosos y cambiaron las dinámicas sociales en esta ciudad.

Las formas de sometimiento sociales están supeditadas a una discusión en torno al poder. Los leprosos fueron una comunidad de enfermos que aceptó ciertos dispositivos de control que debían aplicárseles a causa de su enfermedad. Este hecho implica la normalización de ciertas conductas sociales como leprosos, el control que la sociedad

²² Santiago Castro Gómez: *La Hybris del punto cero, Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada*, (Bogotá 2005: Instituto Pensar-Universidad Javeriana), 157-165.

imprime sobre sus cuerpos y las formas jurídicas del poder a las que fueron sometidos estos enfermos. Este control, que se les debió ejercer a los lazarinos va encauzado a finales del siglo XVIII, en la Nueva Granada, bajo un horizonte institucional, o bajo una política macro de reordenamiento territorial.

Siguiendo la línea metodológica que propone Santiago Castro en su escrito “Michel Foucault y la colonialidad del poder”, asumimos varias preocupaciones de método. Diremos primero que el poder es multidireccional y funciona siempre en red. La segunda precaución es que existen varios niveles en el ejercicio del poder. Foucault prefiere concentrarse en los niveles más bajos, allí donde la microfísica del poder trashuma por nuestro cuerpo. Así, que Foucault distingue tres niveles de generalidad en el ejercicio del poder: un nivel microfísico en el que operarían las tecnologías disciplinarias y de producción de sujetos, así como las “tecnologías del yo” que buscan una producción autónoma de la subjetividad; un nivel mesofísico en el que se inscribe la gubernamentalidad del Estado moderno y su control sobre las poblaciones a través de la biopolítica, y un nivel macrofísico en el que se ubican los dispositivos supra estatales de seguridad que favorecen la libre competencia entre los Estados hegemónicos por los recursos naturales y humanos del planeta²³.

Esta investigación se centrará en el nivel mesofísico, ya que estos discursos giran alrededor de la configuración que desde el siglo XVI hasta el siglo XVIII, forma una racionalidad política que tiene como objeto de su trabajo a la población y sus fuerzas vitales. La categoría de la biopolítica, más allá del ámbito de la medicina y la sexualidad abre el espectro para analizar los problemas que giran alrededor a la formación de los Estados modernos. Siguiendo estas pistas, se puede analizar el surgimiento de los dispositivos de seguridad como formas de dominación diferentes a los procedimientos propios de la disciplina o la soberanía.

Esto se articula desde dos ejes fundamentales: la pervivencia del Estado y el control

²³ Santiago Castro, “Michel Foucault y la colonialidad del poder”, *Tabula Rasa*, no 6 Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá,(enero-junio 2007): 162.

de la población. En este sentido la preocupación primordial es la relación sociedad producción. Esto se logra mediante el control, fortalecimiento y conocimientos de las fuerzas vitales que conforman a una población²⁴. La población aparece como un cuerpo social productivo que debe ser homogéneo y potencializable, ya que busca mantener la productividad de los entes. De esta manera, la biopolítica se convierte en un eje central teórico ya que designa una forma de racionalidad política; una población surge como objeto de una razón de estado que busca mantenerla y fortalecerla para que el estado pervivir gracias a ella²⁵.

Ahora bien, no somos los primeros en abordar temas como el de las enfermedades, la lepra, salud pública o las formas de aplicación de las reformas borbónicas en el boom de la nueva historia sociocultural de la enfermedad que en contraste con la historia tradicional de la medicina plantea nuevos marcos interpretativos de los fenómenos relacionados con la vida y la muerte. Este nuevo escenario historiográfico entiende a las enfermedades como fenómenos complejos que involucran otras dimensiones de lo social, lo cultural, lo científico y lo político. Siguiendo la propuesta historiográfica de Diego Armus podemos destacar tres bloques: *La nueva historia de la medicina*, que tiende a destacar los inciertos desarrollos del conocimiento médico, dialoga con la historia de la ciencia, discute no sólo el contexto —social, cultural y político— en el cual algunos médicos, instituciones y tratamientos «triunfaron», haciéndose un lugar en la historia, sino también aquellos otros que quedaron perdidos en el olvido. Es una narrativa que se esfuerza por tensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social.

La historia de la salud pública, por su parte, destaca la dimensión política, dirige su mirada al poder, la política, el Estado, la profesión médica. Es, en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas. Es, también, una historia que se piensa útil e instrumental, toda vez que busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro porque asume que la cuestión de la salud es un proceso no cerrado. Así, el pasado debe ser investigado apuntando a facilitar

²⁴ Rubén Sánchez Godoy: *Biopolítica y formas de vida*, (Bogotá 2007: Universidad Javeriana), 31

²⁵ Sánchez. *Biopolítica*, 32

intervenciones que, se supone, pueden incidir —de modo no específico sino general— en la realidad contemporánea, intentando reducir las inevitables incertidumbres que marcan a todo proceso de toma de decisión en materia de salud pública. Esta mirada, en verdad, retoma el legado de la práctica y los estudios del higienismo de fines del siglo XIX y comienzos del XX y, más tarde, en torno a los años cincuenta, de algunos estudios que ya se presentaban como historias nacionales de la salud pública. Ambos esfuerzos, que reconocían y enfatizaban el carácter social de la enfermedad, son antecedentes relevantes al momento de evaluar la historia de la historiografía sobre la salud en América Latina.

Comparada con la historia de la medicina y la de la salud pública, *la historia sociocultural de la enfermedad* es más reciente. Se trata, en verdad, de trabajos de historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos y críticos culturales que, desde sus propias disciplinas, han descubierto la riqueza, complejidad y posibilidades de la enfermedad y la salud, no sólo como problema sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos. Así, esta historia sociocultural apenas dialoga con la historia de las ciencias biomédicas y se concentra en las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad. En algunos casos, estas historias están fuertemente marcadas por el empirismo y no van más allá de una recolección de datos relevantes para la historia de ciertas enfermedades. En otros el objetivo pareciera apuntar a mostrar, sin mayores esfuerzos de problematización, que las condiciones de existencia de los pobres, de los sectores populares, o de los trabajadores han estado, siempre, marcadas por la desdicha o que cualquier iniciativa en materia de salud pública ha sido el resultado de un esfuerzo por aumentar la productividad o garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo o que las elites impulsaron las reformas sanitarias por su propia seguridad o que la reforma sanitaria fue el resultado de un arbitrario e inescrupuloso empeño de control liderado por una

burocracia profesional ya afirmada en instituciones estatales o, más en general y de modo bastante simplista, que el capitalismo dependiente necesitaba esos cambios²⁶.

Particularmente, la escena teórica de la historia sociocultural de la enfermedad se apoya mayoritariamente en las conceptualizaciones que se desprenden de los marcos interpretativos foucaultianos, que encuentran en las políticas de estado elementos propios de la modernidad y que permiten controlar las acciones humanas que necesariamente pasan por el cuerpo. De esta forma, las políticas de salud pública son entendidas como esfuerzos de racionalización económica destinados a controlar la población. Dicha particularidad de la relación enfermedad y salud pública la haremos más explícita sumándonos a las palabras de Adriana Alzate: “En ese contexto donde aparece la noción de salud pública, pensada como una condición de control y aumento de la riqueza, y cuyos postulados fueron empleados como una táctica para disciplinar los cuerpos por medio de los imperativos de la limpieza y el orden²⁷. En tal sentido la enfermedad incluyendo a la lepra entendida como el peor de los males de la época, es la antípoda del objetivo que buscaban las reformas borbónicas a finales del siglo XVIII, esto permite afirmar que a finales de este período se dio el paso de una significación teológica de la enfermedad a una significación económica de la salud y la enfermedad, lo cual permitió la transformación de algunos espacios en las ciudades coloniales, cambios impulsados desde una elite intelectual y cultural. Ahora bien, si aceptamos el reto de Renán Silva y cito: “Para poder pensar, o imaginar, el carácter radical de ese cambio que se proponía, debemos tener en cuenta que en la investigación histórica las transformaciones en el orden de la cultura intelectual- por ejemplo en *la historia del pensamiento*- resultan difíciles de fechar y casi imposible de definir con exactitud desde el punto de sus alcances, de su extensión, significación e implementación social, es decir desde el punto de vista de sus formas de circulación y aprobación²⁸. Particularmente este trabajo tratará de mostrar cómo se implementaron estas reformas a finales del siglo XVIII sobre una población de enfermos de lepra, que sirve de laboratorio

²⁶ Diego Armus: “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”, *Asclepio*-Vol. LIV-2-(2002): 12

²⁷ Adriana Alzate: *Suciedad y Orden, Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810*, (Bogotá 2007), 26

²⁸ Renán Silva: *La Ilustración en el virreinato de la Nueva Granada*, (Medellín: Carreta Histórica, 2005), 9.

para analizar los debates e ideas sobre esa transformación cultural relacionado con el paso de la explicación de una enfermedad como la lepra, pasar de la explicación mágico-religiosa al uso de los mecanismos ilustrados. En tal sentido pretendo llenar ese espacio, no desde la historia del pensamiento sino de la historia social de la enfermedad.

El análisis histórico de la sociedad moderna ha introducido un debate sobre los efectos políticos de la Ilustración. Siguiendo la posición de Renán Silva concordamos que se pueden plantear sobre nuevas bases el problema de las relaciones entre el pensamiento ilustrado y los cambios revolucionarios de finales del siglo XVIII y principios del XIX. Incluso, en el terreno de la historia sociocultural de la enfermedad, podemos decir que las raíces ilustradas del siglo XVIII, no solo se encuentran a principios del XIX, creemos que este debate, puede extenderse hasta lo que Diana Obregón ha llamado la *revolución microbiana de finales de siglo XIX*, la cual ha otorgado una nueva definición de la enfermedad, entendida y definida desde su agente productor específico. Esto plantea el problema de saber cuáles fueron las repercusiones efectivas de las reformas borbónicas en el campo de la salud pública y las transformaciones culturales de la sociedad neogranadina de fines del siglo XVIII y su relación con las transformaciones socioculturales de finales del siglo XIX. Otro ejemplo de este debate entre la relación de la modernidad y la salud pública y la percepción economicista de la salud y la enfermedad lo encontramos en el trabajo de Abel Fernando Martínez, un texto en que Colombia es denominada curiosamente como “la primera potencia de lepra del mundo” y Boyacá como una de las regiones más afectadas. De igual forma estos trabajos (Obregón y Martínez) muestran como se produce ese cambio de imaginario en donde la medicalización de la lepra va dejando de lado las percepciones teológicas de la enfermedad a finales del siglo XIX, lo cual es una muestra de la permanencia y persistencia del discurso medieval en el imaginario de la mayoría de la población colombiana donde los índices de analfabetismo aún superaban el 80%.

Esta investigación se sitúa en la línea de desarrollo de los trabajos pioneros de Diana Obregón, Abel Fernando Martínez, Pilar Gardeta y Ana Luz Rodríguez²⁹ los cuales

²⁹ Dentro de este ámbito de estudio, encontramos los escritos de Diana Obregón Torres, “*Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*”, que brinda una panorámica general de la problemática de esta enfermedad. Sin embargo la autora hace énfasis en el siglo XIX, el cuerpo del documento en su mayor

se destacan dentro del campo de la historia sociocultural de la lepra en Colombia y únicos referentes hasta la actualidad en este escenario en particular³⁰. Aunque esta investigación se apoya en algunos de los argumentos de estos trabajos y que en el trascurso del documento aparecen citados; este escrito explora en los campos temáticos obviados por los anteriores como lo son: el periodo colonial; el impacto de las reformas borbónicas sobre la comunidad de leprosos del Real Hospital de San Lázaro; abordar desde este nuevo campo historiográfico (historia social de las enfermedades) al Caribe colombiano, escenario natural para este tema no solo por la fundación de este hospital en Cartagena. Sino también, su carácter de puerto enclave del imperio que le otorgó responsabilidades de tipo higiénico; profundizar en el análisis histórico acerca de la situación de los leprosos de esta plaza en el periodo neogranadino; ubicar en los análisis biopolíticos del siglo XVIII las transformaciones conceptuales sufridas por esta enfermedad en un proceso de renovación

extensión se los dedica a la configuración y construcción de la lepra como una enfermedad infecciosa y a la cruzada contra la lepra adelantada en Colombia desde 1880. Los primeros capítulos de este trabajo se centran en la cuestión de la lepra en el contexto de la sociedad medieval; en los capítulos siguientes examina las prácticas y conceptos relacionados con la elefancia o lepra desde finales del siglo XVIII. La estructura teórica de este documento parte de tres ejes; el primero es la construcción de conocimiento, el segundo es la relación conocimiento y poder, y el tercero la autoridad científica que se encuentra relacionado con el tema de la medicalización. Estos conceptos los presenta desde la óptica del sociólogo Pierre Bourdieu y del filósofo Michael Foucault, desde donde toma la idea de que el ejercicio del poder no requiere intención consiente ni decisión explicativa y que el poder no es sólo represivo, sino también productivo de nuevas relaciones y realidades. En este mismo vagón se inscribe el texto de *“Boyacá: Inmensa leprosería Colombia: Primera Potencia leprosa. Medicina, Iglesia y Estado”* del historiador Abel Fernando Martínez Marín. Este texto, aborda la problemática de los leprosos durante el siglo XIX enfocado en una región determinada, para entre cruzarla (esta problemática) con el proyecto modernizador del estado a finales de dicho siglo. Abel Martínez hace mayor fuerza en la dificultad en que se convirtió la lepra, al frenar, el proceso modernizador del país; así la lepra se muestra, como un campo de legitimación del discurso del progreso. Mediante la recopilación y análisis de leyes nacionales y regionales, la revisión de archivos eclesiásticos y publicaciones médicas, se reconstruyó el manejo que se dio a la lepra, dentro del ejercicio de la Higiene Pública, en Boyacá y Colombia, durante la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX; esto le permitió determinar el papel del Estado, la Medicina y la Iglesia, principales actores del proceso de creación del Lazareto de Boyacá. Ambos trabajos, pioneros en la historiografía colombiana, forman sus cuerpos teóricos desde los conceptos foucaultianos. No obstante tienen como marco temporal el siglo XIX, y hace que ambos escritos pasen por encima y no profundicen sobre el período colonial y solamente citen someramente el Caribe colombiano y el caso cartagenero. Pilar Gardeta Sabater con su artículo *“Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX”* (Dynamis. 1999; 19: 401-428), escrito que se desprende de su tesis doctoral *“El real tribunal del Protomedicato en el virreinato de la Nueva Granada 1740-1820, Universidad de Málaga, 1994”* revisa la teoría sobre los síntomas de la enfermedad, teniendo como hilo conductor las teorías que defendieron los médicos más representativos entre ellos los del científico Mutis.

³⁰ Aunque estos no son los únicos investigadores interesados en está clases de temas y teniendo en cuenta que este campo de estudios se encuentra en formación en nuestro existen una serie de monografías en las universidades como las de Wilmar Martínez por citar un caso. Los investigadores antes citados se convierten en trabajos de referencias no solo porque son los pioneros en éste escenarios sino también porque sus investigaciones han alcanzado el deseo de publicación.

de su discurso. Estos elementos citados se convierten en los aportes de esta investigación teniendo como referencia el corpus historiográfico citado anteriormente.

En cuanto a fuentes, tenemos dos trabajos que se convierten en referencias obligadas para los investigadores que deseen profundizar sobre estos temas, Claudia Patricia Platarrueda Vanegas y Catherín Agudelo Arévalo “*Ensayo de una bibliografía comentada sobre lepra y lazaretos en Colombia, 1535-1871 representaciones, prácticas y relaciones sociales- 2004*” establecen una hoja de ruta de fuentes en torno al tema de la lepra. Esta bibliografía comentada complementa el trabajo de Juan Bautista Montoya y Flores “*Contribución al estudio de la lepra-1910*”. Aunque el escrito no pasa más allá de lo descriptivo, aporta datos documentales de gran importancia para la investigación histórica. Además, presenta una ruta en la búsqueda de fuentes para los interesados en abordar e investigar la lepra como problema histórico. El trabajo de Montoya, Platarrueda y Agudelo se convierten en una herramienta indispensable de consulta para el estudio de la lepra.

Las fuentes manuscritas que nutren este trabajo son, básicamente los Fondos Lazaretos, Hospitales y Cementerios, Miscelánea y Milicias y Marina del Archivo General de la Nación y otras exploraciones en los fondos de la Biblioteca Nacional de Colombia y otras bibliotecas de la ciudad de Bogotá como Luis Angel Arango y la biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana. De igual forma, la búsqueda de fuentes se extendió hasta el Archivo Histórico de Cartagena, con la sorpresa que la base de datos corresponde al A.G.N. y para la temática abordada por esta investigación y su marco temporal este archivo no aporta ningún documento de importancia. Es importante resaltar que la escasez de fuentes condujo al investigador hacer un mayor énfasis en la ciudad de Cartagena ya que ésta se encuentra mucho más documentada para el período que abarca esta investigación, aunque en algunos momentos hacemos referencia a otros sitios en donde de igual forma se enfrentó a la necesidad de dar respuesta a este mal.

El estudio de la lepra en el periodo colonial neogranadino supone por sí mismo una serie de dificultades de tipo documental. En cuanto a la escasez de las mismas, el marco temporal que estas fuentes abarcan y la dispersión de ellas, además de pocos trabajos desde

las ciencias sociales y humanas que aborden esta problemática para el periodo colonial neogranadino. Aunque en el Archivo General de la Nación reposa el *Fondo Lazaretos*, dicho fondo cuenta con documentación básicamente sólo entre 1755 y 1809, siendo casi nula para el resto del periodo colonial. Estos documentos proceden en forma aleatoria de varias localidades del Nuevo Reino, desde donde se reportaban casos de leproso que debían ser remitidos a Cartagena (como Santa Fe, Socorro, San Gil, Panamá). Por otro lado, aunque su tipología es variada, tampoco permiten hacer series largas y coherentes sobre temas puntuales. Se hallan expedientes sobre el Real hospital de San Lázaro de Cartagena, ordenanzas sobre el traslado de leproso hasta la ciudad de Cartagena, cartas de gobernadores frente a la problemática de los leproso en el Virreinato, informes sobre los fondos y gastos del administrador del Hospital Antonio Tatis, disertación médica sobre la lepra de Don Juan de Arias, ordenes fiscales, propuestas sobre la creación de otros lazaretos en otras regiones del virreinato para descentralizar el traslado de estos recursos hasta Cartagena, informes sobre la negativa de algunas provincias de los arbitrios dispuestos para la manutención del hospital, un censo de leproso y documentos de tipo administrativo del hospital. Esta variedad de fuentes enmarcada en las fechas propuestas, hizo que inevitablemente el periodo mejor sustentado sea “durante la aplicación de las reformas borbónicas”. O más exactamente, hay que entender que esta documentación se produjo sólo como parte del irregular proceso de intervención de los funcionarios y los médicos borbónicos, en un olvidado e ignorado cercado de piedra con una capilla y unas chozas, que conformaban la real estructura del Hospital de San Lázaro de Cartagena. Cercado que las había sido mandado a hacer por el legendario San Pedro Claver en 1620. La mayoría de los informes sobre la falta de arbitrios y gastos del Hospital en las últimas décadas del siglo XVIII y la primera década del siglo XIX fueron redactados y firmados por su administrador Antonio Tatis. En tal sentido, este fondo fue constituido en su mayor parte sobre los informes y documentos proporcionados bajo esta administración; administración manchada por un manto de dudas basadas en una serie de demandas y quejas hechas por algunos vecinos de la ciudad en contra del administrador del lazareto.

Estos cuestionamientos hechos en contra de Sr. Tatis, proporcionalmente presuponen dudas sobre la información brindada por su persona en los informes y

documentos entregados, y con los cuales se conformó en gran cantidad dicho fondo en lo que se refiere a la ciudad de Cartagena. El otro administrador del Lazareto de Cartagena del cual tenemos referencias es Nicolás García, quien en 1760 presentó un Nuevo Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital San Lázaro de esta plaza en respuesta a una propuesta presentada por Francisco de Álvarez antes las autoridades del puerto en representación de su Majestad el Rey en 1759. Este documento no se encuentra en el Fondo Lazareto sino en el Fondo Hospitales del A.G.N. confirmando el hecho que este fondo se armó con los informes que produjo este funcionario durante su administración del Lazareto.

Documentos que se encuentran en el Fondo Lazaretos de Archivo General de la Nación

FECHA	TITULO DEL DOCUMENTO
1755	Ocho folios sobre el aislamiento de los leprosos, destinación de un terreno para congregarlos
1777	Censo de Leprosos de Cartagena
1780	Provincias tomadas para evitar el mal de S. L. en los pueblos
1780	Cuatro folios que contienen la orden de cambio en la conducción de los leprosos
1789	Expediente sobre la certificación de los hermanos del Dr. José Franqui padecían lepra
1791	Un Expediente sobre el traslado de un enfermo al hospital de S.L.
1791	Documento donde el procurador general pide la recolección de lazarinos para trasladarlos
1791	Seis folios sobre las medidas que deben tomar los habitantes de la capital para no contraer lepra
1791	Traslados de leprosos a caño de loro
1795	Informe sobre el número de enfermos de lepra
1795	Solicitud para que se hagan declaraciones. Orden fiscal para que el expediente pase al virrey
1800	Seis folios dedicados al caso de una mujer que padece lepra
1801	Aislamientos de leprosos en el hospital San Juan de Dios de Santafé
1801	Documentos en relación a la fundación de hospitales de leprosos en la Nueva Granada
1801	Autos y Conceptos sobre el mal de S.L. que padecía Juan José
1801	Documentos relacionados con el reconocimiento de lazaretos en la parroquia de Calarca
1802	54 folios dedicados a varias provincias en relación a la creación de un Hospital de Lazaretos
1802	Cobro de arrendamientos por parte de Pedro López
1809	El sindico procurador general informa sobre la epidemia de lepra en Santafé
1775-1807	Fondos y gastos para la recolección de leprosos y de la administración del hospital S.L. de Cartagena
1777-1807	Expedientes sobre el hospital S.L. de Cartagena
1785-1789	Creación, Traslado y fundación del hospital
1785-1807	Reclamos del hospital por los enfermos de Cartagena
1789-1801	Fundación de hospitales para leprosos
1795-1799	Informes, exámenes clínicos y asistencia a leprosos
1804-1806	Carta sobre los excesivos impuestos que cobran con destino al Hospital S.L. de Cartagena
1805-1809	Solicitud de providencia para la limitación de facultades del administrador del hospital

Como consecuencia de las fuentes que encontramos para elaborar este trabajo, el II y III capítulo cuenta con un apoyo en fuentes mucho mayor que el primero para soportar los argumentos de hipótesis que en ellos planteamos. En tal sentido, esta investigación realiza

un aporte documental dado a la utilización de fuente primaria que hasta el momento ningún otro investigador había utilizado. Para el periodo anterior a las reformas (I capítulo), tuvimos que apoyarnos en investigaciones anteriores. Siguiendo la línea de exposición de Diana Obregón, quien en su texto “Batallas contra la lepra” muestra en los primeros capítulos, la relación entre la lepra y la significación religiosa de esta enfermedad; quisimos, sumándonos a esta presentación, darle mayor énfasis a dos temas poco expuestos en su escrito, ellos son: la caridad judío cristiana alrededor de la lepra y la figura jurídica e higiénica del degredo. Este pretexto metodológico fue el camino escogido para dar cuenta de la situación de los leprosos en el escenario colonial antes de la aplicación de la maquinaria borbónica. Sin embargo, la precariedad de material documental para la época anterior a las reformas en fuentes primarias y secundarias y siguiendo el modelo expositivo de uno de los mejores trabajos historiográficos que aborda esta problemática, sirvió de estrategia para ambientar cual era la situación de los leprosos en los primeros siglos de la colonización.

El hilo conductor que guía la estructura del trabajo son las transformaciones socioculturales y médicas que formaron parte de las reformas borbónicas, entendidas como un punto bisagra a finales del siglo XVIII entre lo tradicional y lo moderno. Partiendo de este propuesta estructural el cuerpo del trabajo se divide en tres capítulos; En el primer capítulo se muestra ese primer momento donde se configuran el espacio que debían ocupar los leprosos, la acción judicial e higiénica a la cual debían someterse y su mecanismo de manutención el cual sirvió de excusa para que se entablaran relaciones sociales entre dos grupos que en teoría no podían tener contacto alguno sanos y leprosos, de igual forma creemos que es importante plantear este debate desde la larga duración y que las raíces de tal problema histórico nos amarran a las prácticas medievales que pervivieron hasta finales del siglo XIX. Unas prácticas medievales que las enfocamos desde dos ópticas: 1) desde el ejercicio de la caridad cristiana y los circuitos de ayuda que se crean para asistir y suplir las necesidades del hospital y 2) desde la práctica más antigua de salud pública que conoce el nombre “el degredo”. En el segundo capítulo abordamos el proceso de desmagicalización de la lepra con la aplicación de las reformas borbónicas, asumidas por una pequeña elite intelectual y cultural que impulso la puesta en marcha de dichas transformaciones en la

escena social. Esto nos conduce a un elemento crucial: La nueva significación conceptual de la enfermedad y su explicación científica y a lo que Renán Silva define como la relación entre el discurso, las prácticas sociales y las representaciones, esta metodología nos sirve como un llamado de atención para no caer en el reduccionismo discursivo proliferante en muchos de los trabajos universitarios; en la misma línea expongo al hospital ya no como una institución privada sino como la primera línea de combate *estatal* desde las políticas de salud públicas e higiénicas en el marco conceptual de la biopolítica, este proceso de desmagicalización solo puede ser medido y entendido en los debates médicos de la época.

Finalmente, en el tercer capítulo, abordamos como estas nuevas políticas económicas impulsadas por la reformas impactaron a la comunidad de leprosos recluida en el lazareto, sin dejar de lado el cómo este andamiaje borbónico atravesó la reorganización del espacio en las ciudades coloniales; este nuevo imperativo conlleva a que el hospital de San Lázaro de Cartagena sea movido a los extramuros de la ciudad en el lugar Caño del Loro, y se transformaran los vínculos sociales que existían entre los leprosos y los sanos en el puerto.

CAPÍTULO I

Antes de entrar en el debate de la relación que existía entre las características de los lazaretos como hospitales y la diferencia de estos con otros hospitales que cumplían otras funciones y poseían otras cualidades en el escenario colonial, es necesario responder a la siguiente pregunta: ¿Por qué se crea el lazareto en la recién fundada ciudad de Cartagena durante el período de la conquista? Este simple, pero complejo cuestionamiento abrirá el contexto del cual queremos dar cuenta de las características del hospital colonial y del lazareto de esta ciudad, además de las políticas criminales e higiénicas como el degredo y las formas de relacionarse entre sanos y leproso bajo el concepto de la caridad cristiana.

Las disposiciones reales de fundar hospitales para leproso en los nuevos territorios por parte de la naciente potencia de ultramar “España” hicieron parte de la logística sanitaria del proceso de conquista. Es por ello que, durante las primeras décadas de este período, se fundaron hospitales para enfermos del mal de San Lázaro en las ciudades enclaves para el imperio o ciudades puertos como Lima que fundó su hospital para dichos enfermos en 1563, Filipinas en 1577, Guatemala 1640, la Habana 1667 y Cartagena en 1608. Ejemplo de este imperativo fue la Real Cédula originada en el Escorial, el 19 de Agosto de 1598, mediante la cual el príncipe disponía el pago de doscientos ducados para la construcción de un centro de confinación de leproso en la Habana³¹. La característica general de estas urbes era primordialmente su carácter de *puertos marítimos*. Cartagena al igual que la Habana y Guadalajara fueron los puntos de entrada de toda la maquinaria de la

³¹ Sobre la historia de estos hospitales, véanse: GUIJARRO OLIVERAS, J. Historia de los hospitales coloniales españoles en América durante los siglos XVI-XVIII, *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 1950, 2, 536-539, 550-552, 559-564 y 573-587; Fidel Aguirre Medrano: *Historia de los hospitales coloniales hispanoamericanos*, Volumen 1 (Santo Domingo- Panamá), CENAPEC, México 1991; Gallent, Mercedes; “Historia e historia de los hospitales”, *Revista de Historia Medieval DEBAT*, Universidad de Valencia- N°7, página 179-191; Pedro Laín Entralgo: *Historia de la medicina*, (Barcelona Salvat: 1977).

conquista española y posteriormente, se convirtieron en los puertos más importantes de esta parte del continente; esta realidad presupone diferencias tangibles entre estas ciudades y aquellas que no poseían dicha características, como puntos de enclaves mercantiles del imperio. Sobre estas urbes recae el peso y la responsabilidad de ser el punto de salida de las riquezas y mercancías extraídas de los nuevos territorios conquistados, además fueron el punto de llegada y salida de personas y de embarcaciones, tráfico de esclavos africanos debido a la sobre-explotación de la población indígena y sumado a esto las oleadas de europeos que llegaban a dichos puertos ya fuera de paso o a sumarse a la empresa conquistadora. Estas ciudades se convirtieron en lugares sensibles a muchos tipos de afecciones por causa del encuentro racial, además su ubicación geográfica propagaba las epidemias sin control alguno. Todos estos factores hicieron que estas ciudades desde un principio estuvieran enfrentadas a epidemias y enfermedades, y fueron un espacio donde se llevaron a cabo todas las experimentaciones de orden urbano, cuarentena y control de la circulación de población y de mercancías.

Estas semejanzas peculiares de estas ciudades permitieron la puesta en marcha y funcionamiento de ciertas medidas sanitarias para controlar posibles epidemias o brotes de enfermedades, es así como, se fundan hospitales en estos puertos, al principio no como instrumentos de cura sino como una forma de impedir que una enfermedad, como la lepra, se constituyera en foco de desorden económico o epidémico. En el caso particular de la ciudad de Cartagena, recién fundada, fueron construidas tres instituciones hospitalarias: el hospital de San Sebastián con sala de enfermos con “dolores, bubas y unciones”; el hospital del Espíritu Santo para incurables, enfermos crónicos y convalecientes, y el hospital de San Lázaro para llagados y leprosos³². Es el carácter mercantil de estas ciudades el que obliga y hace necesario que se elaboren una serie de herramientas para generar no solo un control fiscal sino también un control sanitario y militar. Es así, como los hospitales se constituyen en una herramienta inicial de las políticas de salud pública implementadas por el imperio para prevenir futuros desmanes que conduzcan al desorden social y más aun en una enfermedad como le lepra cargada de tanta simbología religiosa e imaginarios populares

³² Jairo Solano, *El Arte de Curar en el Caribe Colombiano, del chamán al médico*, (Universidad Simón Bolívar, Barranquilla 2005), 46.

que la ligaban a prácticas sociales del Medioevo y a representaciones de la población americana.

1.1. ¿Hospital u Hospital de Lazareto?

Hablar del concepto de hospital durante la baja Edad Media es muy ambiguo, ya que esta institución agrupaba otra serie de funciones relacionadas con recoger vagabundos, viajeros, niños expósitos y enfermos, de tal forma que el hospital podía servir de hospicio o sitio para descansar o encerrar enfermos. Este primer momento que nos ubica en el período medieval, la institución hospitalaria, estaba estrechamente ligada al concepto de caridad, de ayuda a los pobres, desheredados y miserables sociales. De tal forma que los hospitales servían como un mecanismo de control para la pobreza.

Desde los inicios de la vida médica en el Nuevo Mundo, el hospital tuvo una importancia fundamental. Su erección fue generalmente paralela a la fundación de las más importantes ciudades, al igual que otras instituciones como las iglesias y los cabildos. En 1573, Felipe II ordena que los hospitales deban ubicarse junto a las iglesias y por claustro de ellas. Lo sustancial de este proceso fue que el hospital siempre formó parte básica del concepto de ciudad³³. Los hospitales tuvieron tres funciones fundamentales: socorrer, encerrar y curar. Pero los leprosos se quedaron estancados en el encerramiento de los leprosos, como una política de aislamiento que se mantuvo hasta las primeras décadas del siglo XX.

Durante la época de los Reyes Católicos se trató de crear un sistema de control de enfermos y mejorar la eficacia de los hospitales bajo la vigilancia de los protomédicos, alcaldes y regidores³⁴. Hasta la época de las reformas borbónicas la institución hospitalaria fue vista como una institución del socorro, enmarcada dentro de la función de las órdenes religiosas. La práctica médica al interior del hospital era ejercida como un servicio para los

³³ Andrés Soriano Lleras, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la conquista y la Colonial* (Editado Universidad Nacional, Bogotá 1972), 141.

³⁴ Soriano, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada*.141.

más desfavorecidos de la sociedad, por tal razón no era el médico sino el cura quien se encargaba de administrar los cuidados del enfermo³⁵. Durante la colonia se pueden observar tres tipos de organización hospitalaria, el convento, el colegio y el lazareto, organizaciones que comparten su orientación y su carácter privado, es decir, de instituciones administradas por organizaciones para-estatales –las órdenes religiosas- cuyas políticas de gobierno escapaban del control del Estado. Pero con la aplicación de las reformas borbónicas a mediados del siglo XVIII cambiaría este panorama radicalmente.

Aunque durante los siglos XVI Y XVII, las ciencias aun permanecían ligadas al tradicionalismo medieval, el problema de la salud pública en España fue de interés para el poder municipal; asimismo, se crean formas de control de la salud en la ciudades, como la monarquía, quien fundó y apoyó la institución del protomedicato, organización encargada del manejo de la profesión médica³⁶. Este control no se llevó a cabo en América de la misma manera que se practicaba en España, por varias razones, en primer lugar debido a que la empresa conquistadora fue impulsada por el sector privado, en segunda medida estaba el hecho del distanciamiento que existía entre el imperio y sus colonias, además y por último las realidades del nuevo continente eran muy diferente. La tradición ya existente en los grupos indígenas de prevención y curación de sus enfermedades, nos hace entender que como en la cultura y la religión, en la medicina también se produjo un proceso de transculturización, debido a que los colonizadores tuvieron que apoyarse en los conocimientos que poseían los indígenas de su medio (yerbas y raíces curativas) para enfermedades como la fiebre amarilla³⁷. El Curanderismo era también una necesidad social para la Corona española, pues los curanderos atendían las poblaciones Indígenas, africanas y mestizas donde no llegaban los facultativos disponibles. Las leyes prohibían la práctica ilegal de la medicina, pero frente a la realidad tuvieron que flexibilizarse, volviendo esta práctica tolerante para los grupos *no blancos* que eran la mayoría³⁸.

³⁵ Santiago Castro, *La Hybris del punto cero, Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada*. (Pensar-Universidad Javeriana, Bogotá, 2005), 143.

³⁶ Emilio Quevedo, Historia social de la ciencia en Colombia. *Medicina (1)*. Tomo VII. (Colciencia, Bogotá, 1993), 36.

³⁷ Soriano, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada*. 58

³⁸ Diana Luz Ceballos Gómez, *Quyen tal haze que tal pague, sociedad y prácticas mágicas en el Nuevo Reino de Granada*, (Ministerio de Cultura, Bogotá, 1999), 127.

La medicina estuvo enmarcada por el interés estatal modernizador que afectó todas las esferas sociales. Estas planteaban que el Estado debía asumir, controlar e impulsar los estudios científicos. En España el componente moderno de la organización científica se apoyó en dos instituciones fundamentales: el poder Real, como núcleo de cristalización del Estado moderno, y el municipio. Estas instituciones, a las que hace mención José María López, tenían una relación con la actividad científica; el municipio se encargaba de la enseñanza, problemas sanitarios y obras públicas, mientras que el poder Real estuvo vinculado al estudio de la geografía americana (estudio científico de los recursos), la navegación, actividades sanitarias, ejercicio del médico, la organización de la técnica militar y la venta e impresión de libros. Aunque esta experiencia que se vivió en España, no se practicó de la misma forma en las provincias americanas, debido a las características iniciales, y siguiendo con el ejemplo, del protomedicato, que fue una de las instituciones fundadas por los Reyes Católicos en 1477³⁹, esta estaba encargada de regular la práctica médica de España y posteriormente esta realidad se transporta a América por el proceso del descubrimiento; en consecuencia esta institución (protomedicato), según Emilio Quevedo, tuvo un fuerte impacto en la sociedad española ya que reguló todos los oficios que se derivan de esta actividad, como la cirugía y la farmacéutica; el tribunal protomédico era el encargado de conceder los permisos para la práctica médica.

1.2. El Lazareto de Cartagena

(...) En otras dolencias se busca en los hospitales remedio, en la lepra va al hospital quien no lo tiene a perder la libertad y sepultarle en un perpetuo olvido. En otras enfermedades lleva al hospital el deseo de salud; en esta, la falta de esperanza de recuperarla. En las comunes hay la contingencia de vivir o morir; en la lepra la certeza de vivir muriendo. Para el leproso, es mayor siempre el temor a la muerte que la esperanza a la sanidad y algunos leprosos llegan al Estado, que la vida les es a los infieles un suplicio y la muerte les puede ser un consuelo⁴⁰.

Estas desesperanzadoras palabras escritas por Gregorio de Nacianceno sobre la

³⁹ Emilio Quevedo: *Historia social de la ciencia en Colombia*, Medicina (1), Tomo VII (Colciencias, Bogotá, 1993), 43.

⁴⁰ Gregorio de Nacianceno en: *Discurso histórico y jurídico del origen, fundación, reedificación, derechos y extensiones del hospital san Lázaro de Lima*. Escrito: El Señor Doctor Pedro Josep Bravo de las Lagunas y Castilla, 37.

realidad del leproso muestra como el hospital para leprosos es un lugar de encierro donde solo se espera la muerte con la certeza de estar muerto en vida, estas palabras muestran al Lazareto, como una institución hospitalaria que encierra otro tipo de dinámicas que la distancian de instituciones que cumplían un fin semejante “el control de la población”. Esta realidad implica no perder de vista que los hospitales, las enfermedades y las medidas de control de la población se encuentran inmersas en una lógica higienista del período de conquista y colonización y más aún en una ciudad puerto con un flujo importante de personas y mercancías de todo tipo yendo y viniendo. Esta justificación y característica con la cual contaba la ciudad de Cartagena (puerto marítimo) generan ciertas particularidades especiales con la cual contaba este espacio y que en las siguientes líneas pretendemos esbozar.

En el caso concreto de Cartagena, el hospital de San Lázaro en un primer momento fue construido el 16 de Diciembre de 1592, en la esquina que cae en el último remate de Getsemaní, frontero al fuerte de El Boquerón; esto es, muy adentro de la ciudad lo cual originó protestas de los vecinos. En un segundo momento fue removido a las afueras, junto al camino real, al pie del monte que hoy en día lleva el nombre de San Lázaro. Por muchos años el hospital estuvo localizado próximo al castillo San Felipe, más exactamente estaba ubicado a salida de la ciudad por la puerta de la Media Luna hacia el este, como nos narra Juan de Ulloa, un poco adelante del barrio de Getsemaní, al pie del monte que más tarde va a servir de fundamento al castillo de San Felipe⁴¹.

En los años que van desde 1598 hasta 1786, el Lazareto se encontraba en las inmediaciones de la ciudad de Cartagena, esta situación permitió la creación de vínculos sociales entre los leprosos y las gentes sanas de la ciudad, configurando una serie de prácticas sociales que posibilitó la existencia de dos grupos poblacionales “Sanos y Leprosos”. Esto quiere decir que los sistemas de auxilios de los sanos hacia los enfermos jugó un papel determinante en la vida cotidiana de la Cartagena colonial. La cercanía le permitía a los leprosos ser visitados por sus familiares o que estos los visitaran a ellos, salir

⁴¹ Tulio Aristizábal Giraldo, *Conventos y hospitales de la ciudad de Cartagena colonial*. (Editores Ancora. Bogotá: 1998), 148

a pedir limosna era más fácil, los protomédicos que se arriesgaban a tratarlos podían hacerlo más seguido y los enfermos no tenían que esperar tanto con visitas esporádicas que algunas veces duraban 6 meses. En el documento presentado en 1760 por Nicolás García administrador del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena al Gobernador de Cartagena de Indias Hidalgo, titulado “El Nuevo Plan de Gastos y Arbitrios del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena” en uno de los apartes del escrito dice:

(...)No hay que tratar de que el hospital se mude. En igual inmediación a la ciudad está el de Sevilla y el de la Habana según estoy informado y así pueden ser los enfermos servidos más fácilmente, atendidos de botica, medico y cirujano y no se malgastarían las limosnas diarias que al pasar por delante del hospital contribuyen los piadosos⁴².

Lo esclarecedor de las palabras del administrador del lazareto, es que él reconoce la importancia de la cercanía del hospital en las inmediaciones de la ciudad, ya que los enfermos se beneficiaron del sitio para la obtención de atención médica, mayor acceso a los medicamentos dado la proximidad a las boticas de la ciudad, a los tratamientos de los cirujanos y a las limosnas que entregaban los piadosos al hospital. Es claro que la inmediación del hospital a la ciudad permitió la construcción de relaciones sociales de dos grupos que en consecuencia no podían tener contacto alguno, tan claro es este hecho (las relaciones entre sanos y leprosos) que San Pedro Claver visitaba constantemente a estos enfermos y en el año de 1620 por solicitud de él, se cercó el Lazareto de Cartagena con tapias y se construyó la capilla; en 1627 el Hospital albergaba a 70 leprosos y fue rodeado con una cerca de piedra⁴³. Asimismo, esta relación plantea otro cuestionamiento; ¿si el discurso religioso y medico de la época colonial expresaba la separación total de los enfermos de lepra, por qué y cómo se construyeron estas relaciones sociales que por un lado manifestaban la exclusión y por el otro lado se construyó la inclusión? Teniendo presente que la tradición medieval, el discurso religioso y la caridad cristiana entretejieron una serie de prácticas sociales donde pesó más la política del buen cristiano en lo que se refiere al trato con estos infelices enfermos; de igual forma es indudable la percepción y construcción social de una enfermedad que recogió a través del tiempo una serie de connotaciones negativas que la ligaban a prácticas impuras que propiciaron el estigma de

⁴² Nuevo Plan de Gastos y Arbitrios del Real Hospital de San Lázaro, AGN. Fondo Hospitales y Cementerios. Folios 549-550

⁴³ Soriano, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada*,41

que la lepra era consecuencia de un castigo divino y un castigo moral, sobre este punto en particular hablaremos más adelante.

A diferencia de los otros hospitales que se encontraban administrados por entes privados o para-estatales como las órdenes religiosas y en este aspecto seguimos los trabajos de Emilio Quevedo y Andrés Soriano Lleras. Los lazaretos hacían parte de la institucionalidad como cualquier ente administrativo, desde el permiso para su funcionamiento hasta los fondos de mantenimiento; muestra de este imperativo fue “El Derecho de Anclaje”, que consistía en una medida tributaria según la cual, cada embarcación que atracara en el puerto de Cartagena debía pagar tres pesos con destino al hospital de San Lázaro en el siglo XVII⁴⁴.

(...) Concede al hospital de S.L. de Cartagena el derecho de anclaje de los navíos que entran a ese puerto con el fin de procurar medios para asistir las necesidades de los enfermos de elefancia que aceden en gran número al hospital y que andan divertidos por la ciudad y estancias, de que resulta quedar otros muchos tocados de aquel contagio; además dispone que haya un mayoral, un procurador y un capellán para el servicio de este establecimiento y define las condiciones para el ejercicio del oficio de dos bacinadores en Cartagena y de uno en cada una de las ciudades que remiten allí a sus enfermos⁴⁵.

La existencia de un arbitrio para gastos propios del hospital es una característica común entre los centros hospitalarios destinados para el encierro de enfermos de lepra, el caso limeño es una muestra de ello, donde el Rey exigía la búsqueda de arbitrios para la manutención de los leprosos de esa región del Reino⁴⁶. Pero Cartagena a diferencia de Lima contaba con una administración laica la cual era responsable de ordenar, administrar los recursos que obtenía el Lazareto por medio del derecho de anclaje, esta realidad muestra un rasgo distintivo de este hospital. Esto no quiere decir que el lazareto haya negado los beneficios de la caridad pública tales como la limosna o el servicio que prestaban las órdenes religiosas propias de sus labores piadosas, sino más bien agregó una particularidad importante de resaltar del caso cartagenero.

⁴⁴ Aristizábal, *Conventos y hospitales*, 42

⁴⁵ Reyno de las Indias- recopilación de las leyes de las indias, mandadas a imprimir y publicar por el Rey don Carlos II. Tomo 3. Tomo 1. Madrid: imprenta del real y el supremo concejo de indias. 1791. P31-30

⁴⁶ Gregorio de Nacianceno en: *Discurso histórico y jurídico del origen, fundación, reedificación, derechos y extensiones del hospital san Lázaro de Lima*. Escrito por: El Señor Doctor Pedro Josep Bravo de las Lagunas y Castilla, página 26.

Por ser el Real Hospital de San Lázaro una institución caritativa, siempre tuvo problemas de fondos y recursos, aunque esta dificultad la sufrían otros hospitales. Es contradictorio que, cumpliendo un papel tan determinante socialmente y teniendo como entrada los auxilios y las ayudas que dispuso el Rey durante el siglo XVII y XVIII, estuvieran sumergidas en la bancarrota. Infortunadamente el mal manejo de los fondos del Hospital por parte de su administrador, agravó más el problema de supervivencia de estos enfermos en las últimas décadas del siglo XVIII como mostraremos más adelante.

Los lazaretos o leprosorios eran un lugar de reclusión en donde se encerraban a los leprosos y se les desconectaba totalmente de la sociedad. Para Foucault los leprosorios son un tipo de institución que no se concibe como un instrumento de cura, sino más bien como un medio de impedir la constitución de foco de desorden económico y social⁴⁷. Dado que la lepra no era un problema exclusivamente de la ciudad de Cartagena, en los nuevos territorios existieron otros tipos de lazaretos los cuales podríamos clasificar como lazaretos de observación, detención, espera y cuarentena. Estos se crearon en las principales ciudades y puertos, y se originaron a partir de la mortal epidemia de peste negra que diezmó a Europa en el siglo XIV. Siguiendo la teoría miasmática de la transmisión de las enfermedades (miasmas es el conjunto de emanaciones fétidas causantes de la enfermedad, esta teoría se puso en práctica desde el siglo XVII hasta el XIX), el lazareto de observación fue un espacio, para vigilar airear y purificar mercancías, animales y viajeros provenientes de zonas infectadas. Así se constituye en exponente de control de enfermedades epidémicas como la cólera, la peste y la fiebre amarilla.

Con lo anterior y apoyándonos en las fuentes documentales utilizadas para esta investigación, podemos llegar a ciertas conclusiones sobre el lazareto de Cartagena en este primer período que va desde la fundación del lazareto hasta 1790:

- 1) Los hospitales de lazaretos tuvieron particularidades diferentes a las otras

⁴⁷ Michel Foucault: *El nacimiento de la clínica, una mirada a la arqueología médica*, (Editorial siglo XXI Edición) 14, Bogotá 1991, 21.

instituciones hospitalarias del período colonial debido la función social que estas cumplían frente a una enfermedad incurable y que además poseía una serie de cargas morales y religiosas que la estigmatizaban como el peor castigo de Dios. Mientras que en los otros hospitales se buscaba algún tipo de alivio, para el caso de lepra el único alivio posible era la muerte; el lazareto era básicamente un lugar de encierro donde el leproso esperaba la muerte en contraste con las otras instituciones hospitalarias fundadas simultáneamente en esta ciudad;

- 2) Los lazaretos fueron los primeros hospitales que tuvieron un carácter bidireccional en el tema administrativo, dado que el Estado permitía la intervención de las órdenes religiosas pero colocaba un mampostor laico quien recibía y administraba los recursos estatales obtenidos por los arbitrios destinados para la manutención del hospital y los leprosos (por lo menos para el caso cartagenero);
- 3) La caridad cristiana se convirtió en la herramienta social que posibilitó en la ciudad de Cartagena de Indias, durante los siglo XVII y XVIII la construcción de lazos sociales entre sanos y leprosos; en consecuencia encontramos dos estructuras sociales que configuraron el comportamiento de la población cartagenera hacia los leprosos; por un lado encontramos la caridad como una práctica social y por el otro la simbología social del leproso y el temor que producía el contagio de este mal.

1.3. La política del degredo⁴⁸

El degredo es una política de aislamiento para enfermos, en caso de enfermedades contagiosas o epidemias y delincuentes, que nace de una preocupación por la salud y bienestar de la comunidad para restarle terreno a la muerte frente a períodos de pestes o enfermedades como la lepra. Esta política se convierte en un mecanismo de control sobre las epidemias. También puede entenderse como una política racional que responde al deseo de proteger a la población sana de un peligro de contagio de una enfermedad, ya que ésta puede infectar a algunos de los miembros de una comunidad y seguir la propagación de la

⁴⁸ Degredo. (Del. Port. Degredo, lugar de destierro). I.m. Ven. Hospital de enfermos contagiosos (Diccionario de la Real Academia Española)

misma.

Esta medida, según algunos pensadores ilustrados, puede asimilarse como la primera política de salud pública que puso en práctica el hombre occidental europeo a pesar de que no es más que el aislamiento del enfermo. Este método posee una larga tradición y vieja data en las antiguas civilizaciones de occidentes y posteriormente los pueblos del mundo medieval la adoptan como una forma para controlar las epidemias y las pestes.

El aislamiento o el degredo se convirtió en un ritual obligatorio. El libro sagrado de los católicos (la Biblia) sugiere en el Levítico que el leproso debería permanecer fuera del campamento por lo menos seis días hasta que fuera reconocido por un sacerdote y declarado listo para el ritual de purificación que consistía en el juicio espiritual y no médico, el sacerdote solamente juzgaba espiritualmente y no la gravedad de la enfermedad⁴⁹. Otros, han interpretado esta ceremonia como un caso de epidemiología racional: el sistema para controlar la lepra que involucra diagnóstico diferencial, aislamiento, cuarentena y desinfección, continúa siendo la aplicación más brillante de epidemiología racional en los tiempos antiguos y ha ejercido una influencia en la práctica de salud pública hasta nuestros días.

La prohibición de comunicar los leprosos se continúa para no comunicarlos con la muerte y con una censura corporal, no se permiten enterrar en los cementerios y sepulcros comunes. Sus huesos y cadáveres se transportan a particulares entierros. Aprendiendo que son más terribles las putrefacciones, que empezaron con la anticipación a la muerte y que se deprava con muy novicia infección, el aire con unos vapores que exhalan los cuerpos que aun animados estaban ya corrompidos. Esta creencia dio pie a que se realizaran en ciertas iglesias ritos particulares para separar a los leprosos de la comunicación con los sanos. En algunas, los parrochos los conducían procesionalmente de su casa al templo cubiertos y acompañados de pompa funeral y celebrada la misa de difuntos de cuerpo presente, les daban por sepultura su habitación, fuera de los muros con extraordinarias ceremonias, en otras iglesias se decía misa propia, con particulares oraciones alusivas a su enfermedad, tomando la epístola de los libros de los reyes, que refiere el castigo de lepra padecido por Geizi, criado del profeta Eliseo y el evangelio del milagro de los 10 leprosos. Entregaba al párroco solamente al enfermo las piezas precisas a su uso, davale primero una vestidura bendita y señalaba para que fuese por ella conocido y él decía: tomad este vestido y traedlo en señal de humildad, sin el cual yo os prohíbo en adelante salir de vuestra casa. Le entregaba un pequeño jarro y decía: Tomad este barrillo para recibir lo que os diere de beber; y se os prohíbe, pena de desobediencia, beber en arroyos, fuentes, pozos comunes y lavaros de algún modo, ni vuestros vestidos y camisas y otras cosas que hubo eren tocado

⁴⁹ Diana Obregón: *Batallas contra la lepra, medicina y ciencia en Colombia*, (Editores Banco de la Republica, Medellín 2002), 56.

vuestro cuerpo. Le ponían una campana y decía: tomadla en señal de que os prohibido hablar a otras personas, que no sean vuestros semejantes; sino es por necesidad de alguna cosa que pidieris al toque de la campanilla y poniendo os a sotavento. Añadía: tomad estos guantes, por los cuales se os prohíbe tomad algo con tus manos desnudas, si no es lo que os pertenezca y finalmente recibid este canasta con los cuales recibid la limosna y acordaos de rogad a vuestros benefactores⁵⁰.

Es interesante observar como la acción de aislar a los lazarinos nos conecta con un pasado medieval propio de la península española, este es el aporte inicial del extracto sacado del documento del Doctor Pedro Josep Bravo que expone cómo el elemento religioso, médico y la relación muerte-lepra impulsan como medida el aislamiento o degredo de estos enfermos. Y son precisamente estas prácticas sociales las que nos permiten construir una línea del tiempo hacia nuestro pasado medieval español; ahora bien, si la creación de los hospitales para lazaretos en los puertos nos conecta con una tradición mercantilista, nuestras prácticas sociales frente a un mal como la lepra nos conectan con la posibilidad de afirmar que las estructuras medievales que configuraron los comportamientos sociales sobre ciertas enfermedades, se mantuvieron hasta finales del siglo XVIII. Esto no quiere decir necesariamente que en los nuevos territorios esta praxis social se dio a imagen y semejanza de la patria española, sin embargo estas estructuras mentales y sociales, sí configuran nuevas realidades teniendo de fondo esta herencia del mundo europeo. En consecuencia, este documento nos permite realizar la primera aseveración frente al tema del degredo: esta práctica social nos conecta directamente con las prácticas sociales medievales de la península española. Práctica que se convirtió en la mejor forma de cortar de raíz con dos problemas; exponer a los sanos al contagio y convivir con enfermos que representaban lo pecaminoso. El degredo de los leprosos fue una práctica que tomó fuerza durante los siglos X y XV en Europa, sobre todo en las ciudades enmarcadas dentro de la frontera ideológica del catolicismo.

Ahora bien, basándonos en los trabajos de Santiago Castro, Renán Silva, Diana

⁵⁰ *Discurso histórico y jurídico del origen, fundación, reedificación, derechos y extensiones del hospital san Lázaro de Lima*. Dedicado: A la Real Audiencia. Escrito: El Señor Doctor Pedro Josep Bravo de las Lagunas y Castilla, Ministro honorario del Real Consejo de Indias, Oidor Jubilado de la misma audiencia, Catedrático de la Prima de Leyes, hoy Presbítero de la consagración del oratorio de Phelipe Neri. Da a la Luz: Don Lorenzo y León Mayordomo de dicho hospital, impreso con debidas licencias en Lima en el año 1761.

Obregón, Ana Luz Rodríguez y las fuentes documentales en las cuales se basó este trabajo, entremos a precisar las particularidades de esta medida en el escenario colonial. Ana L. Rodríguez en su trabajo “*Cofradías, capellanías, epidemias y funerales: Una mirada al tejido social de la independencia*”, define el degredo como una medida social ante la carencia de soluciones médicas: apartar a los enfermos, confinarlos en lugares alejados, observarlos a distancia. Romper cualquier clase de vínculos sociales con ellos, negarles su derecho de habitantes de una población y miembros de una familia. Para el caso de los lazarinos, el degredo estaba pensado y diseñado para lograr el aislamiento definitivo. Renán Silva, plantea en su escrito “*Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*”, expone que el degredo, fue una medida esencialmente surgida de la necesidad de establecer uno o varios lugares de aislamiento (zonas despobladas atravesadas por vientos continuos) a una distancia mínima de diez leguas de la ciudad, evitando la llegada al puerto poblado de ropas, enseres y personas a las que se reconociese enfermas y viniesen de la ciudad de Cartagena o de la Villa de Mompós. En su calidad de puerto, Cartagena, se separaba a los viajeros en un lugar de degredo hasta que el Protomédico⁵¹ de la ciudad y las autoridades sanitarias lo examinaran y descartaran cualquier probabilidad de contagio a la población.

Con ello, encontramos dos puntos de vista diferentes del mismo concepto; mientras que para Ana Luz Rodríguez y Diana Obregón el degredo consiste en la acción de separar o aislar al ente contaminador, para Renán Silva, el degredo es el lugar donde se confina el ente contaminador. Ambos puntos de vista no presuponen una contradicción, sino una doble acepción del concepto; hay que tener en cuenta que para Renán Silva, esta medida se puso en práctica en período de pestes de viruela. Por tanto el degredo se le atribuye al espacio que ayuda a frenar el contagio colectivo, mientras que para el caso de la lepra, el degredo es la medida de aislar al enfermo para evitar el contagio colectivo.

Este mecanismo, siguiendo las afirmaciones de Santiago Castro, se convierte así en la concreción empírica de un modelo ideal, que como he dicho, buscaba la instauración social

⁵¹ Protomédico. (De proto- y médico). 1.m. Cada uno de los médicos del rey que componían el tribunal del protomedicato. (Real Academia Española)

de un orden. Un orden entendido como una solución en medio de una crisis, en tal sentido, el degredo era comprendido como una “zona higiénica⁵²”. Para el caso de la lepra en la ciudad de Cartagena, la exclusión y sumándose a la afirmación de Platarrueda y Agudelo, era y puede asimilarse como una estrategia para convivir a distancia con la enfermedad ubicándola, por ejemplo en el espacio histórico del lazareto. En este sentido, afirma Michael Foucault, que las sociedades construyen lugares, rituales, valores e imágenes destinados a poner distancia a suprimirlas⁵³; Sevilla Casas Elías define la exclusión que circula a la lepra como una muerte social similar al caso de los locos en las sociedades tradicionales.

Entre tanto, si entendemos el degredo como una medida transitoria o definitiva de separación del ente contaminador, sea una persona, una peste o un leproso, debemos clasificar las formas de degredo que existieron en el mundo colonial y preguntarnos si esta política de salud pública funcionó de la misma forma por fuera del escenario europeo español.

Para responder a esta pregunta, debemos matizar en cuatro niveles las formas de degredo que se dieron en la Nueva Granada; 1) como una medida transitoria para viajeros entre una ciudad y otra; 2) como una prohibición del tránsito de toda clase de enseres entre ciudades en periodos de pestes; 3) como una medida de separación momentánea de algún enfermo mientras se recupera, esta medida es conocida actualmente como cuarentena y 4) como una medida de separación total para el caso de los leprosos. Las víctimas de la lepra fueron social y culturalmente redefinidas en la categoría de leprosos y fueron objeto de un nuevo temor y repugnancia. Por consiguiente, fuere la acción de separar al ente contaminador o el lugar al cual se le confiere, el sindicado de lepra siempre debía ser remitido al *hospital* destinado para el control de este mal. En el acta de la reunión de la Junta General de Tribunales, reunida en la ciudad de Santa fe el 18 de septiembre de 1779, en uno de sus apartes dice:

(...) Determina que *la separación de los enfermos de lepra es el medio adecuado para*

⁵² Castro Santiago, *La Hybris del punto cero*, 164

⁵³ Foucault Michael, *Historia de la Locura en la época clásica*, 25

precaver el contagio; que en virtud de la inexistencia de medios para crear hospital especial para estos enfermos en la región, todos los confirmados deben ser conducidos a través del puerto de Sogamoso hacia el hospital de san Lázaro de Cartagena; que estos desgraciados se les tratara con la humanidad y asistencia que demanda su infeliz Estado y la piedad cristiana; que los gastos de conducción se deducirán del noveno y medio de los diezmos destinados a los hospitales en aquellos lugares que reciben particular beneficio de la separación de los lazarinios⁵⁴.

Este proceso de segregar, aislar o someter al degredo a algunos miembros de la comunidad es lo que Moore ha determinado como la formación de una “sociedad persecutora”. Según este autor, la persecución fue el lado oscuro del renacimiento del siglo XII, pero al mismo tiempo este renacimiento no se puede entender sin este hostigamiento. En este sentido, la persecución jugó también un papel constructivo, puesto que contribuyó a la creación de nuevas técnicas de gobierno para la iglesia y el Estado. Al excluir a unos individuos como perversos, terminó reforzando la unidad y solidaridad de los demás y en particular la de aquellos que dirigían el acoso. Asimismo, la formación de la sociedad persecutora europea también estuvo relacionada con la emergencia de una burocracia especializada en la profesión de gobernar⁵⁵.

En la provincia de Cartagena la actividad social de aislar a los enfermos de este mal causaba caos entre los vecinos de esta ciudad. Se presentaron múltiples quejas debido a que la plaza estaba llena de estos enfermos que pedían limosna; además, el número de enfermos había aumentado, por tal motivo se debía trasladar el hospital de leproso a otro sitio⁵⁶. Esta preocupación de los vecinos de la ciudad apoya la idea de la segregación como un mecanismo de supervivencia impulsado por los aparatos estatales; un leproso verdadero cuando está consumado en su “asqueroso”, “horrible” y “asquiento espectáculo”, intolerable para la sociedad, automáticamente perdía el derecho a comunicarse con la sociedad y el magistrado dictaminaba y firmaba su separación o degredo.

Diana Obregón explica que la disminución de las instituciones para leproso ha sido tomada como un indicador de la declinación definitiva de la lepra en Europa desde el siglo

⁵⁴ Juan Bautista Montoya y Flores: *Contribución al estudio de la lepra*. (Medellín 1910), 18-19

⁵⁵ Moore: *The Formation of a Persecuting Society: Power and Deviance in Western Europe*. (Oxford: Basil Blackwell. 1987), 17.

⁵⁶ Acta de la Reunión de la Junta de Tribunales. AGN. Fondo Lazareto. Tomo 6-1763. Folio 469

XV hasta el siglo XVII, y se han propuestos varias teorías epidemiológicas para explicarla. Algunas de ellas son: efectividad del aislamiento, mejoría de las condiciones de vida, pérdida de la patogenicidad del *M. leprae* producida por un cambio antigénico, aumento de la tuberculosis pulmonar y consecuencia indirecta de la peste⁵⁷. Frente al problema del contagio, el aislamiento o el degrado de los enfermos, era el método más utilizado en las colonias americanas: encerrarlos en un hospicio una casa o un hospital localizado lejos de las poblaciones a los que no debían concurrir curiosos ni familiares.

El aislamiento por una implícita o explícita decisión del poder público expresa límites, fronteras que a menudo por razones de Estado pasa a distinguir de la exclusión a la inclusión, en tal sentido, este aislamiento se da en dos formas: primero, el aislamiento físico que procura separar al enfermo del resto de la sociedad sana con la finalidad básica de proteger el universo de la normalidad (esto es a los sanos), y la de asistir y curar a lo patológico; segundo, el aislamiento simbólico pone de manifiesto una restricción a la capacidad de adquirir y ejercer el sistema de derechos. Así, para el caso de la lepra, el aislamiento o degrado presupone un acto de invisibilidad social donde el enfermo pierde sus derechos y deberes sociales; esta estrategia colectiva reconoce el hecho de que tanto sanos como enfermos aceptan el Estado de “los caídos sociales”. Desde el día de su degrado, los leprosos perdían todos sus derechos como tener propiedad, heredar bienes y celebrar contratos. El único derecho al cual tenían acceso los leprosos era el de la mendicidad y los auxilios o ayudas sociales y estatales. Además, las esposas o esposos de los enfermos podían solicitar la disolución del contrato matrimonial argumentando la pérdida de los derechos legales de la otra parte; esta muerte en vida pone al enfermo en una nueva categoría de nulidad y de no existencia. Aunque la separación debió ser total, así como lo explica el decreto del tercer concilio Lateranense, emitido por el Papa Alejandro III en 1179 donde se prohibía a los leprosos asociarse con los sanos, compartir su templo y ser enterrados con ellos, los leprosinos tenían que ser apartados del mundo, por que con esto se apartaba el pecado, la muerte y la putrefacción de la sociedad; contagiarse de esta enfermedad significaba morir en vida⁵⁸, pero como muestra la documentación consultada,

⁵⁷ Obregón, *Batallas contra la lepra*, 67

⁵⁸ Obregón, *Batallas contra*, 56

el caso cartagenero no aisló a los leprosos totalmente.

Sin embargo, la invisibilidad social del leproso se mueve en una ambivalencia de la exclusión por la inclusión y de la negación por la aceptación. Diana Obregón plantea que se produjo una desaparición social del leproso. Esta afirmación en el período colonial es medible o comprobable por lo menos en términos jurídicos, pero en términos sociales no. La ubicación del Lazareto Cartagena dentro de las inmediaciones de la ciudad, les permitió a sus leprosos construir relaciones sociales fuertes con la población sana de dichas ciudades. Las fuentes consultadas en el Archivo General de la Nación en el Fondo Lazareto, muestran cómo la cercanía permitió una asimilación social de estos enfermos, de sus constantes apariciones en el mercado público, de las recolectas de limosnas, de las visitas constantes de San Pedro Claver y de la posibilidad de una atención médica, sin mencionar la posibilidad de acceder a los medicamentos paliativos para su enfermedad, como el mercurio. Aunque las fuentes hacen mayor énfasis a mediados del siglo XVIII, éstas nos permiten inferir que estas conductas se venían practicando desde el momento en que el Hospital fue construido en 1608. Estas prácticas de segregación han propiciado relaciones históricas de dependencia que se agravan en contexto de exclusión (podemos afirmar con las fuentes consultadas dos niveles de exclusión: Uno radical que sufrirán los leprosos de la ciudad Cartagena de Indias con el posterior traslado del hospital al Caño de Loro y uno más paliativo que se vivió antes del traslado de dicho hospital), como en el caso del aislamiento del lazareto de enfermos en situación de destierro y desarraigo en la medida que los recursos socioeconómicos y ambientales para su subsistencia provenían casi exclusivamente de la caridad y la asistencia estatal. En consecuencia, este tipo de accionar para el caso de los leprosos presupone de por sí, una tensión social entre el discurso legislativo, las prácticas sociales y las representaciones colectivas de este mal.

Esta política nos permite ver una estrategia educativa de invisibilidad a través de la carga moral que poseía la enfermedad y su relación con el origen productor de la misma relacionada con prácticas sociales por fuera de lo normal, entendiendo que la lepra respondía a una consecuencia del pecado, “pecados de impureza”, de tal forma, la clasificaron como una enfermedad venérea, y, así, terminó siendo relacionada con la sífilis

a finales del siglo XV. Paracelso (1478-1553) explicaba que la sífilis se originaba de la combinación de la lepra y bubas (palabra medieval que designa infección venérea), de la misma manera que del coito de un caballo y de un asno produce la raza de las mulas. Juan Almenar de España, autor del tratado sobre la sífilis, afirmaba en 1502, que una enfermedad altamente contagiosa era el resultado del beso y de relaciones sexuales. En cambio Girolamo Fracastoro (1478-1553) sostenía que la elefancia y la lepra eran la misma enfermedad pero que se diferenciaban de la sífilis⁵⁹; Un intento de medicalizar, pero ante todo, el degredo definitivo en la ciudad de Cartagena de Indias responde a un proyecto político de reorganización higiénica, urbanística, arquitectónica y económica. A los leprosos se les obligaba a refugiarse en contra de su voluntad en los hospitales por disposición de las políticas de control de dichos lugares; por ello, el leproso no se liberó de los dispositivos de control social, y además los lazarinis aceptaban estos dispositivos sociales impuestos por la sociedad sana, ya que entendían y aceptaban su condición; esta realidad implicaba la pérdida de sus derechos jurídicos, y por otro lado, la pérdida de su rol económico. Esta subyugación social ubicaba a la población sana en un pedestal de poder, impulsando la creación y puesta en marcha de mecanismos de ayuda tan diversos como la limosna que permitió en su momento el contacto directo entre sanos y leprosos.

El degredo también se aplicó para otro tipo de enfermedades, como en el caso de la viruela donde los médicos Honorato Vila y Miguel de Isla, plantearon la posibilidad de crear hospitales en cada barrio de la capital para controlar de una forma más rápida los casos que se presentaran de viruela⁶⁰; además, esta enfermedad tiene un elemento crucial ya que la vacuna fue descubierta por el inglés Edward Jenner en 1796, y esto dio otra perspectiva de la enfermedad al tratarla con otros métodos menos radicales.

El aislamiento físico de los leprosos se entendió como una solución parcial dentro de la estrategia de la defensa social contra la posibilidad de un contagio masivo o epidemia, desde este punto de vista el degredo se enfoca como una medida de defensa de lo social y no como una medida terapéutica. Como política y acción de separar a los contaminadores,

⁵⁹ Obregón, *Batallas contra*, 55

⁶⁰ Ana Luz Rodríguez González: *Cofradías, Capellanías, epidemias y funerales*, (Ancora editores, Bogotá 1999), 68.

representantes de lo inmoral y lo pecaminoso, el degredo pone en juego una serie de matices sociales ya que, aunque la ley promulgó la separación total en el caso de los leprosos, este objetivo no se cumplió a cabalidad. La lepra fue un motivo explícito de invocación para legitimar formas de aislamiento o degredo físico y simbólico que si bien operaban para un universo reducido de enfermos (leprosos) también tenía una función ejemplarizante sobre la sociedad.

1.4. La caridad: estructura social de asimilación de los leprosos

La caridad fue la forma de asociarse entre sanos y leprosos; estas formas de asociación variaron según los espacios permitidos por la comunidad sana. Los hospitales, la limosna, los auxilios sociales y la disposición de crear ciertos impuestos destinados para la manutención de los leprosorios fueron configurando un circuito de ayudas hacia estos enfermos a mediados del siglo XVIII, que se entienden desde la virtud del buen cristiano.

La pobreza era una virtud cristiana dignificada por el evangelio y utilizada por el cristiano como un instrumento de salvación. Aquí se gesta el concepto del “pobre de cristo” como objeto básico del sistema de caridad medieval. Junto a la pobreza se sacraliza también la respuesta de la caridad; ésta era otra virtud cristiana y constituía otro medio primordial de salvación. De aquí el encuentro de ambas en los monasterios, cabildos, obispados y entorno a los señores nobles. Se impuso, la práctica sagrada de la libre mendicidad, lo cual condujo a la proliferación de instituciones permanentes, como los hospicios, hospitales para pobres y peregrinos⁶¹.

⁶¹ Soriano, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada*, 138



(Imagen Medieval de la lepra y San Francisco de Asís y la caridad por los leprosos)

La figura del pobre y de la miseria eran características que convirtieron al lazarino en el primero que debía recibir la asistencia social. Esta se hace clara, específicamente en el documento de Fermín Vargas⁶², donde argumenta las ideas de la caridad y la moral cristiana sobre el socorro que los ricos y poderosos debían ofrecer a los pobres y miserables. Ello aparece mezclado con consideraciones de orden político, según las cuales la desigualdad y distribución de las riquezas habían creado entre los hombres una suerte de potestad semejante a la de los amos con sus esclavos. El imperio de los ricos era más independiente ya que no estaban obligados a otorgar ninguna protección constante hacía los pobres, cuyos servicios sin embargo exigían⁶³. Este imperativo social vincula la responsabilidad económica y social de las clases altas, la cual fue muy estrecha durante los siglos XI al XVIII.

⁶² Pedro Fermín de Vargas, nacido en San Gil, 3 de Junio de 1762. Naturalista y economista neogranadino, se convirtió en discípulo del muy apreciado José Celestino Mutis en su recién establecida Expedición Botánica, posteriormente se desempeñó como corregidor de Zipaquirá 1789.

⁶³ Alzate Adriana, *El imperativo higienista o la negociación de la forma*, 151

En este sentido, el texto de Fermín Vargas habla sobre las casas de asilo para los pobres enfermos, lugares donde los “príncipes y señores de la tierra” realizan su obligación de dar consuelo, seguridad, cuidado y curación a los necesitados. Aunque este fundamento suene utópico, está sustentado bajo unos preceptos y bases del ser un buen cristiano⁶⁴. Por eso, la relación entre la caridad y la misericordia del prójimo hacia estos infelices expresaba una asimilación directa del otro, más que una negación del mismo enfermo. Una relación social basada en la caridad que se superponía sobre ese miedo e imagen infundida por tantos siglos y tan incrustada en esa tradición medieval.

(...) Pero heridos los pobres de S. Lázaro demás calamidades. Sin duda tuvo la caridad el empleo más glorioso en ellos. La enfermedad de estos miserables, es una lepra ardiente (fuego de S. Anthon lo llaman otros) que hace en el alma la más sensible llaga con el desconsuelo de incurable. Prendido una vez aquel incendio cunde por las carnes alimentándose de lo que las gasta, y padeciéndola hasta los huesos. No hay parte reservada para este estrago por donde la ilame se encamina. A unos los deja sin narices, a otros sin orejas, a este a media cara, a otros hechos un tronco sin brazos y sin piernas, a cual le mutila los dedos, a cual se le desengarza las manos, colgados de los nervios como de hilos. Levanta por el cuerpo unos verdugos que viniendo a boca despiden materia de grande asco. A otros se les llena el rostro de tumores al talle de tomates, con apretura espesos, deformado de hombres no parecen ninguno. Sino llagas con alma, no hay ojos para ver aquellos monstruos de la enfermedad o por horribles o lastimeros. Añádase la desdicha del desamparo porque aun la piedad más compasiva los mira de lejos y cogido al aire el olor mal de la infección, temiéndole contagio⁶⁵.

Ubicar la caridad dentro de un determinismo religioso, nos conduciría a un error evidente. La misericordia y la ayuda al prójimo son elementos que se encontraban incrustados en la tradición y prácticas religiosas de la sociedad colonial; pero estos circuitos de ayuda también responden a otras razones, como la necesidad de control que se debía ejercer a estos enfermos; además, también es necesario pensar en que no existía otra forma de afrontar el problema de coexistir con un agente contaminante. La sociedad pagaba un precio por el método utilizado, la segregación o el degrado obliga a la sociedad a crear mecanismos de ayuda para suplir de las necesidades básicas a estos seres miserables porque, durante el siglo XVI, XVII y XVIII los leprosos eran rotulados como seres miserables e infelices, portadores del pecado.

⁶⁴ Alzate, *El imperativo higienista*, 155

⁶⁵ Apostólica y Penitente vida de V.P. Pedro Claver de la compañía de Jesús. Sacada principalmente de las informaciones jurídicas hechas ante el ordinario de la ciudad de Cartagena de Indias. A su religiosísima provincia del Nuevo Reino de Granada. Por el Padre Josef Fernández de la compañía de Jesús natural de Tocorona. Año de 1666.

Contraer lepra era enfrentarse al diagnóstico más difícil de afrontar; era aceptar que se estaba muerto en vida, que ya no se servía socialmente. Igualmente las familias de los lazarinos eran juzgadas debido a una pérdida tan deshonrosa de uno de sus miembros. Era normal que alguno de sus vecinos y amigos se alejaran de ellos, los criticaran y los rechazaran socialmente. A parte de esto, comprender la separación del vínculo social, sufrir no sólo el degradamiento moral sino también corporal, era llevar consigo un contagio que produce temor ante los demás. Los leprosos eran observados y clasificados por otros, ya que los sanos pudieron ver y leer las huellas causadas por la enfermedad y quien padeciéndola sufre, ciego a la significación y simbología de sus signos. De tal forma que no había otra dirección posible en el trato con los lazarinos que la misericordia y la caridad. Porque alejándolos se alejaba también el problema del contagio y la proliferación de la enfermedad. El miedo fue una constante de este proceso, el temor que representaron los lazaretos hacen parte de la simbología de la muerte. Siguiendo el modelo desarrollado por Philippe Ariès, puede decirse que a comienzos del siglo XVIII en la Nueva Granada, los habitantes vivían una “muerte domada” a través de los ritos. El temor que la comunidad experimentaba frente al deceso de uno de sus miembros o al contagio de una enfermedad incurable era directamente proporcional al que se sentía frente al salvajismo de las enfermedades no dominadas por el conocimiento científico o a la idea de un más allá terrorífico. El miedo se controlaba aislando a los individuos enfermos y convirtiendo la muerte en un espectáculo⁶⁶. Esta óptica de análisis nos permite relacionar y justificar el hecho de la separación como producto del temor que se tenía hacia estos enfermos y la necesidad de garantizar los recursos económicos para el funcionamiento de estos hospitales destinados al encierro de leprosos.

Los hospitales u hospicios eran considerados como los lugares de piedad y misericordia, donde los más desprotegidos aliviaban sus penas. En este sentido, los hospitales, los auxilios, la limosna y los impuestos de rentas a su favor hacían parte de un sistema de caridad estructurado para lidiar con una problemática social. Todos estos mecanismos, por incipientes que parezcan, estructuran una lógica de interacción social entre sanos y leprosos. Esta realidad nos permite afirmar que, aunque los leprosos eran

⁶⁶ Ariès P. *El hombre Ante la Muerte*, (Madrid: Tauros,1991), 500-501

consientes de las consecuencias de su enfermedad tanto sociales como físicas, esto no representó un proceso de invisibilización social, ya que estaríamos desconociendo el andamiaje social que existió para auxiliar y lidiar con estos enfermos en la escena social colonial cartagenera. De igual forma, aunque los cánones sociales medievales planteaban la separación total entre los siglos XI Y XV, en las colonias americanas, este mandato no se cumplió a cabalidad, sino sólo hasta finalización del siglo XVIII, como consecuencia y aplicación de las reformas borbónicas. Para la última década del siglo XVIII, logramos observar una separación total con el traslado del lazareto a espacio fuera de los extramuros de la ciudad (Cartagena). En este caso, podemos entender los circuitos de ayuda a favor de los leprosos como directos, ya que estos enfermos convivían con la población sana. El hecho de pedir limosna en la plaza o en el mercado público permitió un contacto directo entre sanos y leprosos, accediendo así a otro tipo de ayudas sin la necesidad de la intervención de un tercero o del administrador del hospital.

Todo este andamiaje de la caridad cristiana también puede observarse como una legitimación de la institución religiosa. Aunque como observaremos más adelante, finalizando el siglo XVIII, se trata de dejar de lado la simbología negativa del leproso y su asociación a prácticas sociales no permitidas, lo que da muestra de una mayor fuerza del pensamiento de origen lógico y racional sobre esta enfermedad. Este conocimiento científico sólo fue manejado por una élite ilustrada muy cerrada y encabezada por José Celestino Mutis y la concepción religiosa sobre el origen de la enfermedad se mantuvo durante el siglo XIX, como homogéneamente se mantuvo la estructura caritativa alrededor del leproso.

CAPÍTULO II

En el capítulo anterior abordamos cómo el discurso de la lepra sirvió en un escenario de ratificación del poder religioso y planteamos cómo se convierte en una forma de cohesión de la población a través de las representaciones sociales que fue adquiriendo esta enfermedad en su devenir histórico, un proceso de construcción de un imaginario social. Que Diana Obregón, logra mostrar, cómo las enfermedades son construidas socialmente y que tienen y cumplen una función social. Este andamiaje sustentado desde lo mágico-religioso entra en colisión con las nuevas formas modernas del conocimiento ilustrado, que al juntarse en el Estado como formas del accionar político desde las nuevas normas higiénicas evidencia un claro desplazamiento de la estructura anterior.

En consecuencia, la lepra se convierte en un escenario de tensión entre estos dos saberes, no sólo desde el conocimiento médico científico que desplaza las explicaciones religiosas de esta enfermedad, sino también como piedra angular de los procesos policivos, higiénicos o de salud pública y del reordenamiento territorial del espacio en las ciudades coloniales. En tal sentido, la idea de progreso y de mejorar las condiciones de vida de una población, dejaron de coincidir con la práctica social de mantener un lazareto en las inmediaciones de la ciudad de Cartagena de Indias. Esta hipótesis que pretendemos mostrar en las siguientes páginas, donde daremos cuenta de cómo las políticas Ilustradas sirvieron de complemento a los nuevos saberes modernos, sin que esto necesariamente implicara un mejoramiento en el nivel de vida de los leprosos internados en el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena a mediados del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Este punto articula varias hipótesis que hemos venido sugiriendo y se convierte en un nuevo punto de partida para responder a los interrogantes de la investigación.

2.1. La lepra y las transformaciones borbónicas

En las siguientes líneas trataremos el quiebre que representó la aplicación de las reformas borbónicas en las políticas de salud pública de las provincias de la Nueva Granada. Esta inserción de nuevos ideales, traza una línea imaginaria entre lo tradicional y lo moderno. Lo tradicional, encarnado en las prácticas medievales y coloniales alrededor de la lepra, y lo moderno, revestido con el ropaje del movimiento ilustrado europeo, que introdujo nuevas concepciones científicas sobre el origen de las enfermedades. En tal sentido, observaremos cómo los médicos neogranadinos trataban de alejarse de las percepciones tradicionales de este mal e incorporaron a su discurso médico, las nuevas tendencias científicas del “antiguo continente”. Esto se debió también, a que un gran porcentaje de ellos se formaron como galenos en el momento en que esta doctrina se impartía en las universidades del Reino. La aparición de nuevos métodos curativos, la clasificación de la enfermedad por estados, la diferenciación entre los tipos de lepra, la sugerencia de separar a los enfermos por sexo y la transformación e implementación de las reformas en los estudios médicos impulsadas por Miguel de Isla y José Celestino Mutis; son muestra de la ruptura que significó la puesta en marcha del andamiaje borbónico.

La aplicación de un pensamiento borbónico durante la segunda mitad del siglo XVIII, revistió de un nuevo aire las prácticas de las sociedades coloniales. Esta realidad implicó la apropiación de un nuevo modelo al cual comprendemos dentro del proceso de la modernización tardía colombiana, tomando las palabras del investigador Renán Silva en su escrito: *La Ilustración en el virreinato de la Nueva Granada*⁶⁷, que para el caso de la lepra es trascendental; en tanto, que un alto porcentaje de las medidas que se llevaron a cabo a mediados y finales del siglo XIX nacieron de estas políticas ilustradas de mediados del siglo XVIII, mostrando una conexión directa entre un período y otro.

Adriana Alzate plantea que las reformas impuestas por Carlos III a partir de 1759 poseen dos características fundamentales: por un lado, están estrechamente ligadas con los ideales ilustrados, y por otro, se percibe también el deseo de (re)insertar a la población en el

⁶⁷ Silva Renán. *La Ilustración en el virreinato de la Nueva Granada*, (Medellín: Carreta Histórica, 2005),12

universo moral cristiano como una segunda conquista espiritual. A menudo estos dos aspectos se confunden, se imbrican, se superponen, pero sirven a los mismos fines. Esta estrategia de control de la sociedad colonial pasa entonces, inevitablemente, por el cuerpo de los vasallos⁶⁸. En este contexto es donde aparece la noción de salud pública, pensada como una condición de control y aumento de la riqueza, y cuyos postulados fueron empleados como tácticas para disciplinar los cuerpos por medio de los imperativos de limpieza y orden⁶⁹. Este proceso incorpora nuevos ideales para la vida social y colectiva de los pueblos, evaluando sus posibilidades futuras desde un balance de su pasado. Así, siguiendo la línea de Renán Silva, entender las reformas como un simple inventario socioeconómico del nuevo continente sería una apreciación limitada⁷⁰.

Pero ¿cómo se complementa el discurso médico ilustrados con las nuevas formas de dominio y poder impulsadas por el Estado? Frente a este particular, la documentación consultada muestra el inicio de un proceso que podemos definir como la “desmitificación de un mundo”, un escenario donde pierde espacio lo teológico desde el ámbito del conocimiento. Ahora bien, no solo desde el ámbito del conocimiento, sino también desde su influencia social. En tal sentido el Estado adquiere cada vez más un papel protagónico; en palabras de Santiago Castro, en el contexto de finales de siglo XVIII “el punto cero del conocimiento o punto cero de la cientificidad” debía ser alcanzado en la medida en que el significado de la salud y la enfermedad dejara de estar sometido a la influencia del pensamiento religioso y pasara a ser definido desde el saber de la medicina moderna. Modernizar las colonias significaría entonces conseguir que la visión científico-técnica de la realidad orquestada por el Estado sustituyera por completo a todas las formas de conocer el mundo⁷¹. En este escenario de saber-poder que propone Castro, el campo de conocimiento legitima unos saberes sobre el otro como parte de un discurso de subyugación del otro. En tal sentido, el discurso moderno científico pretendió remplazar las visiones mágico-religiosas de explicación de la realidad, al menos en un grupo reducido de la élite criolla.

⁶⁸ Alzate Adriana. *Suciedad y Orden, Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810*, (Bogotá: 2007),13

⁶⁹ Alzate, *Suciedad y Orden*,13

⁷⁰ Silva Renán, *La Ilustración en el virreinato*,12

⁷¹ Castro, *La Hybris del Punto Cero*,186

Ahora bien, ¿este discurso fue homogenizante en el sentido estricto de la palabra? En otros términos, ¿fue este discurso asimilado por la mayoría de la población y más en el caso de la lepra? Recordemos que para las epidemias de viruela a finales del siglo XVIII, la vacuna se había convertido en un elemento tangible y homogenizante del conocimiento médico. A este planteamiento responde Renán Silva no desde la problemática de la lepra, pero sí, desde la apropiación del discurso por parte de las *élites culturales*, conformada por un grupo muy selecto pero diverso de personas: clérigos, abogados, médicos, funcionarios de la administración, estudiantes y catedráticos; y un grupo reducido de comerciantes y de gente práctica sin mayor formación académica⁷². Otro elemento importante que nos ayuda a responder este cuestionamiento es indiscutiblemente el alto grado de analfabetismo de la población, lo apartado de los centros urbanos y del espacio rural, la geopolítica que jerarquizaba la importancia de las provincias; factores que en su conjunto dejaban este conocimiento en manos de un grupo muy reducido de personas. Pero ¿cuál fue la estrategia utilizada por esta élite cultural para imponer el pensamiento ilustrado y modificar las prácticas sociales en las ciudades coloniales?; ¿cómo ese discurso de Estado se convirtió en estrategia apropiada para transformar a través de la política los campos institucionales de intervención social?

Durante este período se gesta la creencia en la posibilidad de dominar la naturaleza por medio de la ciencia y el deseo de poner la naturaleza al servicio de los hombres. Comienza a generarse un saber que servirá para la instauración de prácticas y procedimientos médicos, prácticas ilustradas que apuntaban a la conservación de la salud pública. En este marco se inscribe una tendencia que gradualmente, lleva a considerar a la enfermedad y la salud no solo como experiencias individuales, sino como problemas colectivos⁷³. Estas transformaciones se produjeron como el resultado de cambios en varios niveles: epistemológicos, políticos, económicos, religiosos y culturales. Este conjunto de circunstancias explica el movimiento que ubicará progresivamente a la salud y la enfermedad en el centro de la preocupación de las élites⁷⁴. De esta manera, varios aspectos

⁷² Silva, *Ilustración en el Nuevo Reino de Granada*, 33

⁷³ Alzate, *Suciedad y Orden*, 24

⁷⁴ Alzate, *Suciedad y Orden*, 25

biológicos de la población comenzaron a volverse pertinentes para la gestión económica de la sociedad, y se hizo necesario organizar alrededor de ellos un dispositivo que no asegurara sólo la sujeción y la disciplina de la población, sino también, su productividad⁷⁵.

Aunque las medidas impulsadas por las reformas tuvieron un carácter economicista, éstas fueron más allá de la óptica económica. A finales del siglo, la aparición de grupos de debates (tertulias), de la prensa, la reorganización del espacio de las ciudades, las nuevas normas higiénicas⁷⁶ y en general, los nuevos conocimientos médicos frente a las epidemias como la viruela, incluyendo la creación de la vacuna y las nuevas apreciaciones sobre las enfermedades, entre ellas la lepra, muestran un nuevo escenario donde otros elementos adquieren notoriedad por encima de las explicaciones mágico-religiosas como el hecho de entender a las enfermedades como un castigo divino.

El nuevo contexto que presenta la segunda mitad del siglo XVIII, y el cómo los leprosos son abordados por las reformas borbónicas, plantea varios ejes de análisis: la población empieza a representarse como un cuerpo social productivo que debe ser homogéneo y potencializable, ya que busca incrementar la productividad de los individuos⁷⁷. De esta manera, lo que Foucault denominara *biopolítica*, se convierte en un eje central teórico debido a que designa una forma de racionalidad política: una población surge como objeto de una razón de Estado que busca mantenerla sana y fortalecerla para que este pueda pervivir gracias a ella⁷⁸. En tal medida, desde la política médica del Estado, el grupo de leprosos internos en el hospital aparece, en primera instancia, como un obstáculo frente a esa población sana que sí puede ser potencializable; en segunda instancia, el no-lugar (degrado) que debía ocupar ese cuerpo de enfermos (los leprosos) en el entramado social y económico de la sociedad colonial, entra en contraste con la “mala”

⁷⁵ Alzate, *Suciedad y Orden*, 25

⁷⁶ Las disposiciones que pretendía instaurar la Corona ponen en evidencia el estrecho lazo que vincula la limpieza, el orden y la preocupación estética con las exigencias de la salud pública y de la moral; ellas revelan la aspiración a disciplinar la sociedad por medio de la ciudad; su finalidad era modificar las actitudes y el comportamiento diario de la población, a través de la inducción patrones de conducta. Tales como la limpieza, que se muestra en las primeras transformaciones que se dieron en las ciudades entre ellas: El empedramiento de las calles, manejo de basuras y aguas. En Adriana Alzate, *Suciedad y Orden*, 74 y 75

⁷⁷ Castro, *La hybris del punto cero*. 155

⁷⁸ Santiago Castro: “Michel Foucault y la colonialidad del poder”, *Tabula Rasa*. Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá, No.6, enero–junio (2007),162.

ubicación del hospital en la ciudad antes de la aplicación de las reformas; como tercera instancia, se pone en discusión al lugar legítimo que debía ocupar el Lazareto en el reordenamiento territorial de las ciudades coloniales; en cuarta instancia, se involucra la pregunta sobre si los nuevos ideales científicos alcanzaron a proponer hipótesis que dieran una explicación racional sobre la enfermedad y modificaran su tratamiento médico y social; y por último, cómo la puesta en marcha del andamiaje modernizador impactó directamente en las formas de relación y en las prácticas sociales entre sanos y leprosos de los centros urbanos donde existieron hospitales destinados para el encerramiento de los mismos. En tal sentido nos preguntamos si las reformas borbónicas tuvieron la capacidad de generar transformaciones en las formas de tratamiento médico y en las prácticas de relación social entre los sanos y los leprosos en la segunda mitad del siglo XVIII y comienzos del XIX.

2.2. Observaciones y teorías sobre la enfermedad de la lepra después de las reformas borbónicas

La lepra era una enfermedad desconocida en el continente americano y sólo tenemos referencia de ella después de la llegada de los españoles a finales del siglo XVI, producto de su proyecto de expansión territorial. En tal medida, la lepra es una de las consecuencias de esta ambición imperialista que nos llegó, como parte del equipaje que trajeron consigo los primeros colonizadores de los nuevos territorios. Durante este período de conquista y hasta mediados del siglo XIX, socialmente pervivió la idea que ligaba a esta enfermedad como producto del castigo divino.

Sin embargo, mientras que la vacuna de la viruela se descubrió y aplicó a finales del siglo XVIII, los avances en el campo de la lepra sólo llegaron por la investigación bacteriológica que se desarrolló a finales del siglo XIX, y que permitió en 1874, el descubrimiento del agente etiológico de la lepra, *Mycobacterium leprae*, llamado así por el científico Gerhard Armauer Hansen⁷⁹. Este hallazgo científico posibilitó por primera vez que la comunidad médica se pusiera de acuerdo en torno al agente causante de este mal,

⁷⁹ Obregón, *Batallas contra la lepra*, 167

dejando atrás las especulaciones vividas en el siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX⁸⁰. Las enfermedades infecciosas no provenían, como se creía antes, de los cuerpos fluidos, es decir, gaseosos o de miasmas, sino de cuerpos sólidos; las enfermedades infecciosas no son producidas por el desaseo, por la viciación del aire que proviene de la aglomeración de individuos, por el hambre, la pobreza, las privaciones, ni por la suma de estos factores, que es lo que se ha llamado miseria social, ni por las influencias climatéricas, sino que son ciertos gérmenes específicos los únicos que pueden producirlas⁸¹. De esta forma, en el terreno de la lepra solo hacia 1880 fue posible empezar a dejar atrás las ideas “tradicionales” que se tenían sobre el origen de esta enfermedad, como el castigo divino, la falta de higiene o el exceso de pobreza.

Ahora bien, la comunidad intelectual (Ilustrada) y médica de finales del siglo XVIII vivió un momento de renovación de su saber, uno de cuyos momentos cumbres fue el ya mencionado descubrimiento de la vacuna de la viruela que impactó sobre el conocimiento médico de este período y que permitió el análisis de otros males por fuera de las explicaciones mágico-religiosas que imperaron hasta el período borbónico. De esta forma, los ilustrados de la época comenzaron a analizar el problema de los lazaretos desde otra perspectiva diferente. Es indudable que este avance replanteó el problema de los leprosorios, lazaretos y el tratamiento a seguir, aunque sólo se haya convertido en un discurso utópico. Siguiendo la línea de exposición que Santiago Castro denomina proceso de la *desmagicalización de la realidad* en el marco de este aparato de significación cultural, el cual consistía en que la significación teológica de las enfermedades y las epidemias ya no se explicaban desde la ira divina sino desde el escenario de la razón. Por tanto, la significación de la enfermedad cambia abruptamente, pues ya no son los aparatos de la Iglesia quienes definen qué es la enfermedad y cómo combatirlas⁸². En tal sentido, la práctica médica ilustrada en la Nueva Granada exigió la condición de un carácter formal y la ruptura epistemológica frente a las interpretaciones mágico-religiosas.

⁸⁰ Aunque se halló el agente causante de la enfermedad en la segunda mitad del siglo XIX, dicho descubrimiento, tampoco tuvo una repercusión directa sobre el tratamiento de los enfermos en las décadas finales de este período, pero sí fue el motor que sirvió, para iniciar la batalla de la medicalización de la lepra. Solo en la primera mitad del siglo XX, se observa los primeros intentos médicos (teniendo claro el agente causante de esta enfermedad) en posibles tratamientos curativos de este mal, tratamiento que llegó hasta 1982.

⁸¹ Obregón, *Batallas contra la lepra*, 170

⁸² Castro, *La Hybris del punto cero*, 152

Estas nuevas interpretaciones modernas hicieron de los galenos, formados en España durante el siglo XVIII, los embajadores de la Nuevas Ideologías Ilustradas, ya fuera como asesores de gobernadores o de su majestad el Virrey. Es así como podemos establecer las relaciones entre el discurso médico ilustrado y la puesta en marcha de dicho discurso en el escenario neogranadino.

Durante el período colonial, las apreciaciones sobre la lepra eran totalmente diferentes. Aunque la ciencia médica no había explicado sus causas para esa época, eruditos, médicos y académicos expresaron observaciones y teorías que explicaron la enfermedad, incluso, formularon remedios y tratamientos. El desconocimiento era notable y fue el motor que impulsó a los intelectuales y médicos a buscar respuestas que ayudaran a entender el problema de la lepra o elefancia, lepra griega, sífilis, sus síntomas y causalidad.

Las primeras observaciones giraron en torno a los síntomas que se dieron en los pacientes de lepra, y de las transformaciones que sufría el cuerpo enfermo. El proceso de observación como parte vital del método científico, permitió no solo una relación de poder, sino también, posibilitó la apreciación de los síntomas y su posterior clasificación. Se ha afirmado que el concepto de “enfermedad está relacionado con el poder de quien mira y quien es observado⁸³”. Esta relación coincide con la distinción de salud y enfermedad entre quien está sano y quien la padece. El lugar del saber y del conocimiento corresponde al sano, ya que puede leer en el cuerpo ajeno las huellas alusivas a la enfermedad. El que corresponde al enfermo, el cual sufre ciego a la significación de sus signos⁸⁴. Los síntomas de la enfermedad y la transformación que sufría el cuerpo enfermo de los leprosos fue el punto de partida de su rechazo y de su relación con la degradación moral de la que fue símbolo. Por otro lado, esta observación permitió que durante el siglo XVIII se planteara la necesidad de dividir a los leprosos por la gravedad de sus síntomas y nivel de afección. Los médicos que serán mencionados en este capítulo estaban más o menos de acuerdo con la siguiente descripción de los síntomas de la lepra de la siguiente manera: la lepra era una

⁸³ David Sills: *Enciclopedia de las ciencias sociales*, (Aguilar Editores, 1974), 11 volúmenes.

⁸⁴ Sills, *Enciclopedia de las ciencias sociales*, 11 volúmenes.

afección de la cutis que pone deforme a los enfermos; hincha las orejas y la cara; dificulta los movimientos del cuerpo; produce un color encarnado amoratado; el cuerpo se degenera tanto por dentro como por fuera; afecta la parte más sólida del cuerpo que son los huesos, por eso su dificultad en el movimiento del cuerpo y afectando las cuerdas vocales manifestándose en la voz ronca; la cara se les desfigura; los huesos de la nariz se caen y se le ponen chatas; los dedos de las manos y de los pies se revientan, terminado en una infección general que respiran y exhalan en su aliento.⁸⁵

El desconocimiento que se tenía de las causas de esta enfermedad generaba confusiones entre las mismas autoridades porque antes de dictaminar algún enfermo éste era visto por varios médicos. Así, se consideraba como síntomas de lepra prácticamente todos los producidos por cualquier afección cutánea. Eran considerados tres grados de los estadios iniciales, los síntomas se describían así: labios gordos, cutis terso y manchas escamosas. En las fases más avanzadas existirían: llagas anchas, costrosas y hendidas en la piel; miembros hinchados y con gran prurito; cabeza cubierta de tiña húmeda y con tubérculos ulcerados. Los enfermos de tercer grado presentaban: rostro, labios abultados y de color aplomado oscuro, voz ronca, barba depilada, piernas y pies muy hinchados y cubiertos por costras permanentes, parecidas a la corteza del sauce, desprendiendo un flujo sanguinolento y muy pestilente y pérdida de la sensibilidad en los pies⁸⁶. Mutis consideraba el estado más deplorable de esta dolencia, cuando sus enfermos tenían llagas en las partes carnosas de todo el cuerpo, sin perdonar las más sólidas, comenzando éstas por los huesos esponjosos del paladar interno y narices, de donde se derivaría la ronquera característica. Posteriormente se produciría una putrefacción general que sería exhalada por todos los poros del cuerpo⁸⁷.

Este desconocimiento fue alimentado por el miedo social y el rumor; era casi

⁸⁵ AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. folio 550-618. Estos puntos de acuerdo sobre los síntomas de la enfermedad, se observan en sus comunicaciones, cartas y documentos que se encuentran en el Archivo general de la Nación.

⁸⁶ Gardeta Pilar. *Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX*. 1999:407

⁸⁷ Informe de Mutis sobre la enfermedad de Ignacio Bermúdez, AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Folios 18-22v. Veremos más adelante que Mutis se oponía a este diagnóstico. El caso de Ignacio Bermúdez se convirtió en un caso emblemático sobre el cual se enfrentaron las posiciones de los médicos neogranadinos sobre la etiología de la lepra entre ellos encontramos a Mutis, Isla y Vila.

imposible que un leproso no fuera descubierto por los vecinos, pues el simple hecho de que una persona desapareciera sin justificación lo hacía sospechoso de lepra. En caso tal que el rumor fuera cierto, el leproso era denunciado antes las autoridades locales para que éstas tomaran las medidas necesarias. Era tal la ignorancia frente a esta enfermedad, que se pensaba que cualquier infección de la piel podría ser lepra, como el morbo gálico, buba o la sífilis. La falta de conocimiento que tenían los vecinos de la ciudad de Cartagena causó un problema de señalamiento social. Cualquier enfermedad cutánea sufrida por alguna persona era considerada como indicios de lepra, tal como lo explica el documento de la gobernación de Cartagena en 1764:

(...) en cumplimiento de lo mandado por vuestra majestad, he recogido prodigiosamente a Ignacio Bermúdez, quien trata de ser rescatado con algunos remedios para la misma enfermedad de que se pide reconocimiento de los facultativos y halla que solamente ha adolecido de morbo gálico complicado con escorbuto, pero que no es la elefantitis o mal de san Lázaro y por consiguiente que no se halla en estado de contagiar a otros⁸⁸.

En 1805, el Protomédico de Lima, Miguel Tafur, se mostraba partidario de la existencia de tres tipos diferentes de lepra. La hebrea, que estaría caracterizada por úlceras cavas y pelos blancos; la griega, que cursaría con cutis áspero y escamas furfuráceas hendidas, húmedas por debajo y pruriginosas; y finalmente, la árabe, que presentaría piel gruesa, rugosa, áspera, untuosa, sin vello; falta de sudoración en las extremidades, tubérculos en el rostro y voz ronca con tono nasal. Si bien es cierto que Tafur ejerció en el Perú, su discurso resulta representativo de las ideas más avanzadas de los facultativos que ejercían en las colonias⁸⁹.

Otros, como Honorato Vila, fueron más prolijos, aunque poco claros, y se referían a los leprosos expresando que serían más o menos vehementes según la actividad del virus que se propagara; de la cantidad y la cualidad del humor que baña la parte infectada; del tiempo que la parte sana ha estado expuesta a la acción de las partículas viciadas; de la

⁸⁸ Informe sobre caso de Ignacio Bermúdez, 4 de Noviembre de 1795, AGN, Fondo Lazareto, Tomo 6, Folios 12-26.

⁸⁹ Expediente sobre la pésima asistencia de los leprosos del hospital de Cartagena, 22 de abril de 1799, ANC, *Colonia, Lazaretos*, fols. 652-682v (fol 680). Y en Gardeta. *Discurso sobre una enfermedad*. P. 408. Es interesante observar qué la clasificación que se le dio a la lepra durante los siglos XVII y XVIII (lepra Hebrea-Judía y Árabe) se mantuvo hasta el siglo XX. Ver *Tratado Teórico Práctico de las enfermedades Cutáneas*.

cantidad o extensión de las partículas nerviosas que entran en la composición de la parte sana que se ha tocado con la enferma y finalmente del tejido más o menos fuerte tupido y apretado de la epidermis que cubre la parte afectada. También defendía la existencia de dos tipos de síntomas, unos unívocos y otros equívocos. Los primeros hablarían ciertamente de la existencia de la enfermedad y entre ellos incluía los pabellones auriculares grandes, morados, gordos y esponjosos; la cara con tuberosidades del mismo color en los pómulos; los segundos serían todos aquellos que, aunque hablaban en favor de la existencia de la enfermedad, también podían ser originados por cualquier otra entidad nosológica⁹⁰.

2.3. ¿La lepra es o no contagiosa?

Existieron, a grandes rasgos, dos modelos explicativos sobre la transmisión de la enfermedad hasta finales del siglo XIX, modelos que la tradición ha consagrado como el contagionista y el infeccionista. Para quienes creían en la posibilidad del contagio directo (contagionistas), la lucha contra las enfermedades debía llevarse a cabo esencialmente mediante ritos de purificación (dada la relación existente entre infección y creencias mágico-religiosas) y la evitación del contacto con los enfermos afectados por esta misma potencia mágica nefasta, es decir, con el aislamiento. Entre quienes no consideraban que las enfermedades se transmitían en forma directa, sino a través del miasma (anti-contagionistas o infeccionistas), el combate de la enfermedad se hacía mediante el tratamiento individual, con el cual pretendía contrarrestar el desequilibrio humoral producido por la enfermedad⁹¹. Bajo estos dos criterios se movieron los ilustrados neogranadinos al momento de lanzar sus hipótesis sobre este mal y algunos combinaron ambos criterios sobre las formas de contagio de este mal.

Muchos fueron los pensadores ilustrados que apoyaron la hipótesis de que la lepra era contagiosa, entre ellos se destaca el ilustre José Celestino Mutis, quien proponía que el

⁹⁰ Informe sobre caso de Ignacio Bermúdez, 4 de Noviembre de 1795, AGN. Fondo Lazaretos. Folios 12-32. Y en Gardeta. *Discurso sobre una enfermedad social* P.408

⁹¹ Alzate, *Suciedad y orden*, 77

aire y el aliento, son algunas causantes del contagio⁹²; las personas sanas no debían hablar con un leproso si su hedor era insoportable, debido a que el aliento del lazarino infecta el aire y por la vía de este elemento se propagaba la infección. Otros decían que vivir en condiciones antihigiénicas era un factor de contagio: por ejemplo, comer alimentos en estado de descomposición, ya sean carnes o trigo; por otro lado, había otras personas que argumentaban que la lepra era causada por una especie de fermento de la sangre, siendo más común en las temperaturas calientes que en las frías y se infería que aquellos que sufren esta enfermedad en bajas temperaturas al ser transportados a clima caliente perdían la vida⁹³.

Según Pilar Gardeta, tal era la influencia de Mutis, médico formado en el Colegio de Cirugía de Cádiz y a su vez la cabeza más visible del movimiento Ilustrado en la Nueva Granada, que arrastró con su sentir a las autoridades políticas, las cuales sin otros conocimientos, se apoyaban en sus informes o se sumergían en la creencia popular del contagio. Así, en 1795, por medio de un informe de Mutis, el Síndico Procurador de Santa Fe informó al virrey que la enfermedad que sufría Ignacio Bermúdez era lepra, la peligrosidad de ésta y las medidas que eran necesarias tomar para que no se contagiase el resto de la población. Igualmente, el Cabildo del Socorro expuso a la misma autoridad que la enfermedad <<se va contagiando, y contaminando en tal grado que si la sabia caridad de V. Exa. Nos dicta el pronto remedio que solicitamos, no quedará andando tiempos quien no padezca, y muera de este contagio>>⁹⁴.

En el informe del canónigo Mutis Sobre la *Enfermedad del Señor Bermúdez* dice:

⁹² Los tratados hipocráticos no mencionan el problema de la transmisión de la enfermedad de una persona a otra; según ellos, la propagación de las enfermedades se explica por el aire. En uno de los tratados hipocráticos, *De la naturaleza del hombre*, se consagra que cuando una enfermedad afecta a múltiples personas al mismo tiempo era necesario atribuir su causa a lo que todas ellas tenían en común, es decir a lo que respiraban, al aire. La causa de una enfermedad epidémica no tenía que ver con el régimen, sino con una emancipación patógena. Los dos pilares de la etiología hipocrática fueron la meteorología y el régimen. Los hipocráticos basaban la *causa morbi* en los alimentos y el modo de vida y agregan como segundo puntual la meteorología. Este último era un concepto amplio, y su conocimiento era imprescindible para el pronóstico y tratamiento de las afecciones, su papel en la etiología era esencial porque múltiples enfermedades tienen un origen climático. Ver: Adriana Alzate, *Suciedad y Orden*, p. 77, Eulalia Vintro *Hipócrates y la Nosología hipocrática*, Barcelona, Ariel, 1972, pp. 252-253.

⁹³ Informe de Mutis, *Sobre la enfermedad de la lepra*. AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Folios 351-354

⁹⁴ Gardeta Pilar. *Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX*. P.413

(...) Años a que me ha ocurrido que esta especie de elefancia occidental, puede ser una combinación del gálico y el escorbuto en último grado, enfermedades igualmente endémicas en las Américas; y teniendo la medicina auxilios poderosos con que combatir estos males, tal vez de una acertada combinación de ellos se lograría el remedio eficaz para combatir el lázaro. No es tan aventurada esta conjetura, que deje tener mucha probabilidad, tengo la satisfacción de verla apoyada por el célebre médico Hoffman y también adoptada por el cernimiento de R.P. Isla en el dictamen que antecede”⁹⁵.

Mutis, aunque apoya la teoría contagionista de la lepra, también expresa la posibilidad de un remedio o tratamiento que cure y combata la enfermedad. Esta idea es generalizada entre los médicos de la Nueva Granada de mediados del siglo XVIII⁹⁶. Existieron pensadores de la ciudad de Cartagena que expresaban que la lepra no era contagiosa y otros opinaban totalmente lo contrario. Pero si estos lazarineros vivieron sin Dios y sin Ley teniendo en cuenta la comunidad de leprosos que se gestó en el hospital, esta realidad originó desórdenes y vicios entre los enfermos; sin embargo, también posibilitó la oportunidad de probar teorías sobre el factor hereditario de la lepra. En los informes utilizados para esta investigación se muestran cómo los facultativos de Cartagena vieron a personas sanas relacionarse con los leprosos y no haber contraído la enfermedad, entre ellos las personas que desarrollaban algún tipo de actividad en el hospital como: médicos, curas y los empleados del hospital; pero mucho más dicente aún fue observar que algunas mujeres que se habían casado con leprosos y no contrajeron este mal, como el caso de María Jiménez, citado más adelante.

El licenciado Don Juan de Arias, Protomédico de la ciudad de Cartagena de Indias en la última década del siglo XVIII, redacta un informe el 23 de febrero de 1799⁹⁷, acerca de la situación de los lazarineros de dicha plaza. Antes de entrar en algún debate o asumir alguna postura a favor o en contra de los leprosos; Arias realiza una introducción sobre el devenir histórico de la lepra, apoyándose en los documentos de otros médicos de la talla de

⁹⁵ Informe de Mutis, sobre la enfermedad de Ignacio Bermúdez, AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Rollo Único. Folios 12-26

⁹⁶ Informe de Mutis, sobre la enfermedad de Ignacio Bermúdez, AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Rollo Único. Folios 12-26

⁹⁷ Informe del Protomédico de Cartagena Juan Arias, AGN. Fondo Lazaretos, 1799. Tomo 6, Rollo único, Folios 652-674

Guillermo Cullen⁹⁸ y su escrito la *Nosología Metódica*, Sauvages y su texto *Nosología*, Caspal y su trabajo sobre la lepra en la región de las Asturias y Antonio Pérez de Escobar con su escrito *Tratados del contagio*. Sostiene una postura anti-contagionista de la lepra, el hecho de citar a los médicos más importantes de la madre patria, Francia e Inglaterra muestra la conexión discursiva y metodológica entre los médicos neogranadinos y las metrópolis europeas que los colocaba en la vanguardia del conocimiento médico-científico. Arias argumenta que el único criterio para seguir insistiendo en el degredo y aislamiento de los leprosos se debió al “asquiento espectáculo que representan los enfermos de este mal para la sociedad y que el aislamiento se convirtió en la medida más utilizadas por los pueblos cultos de occidente⁹⁹”. El licenciado Arias se convierte en un referente ineludible en cuanto al tema científico de la lepra en la Nueva Granada a finales del siglo XVIII, no solo porque su manejo de las discusiones médicas de su momento, sino por sus 22 años de servicio como protomédico de la ciudad de Cartagena, los cuales dedico al tratamiento de los leprosos internos en el Real Hospital de San Lázaro de esta plaza.

Esto le permitió por medio de la observación refutar el carácter contagioso de este mal tan difundido entre la sociedad colonial; su labor lo lleva a demostrar que la lepra no era tan contagiosa como se pensaba y argumenta la necesidad de explorar a fondo el tema para llegar a mayores conclusiones. En tal sentido, él más que cualquier otro médico neogranadino conocía el tema de fondo y propone cambios estructurales en el tratamiento que se les brinda a los enfermos de esta ciudad. Sus propuestas para el nuevo tratamiento de los leprosos van desde su negativa al traslado del Hospital, la necesidad de la reedificación del lazareto, además llama la atención sobre la urgencia de ejercer mayor control sobre los enfermos. Se convierte en un defensor de la observación como un medio para encontrar formas de tratamiento; según Arias esto es posible si se dividían a los enfermos por niveles de gravedad, se instituyese la separación de hombres y mujeres y se les suministrara una mejor alimentación¹⁰⁰. Consideró que el aislamiento no era el camino para el tratamiento

⁹⁸ Cullen, Guillermo; *Elementos de la medicina práctica*, primer médico del Rey de Inglaterra en Escocia, Catedrático de la Universidad de Edimburgo, Traducido al Español por Dr. Bartholome Piñera y Siles, Académico de la Real Academia de Médica de Madrid, Tomo primero, Prologo del traductor, Madrid de 1783.

⁹⁹ Informe de Juan Arias. AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. Folios: 652-674

¹⁰⁰ Informe de Juan Arias. AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. Folios: 652-674

de estos enfermos ya que el cambio de sitio del hospital de Cartagena empeoró la situación de estos enfermos, sustentando su postura desde la nosología, su posición sobre el contagio de esta enfermedad¹⁰¹ y los vicios que aparecieron en esta comunidad producto del cambio de sitio del leprosorio.

Esta postura médico-científica (nosológica) que asume Arias frente al tema de la lepra, lo distancia radicalmente de las posiciones de Mutis, médico insignia de la corona española en la Nueva Granada y la cabeza más visible del movimiento ilustrado en estas tierras. La defensa de Arias frente al tema del anti-contagionismo de esta enfermedad lo ubica unos pasos adelante en contraste con los que defendieron la hipótesis del contagio basado en los nuevos métodos científicos para hacerle frente a las enfermedades. Arias propone en su informe un método totalmente innovador para un mal como la lepra, según el cual el hospital de leprosos de esta ciudad debía convertirse en un espacio de observación, para comprender lo que hasta su momento era un terreno incierto y desconocido para la comunidad médica, no solo del virreinato, sino también de Europa. Fue precisamente la observación y su práctica médica en el Lazareto de Cartagena lo que le permitió asumir una postura anti-contagionista, escenario desconocido para los médicos radicados en la ciudad

¹⁰¹ Desde el texto de Guillermo Cullen podemos entender la propuesta nosológica que pretende implementar Juan de Arias en el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena a finales del siglo XVIII: muchos médicos celebres proyectaron establecer una Nosología metódica y sistemática, adoptando el plan clasificatorio de los botánicos. “El sabio Morton deseaba lo mismo, y efectivamente ejecutó este proyecto proponiendo la descripción de diferentes especies de phtisis pulmonales. El célebre Musgrave en su prefacio de artitride, ya distinguió las diferentes especies de Gota, y deseaba se practicara lo mismo en otras enfermedades. el profundo Gorter profesor de la universidad de Leyden en una oración inaugural manifestó estar convencido de que se debía adoptar el plan de los botánicos en la medicina, dividiendo las enfermedades en géneros y los géneros en especies. Del mismo dictamen fueron Chicoineau en su tratado de la peste: Helvecio en su tratado de las viruelas y Guavio en su Pathologia; pero todos estos autores no tuvieron el valor y resolución de formar un método nosológico, que se extendiese a todas las enfermedades. Esta empresa que pareció superior al poder de muchos hombres, la concibió y concluyó el célebre Sauvage. Voy a dar una breve idea de la nosología metódica. La Nosología que es parte de la Patología, es la ciencia de las enfermedades ó el arte de mostrar todo lo concernientes a ella afirmativa o negativamente. Esta ciencia se debe fundar en la experiencia y hechos históricos é indubitables. El método nosológico junta y une enfermedades que se parecen, y se les separa de las desemejantes, reduce a todas las enfermedades particulares a sus especies estas especies a sus géneros, los géneros a sus órdenes y estos a un número corto de clases; de modo que la semejanza de las enfermedades particulares e individuales, se llama especie, la semejanza de las especies constituye el género, la de los géneros el orden, y la convivencia de los órdenes la clase. Este plan nosológico, de cuya perfección depende la de nuestra arte tiene innumerables detractores, ya entre los médicos poco instruidos, ya entre los que no queriendo aprender más de lo que saben vituperan y menosprecian todo lo que ignoran. Esta nosología dicen es enteramente extraña a la práctica médica y no la enriquece con ningún método nuevo; pero se engañan; pues enseña a determinar las especies de las enfermedades y aquellos que no conocen la importancia de esta investigación, no son capaces de dirigirlas y curarlas bien. Cullen, Nosología, prologo IV.

de Santa fe. Mientras que Mutis e Isla hablaban desde la teoría para el caso de la lepra, “Arias argumentaba desde la experiencia como protomédico del principal puerto de esta parte del continente a finales del siglo XVIII”¹⁰².

Ahora bien, mientras que Mutis apoyó sus conclusiones e hipótesis sobre esta enfermedad basado en los estudios del médico Hoffman (como consta en su informe sobre el caso de Ignacio Bermúdez de 1795); Arias toma como referencia la propuesta de “Nosología Metódica” de Cullen, la que no solamente complementó el trabajo de Hoffman sobre la “Patología de los nervios” sino que fue más allá, presentando un método de estudio que se podía aplicar sobre todas las enfermedades¹⁰³. Esta hoja de ruta sobre el análisis de las enfermedades, alimentó la propuesta que deseó desarrollar en su momento Arias sobre los enfermos de lepra internos en el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena a finales del siglo XVIII. Sin embargo, la situación del leprocomio de Cartagena en la primera década del siglo XIX, muestra que el deseo de Arias se convirtió en un grito al viento, ya que su propuesta no contó con el apoyo político ni de las autoridades locales y mucho menos con el apoyo de las autoridades virreinales, influenciadas por los “sabios” consejos de Mutis.

En consecuencia con lo anteriormente mencionado, el médico Juan de Arias defiende su postura anti-contagionista y, en 1799, sostiene que esta enfermedad no era contagiosa debido a que en todos los tiempos de vigencia del Hospital se había visto personas afectadas por este mal casarse entre sí, con personas sanas y enfermas. Velasco de Taranta dice haber visto una niña hija de leprosos y una sana bastante bien parecida, aunque nota que en estos casos la lepra se ha manifestado a la 3^o o 4^o generación¹⁰⁴. Siguiendo con lo expuesto por Arias, plantea que hay obispos que bañan a los enfermos con agua bendita y los han visto dándoles caricias fraternales a estos enfermos sin experimentar contagio alguno, al igual que transeúntes que por razones de fuerza mayor llegan a estos hospicios y no se han enfermado. Continuando con la exposición de Arias: “Yo mismo tengo varias experiencias vistas en esta ciudad, que en este hospital conviven enfermos y sanos, se casan

¹⁰² Aunque Pilar Gardeta en su trabajo *Enfermedad social*, menciona el informe de Juan Arias, no profundiza sobre los conceptos que este menciona, ni de la importancia de estas apreciaciones como protomédico de la ciudad de Cartagena de Indias a finales del siglo XVIII, en la escena de la Nueva Granada.

¹⁰³ Cullen, *Elementos de la medicina*, 84-96

¹⁰⁴ Informe de Arias Juan. AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. Folios: 652-674

entre ellos y no se observa contagio alguno. Sirva de ejemplo *Mariana Jiménez*, que siendo moza y de buena presencia ha tenido el valor de soportar tres matrimonios con lazarinos y ha quedado viuda, sana y robusta domiciliaria en el mismo hospital”¹⁰⁵. Además, algunos ilustrados europeos plantearon que la lepra no se transmitía sexualmente. Estas ideas llegaban a los ilustrados del Nuevo Continente gracias a las traducciones de los textos franceses que eran bien conocidos por la comunidad científica y de su formación recibida en España¹⁰⁶.

Siguiendo con el documento del licenciado Arias, en éste se realizan unas observaciones sobre la situación médica de los lazarinos, en su calidad de Protomédico del Real Hospital San Lázaro de Cartagena. Este ilustrado plantea que la lepra no es un problema endémico de una región en particular porque, de ser así sólo la deberían sufrir los de una sola parte del virreinato, pero en el hospital se encuentran reclusos lazarinos de las provincias de Santa Fe, Quito, Popayán, Antioquia y Panamá lugares en donde el clima, la temperatura, modo de vivir y la cultura son totalmente diferentes. Más adelante, el médico dice: “Yo no he visto a un Indio Puro que la padezca y por averiguaciones que he hecho esta elefancia nos ha venido de África por la cantidad de negros que constantemente están trayendo para el cultivo en los campos y servicios en las casas y que la enfermedad se ha propagado por la lactancia que dan frecuentemente las negras a los hijos de los blancos, se puede refutar que los blancos la han sufrido esta enfermedad, pero la confunden con el escorbuto que produce las enfermedades venéreas y que por tales motivos la lepra que sufren los blancos no es contagiosa¹⁰⁷”. Esta posición frente al tema de la lepra de los europeos, entendida como una afectación producto de un mal venéreo, produce por lo menos sospecha ante la experiencia europea frente a este mal en particular, develando que el discurso de la clasificación de la lepra por géneros y castas sirvió como complemento para otros fines, como el afán de la pureza de la casta y la limpieza de sangre que debía mantener el blanco español y el criollo. Esta enfermedad atacó a las personas de todas las castas y mezclas, ya que los casos de elefanciácos que se presentaron en las provincias de la

¹⁰⁵ Informe de Arias Juan. AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. Folios: 652-674

¹⁰⁶ Gardeta Sabater, Pilar. *El real tribunal del Protomedicato en el virreinato de la Nueva Granada 1740-1820*. 412 y Arias Juan, Fondo Lazaretos, Folios 652-674.

¹⁰⁷ Informe de Arias Juan. AGN. Fondo Lazaretos. 1799. Folio 652-674

Nueva Granada, no representaron sólo a un grupo étnico en particular. Además, estas apreciaciones representaban las ideas científicas de avanzadas del continente europeo.

Es importante resaltar que Juan de Arias, se oponían a la existencia de relaciones íntimas entre lazarinos y a la formación de familias de leprosos, ya que esto propaga la enfermedad y creaba una nueva raza “la raza de los leprosos”. Aunque el concepto raza sea tan conflictivo debido a que puede ser entendido como un anacronismo para el siglo XVIII, Santiago Castro expone que el concepto puede ser asimilado de dos formas en la segunda mitad del siglo XVIII: en tanto que estrategia de lucha de los criollos por lograr la hegemonía social frente a otros grupos poblacionales de la colonia, o bien en tanto que estrategia biopolítica del Estado Borbón en su combate por hacer de las colonias enclaves productivos con el fin de recuperar la hegemonía en el sistema-mundo moderno/colonial. En ninguno de los dos casos “raza” tiene que ver con características sociobiológicas¹⁰⁸. Si acotamos la primera de las aclaraciones hechas por Castro en relación a una estrategia de hegemonía social, analizamos que las consideraciones iniciales dadas al origen de la lepra por parte de los ilustrados criollos, recae sobre la población africana y esclava y son ellos los portadores de este mal¹⁰⁹. En tal sentido el aparentemente insólito concepto de “raza de lazarinos” responde a los intereses sociopolíticos de la población criolla en relación con los otros grupos poblacionales que conformaron la sociedad neogranadina.

Algunos médicos peninsulares del siglo XVIII de la talla y prestigio de Don Antonio Pérez de Escobar, médico privado de la corona española y del Rey Carlos III, planteaban que la lepra había sido traída por los esclavos africanos y por los españoles a la costa atlántica, y que posteriormente se regó por todo el virreinato¹¹⁰. Este fue otro de los debates cruciales llevados a cabo en las últimas décadas del siglo XVIII entre los facultativos. Juan de Arias también defendió la hipótesis de la transmisión de la enfermedad a través de los esclavos. Arias, atribuía su propagación a la <<Generación y lactación que dan

¹⁰⁸ Castro, *La Hibrys del punto cero*, Prologo p. vi.

¹⁰⁹ En los informes médicos de los facultativos de neogranadinos como Don Juan De Arias son claras las expresiones en cuanto a las diferencias de la lepra africana y la española. AGN. Fondo Lazareto. Tomo 6.

¹¹⁰ Informe de Juan Arias. AGN. Fondo Lazareto. 1799. Tomo 6. Folios: 652-674

frecuentemente las negras a los hijos de los blancos>>¹¹¹. Este pensamiento fue muy difundido durante este período, ya que una “casta pura” como la blanca no podía ser el factor portador de este mal. Estas afirmaciones resultan fascinantes ante el hecho de la existencia de la lepra en Europa y teniendo presente que uno de los primeros enfermos de lepra en el Nuevo Continente fue Don Gonzalo Jiménez de Quesada quien falleció a causa de este padecimiento.

El argumento más fuerte que se usó para endilgarle esta enfermedad a los africanos fue que esta enfermedad ya era conocida en aquel continente, específicamente en lo que actualmente se conoce como Guinea, Congo, Angola y toda la región del occidente africano; además era común que después de dos meses y medio de viaje entre un continente y otro, los africanos sufrieran de afecciones de la piel, debido al hacinamiento y la poca higiene que existió en los galeones donde eran transportados como mercancía. Cartagena se convirtió así en un foco endémico de leproso, debido a que este puerto fue la entrada de del comercio negrero; por consiguiente, esta peste se propagó vía del río Magdalena y llegó a Mompo, el Socorro y posteriormente al resto del territorio.

En el sentido opuesto se pronunció Sebastián López Ruiz de formación galénica tradicional <<atribuía el origen de la enfermedad a cierta depravación y corruptela interior de los humores>>. Así mismo, defendió que su causa no era conocida y sustentaba sus argumentos en el hecho que ningún médico, cirujano, capellán, sacerdote ni otras personas que convivían con ellos, habían contraído la enfermedad y ponían como ejemplo al hospital da San Lázaro de Lima, hospital muy grande ubicado en el centro de la ciudad y del que sólo se permitía salir a los hombres a pedir limosna por la ciudad. También, su discurso fue contrario a la herencia, apoyándose en este caso en la existencia de hijos de leproso que se mantenían sanos durante toda su vida.

Ésta son varias de las visiones que se dieron alrededor de los elefancíacos. Dichas hipótesis sobre el carácter *contagioso*, *no contagioso* y *el acuerdo sobre los síntomas* de la enfermedad, trataron de brindar una posición más clara sobre la misma, para no cometer

¹¹¹ Informe de Arias Juan. AGN. Fondo Lazareto. 1799, Tomo 6. Folios: 652-674

errores al pensar que cualquier infección en la piel era lepra. El miedo social era innegable teniendo en cuenta las características de la enfermedad que hemos mencionado en el transcurso del escrito, ya que sólo era necesario presentar alguno de los síntomas de esta enfermedad para ser diagnosticado como leproso, hasta el mismo protomédico Juan de Arias, tuvo que sacar a varias personas que equivocadamente estaban admitidos como leprosos en el lazareto de Cartagena¹¹², este hecho muestra la relación entre el miedo social que producía le lepra y cualquier tipo de afección cutánea que erróneamente fue asimilada como lepra; la cual provocó el encerramiento de algunas personas mal diagnosticadas en dicho hospital durante el período colonial.

Sin embargo, existieron otro tipo de posturas intermedias que trataron de mediar entre los que consideraban que la lepra era contagiosa y los que apoyaban las hipótesis anticontagionistas de esta enfermedad. Según el trabajo de Pilar Gardeta, encontramos al médico Honorato Vila, médico español radicado en la ciudad de Santa fe desde 1784 quien, desde un prisma ecléctico, defendió el contagio y no contagio de la enfermedad. Vila afirmaba que al «virus» de la lepra le dio la misma vía de transmisión que a los productores de las enfermedades venéreas y así ambas sólo se adquirirían por la generación o el contacto íntimo, permitiendo entonces ser heredadas o propagadas. Dado que el semen de los leprosos estaba cargado de gran cantidad de «partículas» de la enfermedad, si se examinaba exhaustivamente a los hijos que aparentemente estaban sanos, se vería que tenían señales propias de la enfermedad. No obstante, aceptaba que podrían darse casos en los que lo anterior no se cumpliera, sin más razón que la desnaturalización de las partículas, ocurrida durante los nueve meses que habrían estado en el útero; ello daría lugar a un ser aparentemente sano pero con una constitución enferma que en la niñez le hará padecer induraciones de glándulas o afectos cutáneos, y en una avanzada edad resucitarán los síntomas unívocos de la elefancia¹¹³. Aunque en algún momento suene confuso, Honorato Vila trató de mediar entre ambas posturas (contagionistas y anticontagionistas) sustentando su posición en algunos casos de leprosos, que al tener hijos; estos nacían sanos pero la

¹¹² Informe Arias Juan. AGN. Fondo Lazaretos. 1799. Folios: 652-674

¹¹³ Gardeta, *Discurso sobre una enfermedad*. 411

enfermedad se manifestaba en generaciones posteriores. Esto quiere decir que el elemento mediador es el carácter hereditario de la enfermedad y que se manifestaba en unos casos.

Continuando con la postura intermedia de Honorato Vila, afirmaba que el contacto inmediato también sería una vía de propagación, refiriéndose concretamente a la cópula natural o preternatural, la lactancia, los besos y el contacto de una parte del cuerpo que no estuviera cubierta por la epidermis con otra parte enferma. Sin embargo, para que diese lugar a la producción de la enfermedad, era preciso que concurriesen dos circunstancias; de un lado, que el contacto fuese inmediato y continuado durante algunos instantes, y de otro, que la parte enferma se encontrase bañada de cierta humedad. Negaba el contagio mediante el contacto mediato, pues consideraba que para ello sería necesario que el cuerpo del enfermo exhalara vapores en gran cantidad, mediante las respiraciones pulmonares y cutáneas, los cuales, posteriormente, se deberían esparcir por toda la atmósfera contaminándola. No obstante, advertía que de producirse así estarían contagiadas todas las personas que trabajaban con los leprosos. Honorato Vila aceptaba, sin embargo, un supuesto en el que sí podía producirse este tipo de contagio: cuando la atmósfera estuviese durante largo tiempo enrarecido y sin renovarse el aire. Al igual que Juan de Arias, consideraba que el aislar a los enfermos era sólo por el horror que inspiraban a la sociedad, así como por la errónea creencia en su contagio¹¹⁴.

En esta misma línea se inscribe el médico fray Miguel de Isla quien expone lo siguiente en informe presentado al Virrey: “Ni menos creo que se debe declarar la dicha enfermedad, entendida según la explicación que doy por contagiosa. Lo primero porque me parece producida por los alimentos, particular constelación y específicamente por el mal venéreo, complicado con escorbuto y no por contagio. Lo segundo porque hasta la presente no se han presentado hechos constantes, que prueben haberse propagado por contagio ni examinándose debidamente. Lo tercero porque personas afectadas por este mal se han casado con otras, que no lo estaban sin comunicárseles ningún vicio y han procreado hijos sanos”¹¹⁵.

¹¹⁴ Gardeta, *Discurso sobre una enfermedad*.412

¹¹⁵ Informe presentado al virrey por el Dr. Isla, AGN. Fondo Miscelánea Vol.1: Folios1-19

Es importante plantear que en los cánones y lineamientos en la construcción de hospitales era muy clara la separación de hombres y mujeres lazarinos, ya que ésta, de igual forma, era otra de las maneras de ir erradicando el mal del virreinato; pero a diferencia del hospital de Lima, donde existió un mayor control sobre los leprosos, en el hospital de San Lázaro de Cartagena los enfermos vivieron “sin Dios y sin Ley” (En la documentación trabajada dan cuenta de los casamientos entre leprosos, el ocio en el que vivían, la falta de atención médica y las condiciones de miseria en la que vivieron los leprosos internados). En consecuencia, siendo la lepra un mal importado desde África y salvaguardando la limpieza de sangre europea, el discurso de la lepra sirvió como una estrategia social para garantizar la hegemonía criolla sobre la mayoritaria población mestiza de las tierras bajas del Caribe virreinal.

Otro elemento que cabe resaltar sobre el tratamiento médico que se le dio a la lepra, fue que hubo pocos médicos interesados en los elementos etiológicos de este mal. En los debates y discusiones sólo hicieron parte un grupo muy limitados de médicos de la ya escasa élite intelectual que poblaba estas tierras. Los debates que se produjeron entre 1770 y 1810, constituyeron por sí mismos la puerta de entrada a los conceptos modernos bajo los referentes ilustrados propios de su época, de esta forma los médicos criollos se colocaban en sintonía con sus colegas del antiguo continente. Pero respecto a la lepra, el debate quedó sin resolver dado que no se implementó ninguna de las propuestas esbozadas por los médicos de la época y mucho menos un tratamiento curativo.

En el escrito de Montoya y Flores, “*Contribución al estudio de la lepra*”, relaciona un informe que envió Leblond al gobierno, un largo estudio sobre la elefancia, que a opinión de Montoya y Flores adolece de escaso “valor científico”, pero que son relevantes desde el punto de vista histórico porque registra las ideas dominantes de la época sobre la elefancia griega. El estudio de Leblond dice: “por el comercio de los esclavos de África, se comunicó la elefancia a las Américas” (sobre este punto en particular podemos observar un acuerdo general entre la mayoría de médicos y científicos de la época). Sostiene que el primer estado de la enfermedad es curable y lo describe sólo teniendo en cuenta la forma

fimatoide en estado moculoso haciendo notar que las manchas son purpuras en los blancos y cobrizas en los negros y que por lo común predominan en la frente. Del segundo estado se dice que es menos curable pero no se desestima esa posibilidad; que el cutis se pone duro con costras ásperas; impedimento mover los dedos de los pies y de las manos. El tercer estado es incurable y lo describe como una caída de los pelos del cuerpo que vuelven a renacerles en menos cantidad y más delgados; la voz se pone ronca, aliento fétido y nauseabundo, las orejas van creando cuerpo en forma de nudos, hinchazón de pies y manos y algunos se le van cayendo las falanges¹¹⁶.

Como posible tratamiento el autor dice: que mejor opera el mercurio en la lepra que en el gálico y que a los elefanciácos les conviene más el clima frío. Aconseja el antimonio como más eficaz para la sífilis, y no cree que sea necesario aislar a los elefanciácos que aun se encuentran en el primer estado de la enfermedad y agrega que <<para los individuos en tercer grado debe usarse con ellos el rigor de la ley>>. A diferencia de la opinión de Montoya, considero que estas aseveraciones por muy incipientes que parezcan, representan un avance y una ruptura con las formas medievales sobre la percepción de la lepra. De aquí se logra extraer la puesta en marcha de la aplicación del método científico que parte de la observación, clasificación y posible tratamiento de la enfermedad. Infortunadamente el carácter policivo que tuvo la lepra, se mantuvo como derrotero de su tratamiento hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX.

Sin embargo, es importante resaltar los cuatro enfoques que se le dieron al debate de la lepra: el primero, la discusión en torno a las posturas contagionista y anti-contagionistas de este mal; segundo, el carácter hereditario de la lepra y sus manifestaciones en los hijos de los lazarinos que abrió la puerta a la posible existencia de una nueva raza; tercero, el acuerdo general de los médicos de la época que la lepra de estas tierras había sido traída por los africanos y que la lepra europea era producto de una venérea y no era contagiosa, permitiendo la inclusión del discurso de la lepra en el debate hegemónico de una casta sobre las otras y el cuarto, responde al hecho de la propuesta de pensar el lazareto de Cartagena como un espacio de observación. Esta realidad implica el reconocimiento de lo

¹¹⁶ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*. P. 42

nutrido del debate científico de la elefancia de finales del siglo XVIII, ratificando que esta problemática se pensó y se sustentó desde la vanguardia del conocimiento científico pero no así su representatividad sobre la comunidad de leprosos internos en el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena.

2.4. La existencia de un posible tratamiento curativo

Debido a la diversidad de propuestas etiológicas sobre la enfermedad, no hubo una claridad para el tratamiento a seguir con los leprosos. Según Gutiérrez de Pineda, “el tratamiento médico fue muy rudimentario, y aunque poco a poco se fue introduciendo el sublimado corrosivo, la quina, el mercurio dulce y el precipitado de rubro, continuaron utilizándose otros productos que eran simples placebos”¹¹⁷.

Hacia el año de 1804 en el virreinato de Lima, el médico Baltasar Villalobos, había descubierto el método para curar los hinchamientos o tumores de la garganta denominados Coto, tras haber sanado ya a otros enfermos de este mal que padecían dolencias de todos los grados (esta clasificación de los leprosos, se determinaba por el grado de infección que tenía el cuerpo, separados en cuatro estados o niveles. Esta observación está presente en las cartas y los tratados de la época expuestos anteriormente en el texto). Tal fue el impacto inicial que causó la noticia de la posible cura para este mal que los médicos neogranadinos le recomendaron al Virrey por medio de carta fechada el 6 de marzo de 1805, para que el médico Villalobos entregue las instrucciones pertinentes del medicamento para que este sea replicado en todo el virreinato.

(...) En estas circunstancias tan lamentosas como lo es el encierro de los leprosos, se me ha hecho mirar con mayor interés la noticia remitida y por consiguiente no puedo menos que suplicar a vuestra majestad que en el caso de ser cierto el descubrimiento del doctor Villalobos, se den las instrucciones convenientes de los medicamentos y de más que conduzca a la curación de ambas enfermedades...
Santa fe 6 de Marzo de 1805, en beneficio de la humanidad de este Reino¹¹⁸.

¹¹⁷ Gardeta, *Discurso sobre una enfermedad social*, 417

¹¹⁸ Carta presentada por los facultativos santafereños, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6. Folios 550-556

Esta noticia no confirmada sobre el método curativo de Villalobos, puso en marcha a los organismos del Estado y desde Cartagena se solicitó que el doctor Villalobos enseñara el método de curación y que lo especificara en sus etapas y los medicamentos que se debían utilizar. La institución del “Real Protomedicato” se ofreció a dirigir los recursos necesarios para que este método se difundiera en todo el reino, pero esta remitiría a 8 enfermos de lepra; 4 en el primer grado de elefancia y 4 en el cuarto grado de este mal, para que el médico Villalobos los atendiera y certificara su curación.

Posteriormente, el proceso del descubrimiento de este nuevo método curativo de la lepra, se empezó a desvirtuar, de tal forma que ya no curaba a los enfermos de lepra que estuvieran por encima de primer grado de infección, sino que solamente era posible la curación en su etapa más primaria siguiendo el método de curación con medicamentos naturales sujeto a las disposiciones de las facultades médicas. El método de curación de Villalobos fue puesto bajo el estudio de otros conocedores del tema como el Doctor Diógenes Tafur, catedrático de método, Josef Vicente Villareal y el cirujano Josef Paistan, concluyeron que el método del doctor Baltasar Villalobos, no curaba totalmente la enfermedad ya que los enfermos tratados por él fallecieron sufriendo este mal y los que no murieron, la hinchazón y las dolencias aparecieron posteriormente. Lo que sí le reconocieron al procedimiento fue que las dolencias y las hinchazones se disminuyeron y aliviaron. Los remedios que se utilizaron para la curación fueron la Quina y el Mercurio¹¹⁹.

Teniendo claro los efectos reales de este medicamento, las instituciones del Estado le ordenan al doctor enviar los medicamentos necesarios para la curación de los lazaretos. Hay que precisar que el Doctor Baltasar era residente en Lima donde quedó ubicado otro de los lazaretos del continente

(...) Dr. Villalobos, sírvase a mandar los remedios necesarios y el procedimiento y de más medicamentos que conduzcan a la curación del Coto y del Hinchazón (...)
Sr. Antonio ¿???. Gobernador de la provincia de Cartagena 1805¹²⁰

¹¹⁹ Carta presentada por los facultativos santafereños, AGN. Fondo Lazaretos. 1805. Tomo 6. Folios 558-560

¹²⁰ Carta presentada por los facultativos santafereños, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6 Folios 561-562

Aunque existió un desconocimiento por parte de la ciencia, ésta, de alguna forma trató de brindar un conocimiento primario de la enfermedad. La idea de que la elefancia era producida por la ira divina, se dejó totalmente de lado, permitiendo la entrada de los nuevos ideales ilustrados y modernos que le dieron las herramientas a los pensadores, eruditos y médicos de este período para que realizaran observaciones y clasificaran en grados de infección y que presentaran propuestas para una reacomodación y estructuración de las instituciones hospitalarias entre ellas el Lazareto. Infortunadamente estas propuestas quedaron en el tintero y nunca se pudieron llevar a cabo debido a la crisis de recursos a la que estuvieron sometidos los hospitales y a la crisis del saber médico que para el período en cuestión, no pudo resolver el problema de la lepra ni por medio de una vacuna ni con algún tratamiento médico efectivo, como sí ocurrió en el caso de la viruela. La disgregación de las propuestas y los resultados negativos que mostró Villalobos, significaron una decepción total frente al tema de la lepra dejando como único tratamiento posible internar a los enfermos en el Real Hospital San Lázaro.

Bajo el nuevo escenario del dominio de la razón sobre la naturaleza, se logra observar un desplazamiento de las explicaciones mágico-religiosas y el descubrimiento de la vacuna de la viruela. Sin embargo, el tema de la lepra se abandona en las agendas científicas quedando como un problema sin solución médica, dejando como único tratamiento la política de aislamiento o de grado.

CAPÍTULO III

En este último apartado del escrito, abordaremos los cambios que sufrió el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias en la segunda mitad del siglo XVIII. Transformaciones que deben ser entendidas en el marco de las reformas borbónicas; la aplicación del mandato real reestructuró las formas de relación social entre sanos y leprosos de esta ciudad, por tal razón, partiremos del marco general que significó la intención de la creación de una red de hospitales para lazaretos en el virreinato, posteriormente abordaremos la descripción de la población de lazarinos internos en el Hospital basándonos en un censo realizado en 1777, para así entrar a mostrar cómo estos cambios impulsados desde lo político y lo económico impactaron sobre la comunidad de enfermos.

Como observaremos, para el caso cartagenero y en especial para el tema de los leprosos en la segunda mitad del siglo XVIII, la búsqueda de fuentes nos condujo sobre dos ejes documentales: el primero de ellos, el Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena presentado en 1759 por el Sr. Francisco Álvarez de Castro en representación del Rey ante las autoridades de la gobernación de la ciudad de Cartagena de Indias. Donde propone unas nuevas ordenanzas sobre los impuestos que debían ser destinados para la manutención del hospital de San Lázaro de esta plaza. El Plan, que incluye la forma de invertir ese dinero teniendo presente el traslado del Hospital a otro sitio, propone la creación de una junta para que lo presupuestado por su majestad se lleve a feliz término. El segundo documento es el empadronamiento de leprosos de 1777 que se convirtió en una primera mirada sobre la población de enfermos que se debía trasladar al nuevo sitio. Aunque el documento nos brinda un primer enfoque sobre esta población, el no poseer otra fuente con la cual compararla nos limita a un elemento descriptivo pero de vital importancia para arrojar algunas luces sobre quienes se implementaron estas normas.

A pesar de que el Plan presentado por Francisco Álvarez tiene fecha de 1759,

este sólo se llevó a cabo hasta 1789, año en el cual el Lazareto fue cambiado de sitio, de modo que el censo de los leprosos fue uno de los momentos en el proceso del traspaso del Hospital. Por ello optamos por presentar primero el censo y luego abordar el proceso de traslado del Lazareto.

3.1. Las políticas de lazaretos en el Nuevo Reino

Por medio de una cédula real, expedida el 3 de junio de 1781, “se dispuso un cuartillo por cada azumbre de aguardiente, no sobre su precio, sino por el equivalente medio a la minoración de sus medidas, para la manutención de los enfermos de lepra”. Esta medida es la más mencionada durante la segunda mitad del siglo XVIII, debido al problema de fondos por los que pasaba el Hospital. El Soberano, ordena por medio de la cédula Real¹²¹, que este impuesto debía cobrarse en todo el Reino. Quizá por esta disposición Real, las otras provincias de la Nueva Granada deciden no enviar sus lazarineros hasta Cartagena, porque esto le costaba más a las gobernaciones como Quito o Santa Fe. Esta disputa por la búsqueda de fondos para la manutención del Hospital de San Lázaro, fue el problema administrativo más grande al que se enfrentó durante la segunda mitad del siglo XVIII¹²². Por otro lado, en determinados momentos, “el soberano, atendió las quejas de los lazarineros y ordenó buscar ayudas en todas las parroquias del Reino por medio de cédulas reales y una renta administrativa por el cobro de haciendas y casas que le pertenecían al Lazareto¹²³”.

Estas fueron sólo algunas de las ayudas por parte de la Corona y el gobierno local de la provincia de Cartagena que estaban en la obligación real de atender y buscar su viabilidad. Las otras ayudas que recibía el Hospital provenían de la sociedad civil, que en su mayoría, consistían en recolectas mensuales encabezadas por las parroquias locales a favor de los lazarineros de la ciudad. Esta disposición, sumada a la negativa de las provincias de enviar a los leprosos hasta Cartagena, debido a lo costoso del viaje, a la posible muerte

¹²¹ Cédula Real, AGN. Fondo Lazaretos Tomo 6.Folios 314

¹²² Documentos del Administrador del Hospital Antonio Tatis AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6-1789. Folios 313-389

¹²³ Cedula Real, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6-1785. Folios 313- 351

de los enfermos durante el trayecto, a la posibilidad de no volver a ver a sus enfermos y a la negativa de los dueños de embarcaciones de hacerse responsable de trasladar a los leprosos, generó una masiva protesta encabezada por la provincia de Panamá y Quito, Socorro, San Gil, Girón, Vélez, Cali, Tunja y Santa Fe¹²⁴. Quienes solicitaban “descentralizar” el lazareto de Cartagena y crear nuevos hospitales de leprosos en las otras provincias del Reino. Esto llevó a la Metrópoli a replantear la necesidad de construir nuevos leprosorios y de reforzar el de Cartagena que se encontraba en mal estado.

Por ello, La Corona se vio obligada a formar un Plan General de Hospitales de Lazarinos, por el que se rigieran todos los del virreinato, tanto el que ya existía como los que posteriormente se fundaran. No obstante, y como pasaba en múltiples ocasiones, las autoridades coloniales no obedecieron el mandato con la debida presteza, lo que hizo que fuera necesario replantearla nuevamente pasados varios años. En agosto de 1800, el Fiscal de Su Majestad informaba sobre la conveniencia de que se fundasen hospitales en cada una de las provincias, evitándose con ello a los enfermos el largo y penoso viaje hasta Cartagena¹²⁵. Así mismo, era partidario de que tanto a los enfermos como al hospital, les beneficiaría el que estos estuvieran cerca de sus familias ya que se haría más fácil y placentera su subsistencia y las limosnas para el hospital ascenderían. Para esta fecha cada gobernador, excepto el de Guayaquil, había informado ya sobre las rentas que podrían disponer para tal fin.

En el caso de que se llevara a la realidad dicho plan, el número de enfermos que deberían seguir asistiéndose en el hospital de Cartagena disminuiría considerablemente y se dispondría de los recursos suficientes para trasladarlo al sitio de Boca Grande. No obstante, en 1807 Santa Fe permanecía aún sin hospital para lazaretos¹²⁶. El 30 de octubre de 1800, el Virrey Mendinueta¹²⁷ expide un decreto por el que se suspende la conducción obligatoria de los leprosos de las provincias de Panamá, Quito y Popayán al lazareto de Cartagena,

¹²⁴ Propuesta y Plan para la creación de Hospitales para leprosos, AGN. Fondo Lazaretos, Tomo 6-1784. Folios 412- 432

¹²⁵ Informe del fiscal, AGN. Fondo Lazaretos, Tomo 6-1801. Folios 412- 432

¹²⁶ Gardeta, *Enfermedad social*. P. 418

¹²⁷ Pedro de Mendinueta y Múzquiz, militar español y Virrey de la Nueva Granada entre 1789 y 1793.

permitiendo que se les atendiese en los hospitales generales o en pequeños lazaretos provisionales¹²⁸.

Estos lazaretos provisionales tampoco fueron controlados tal como lo muestra el escrito de Montoya y Flores. En 1706, se estableció un pequeño hospital en Cali, que se inauguró con 6 leprosos de 8 que existían en la ciudad y, posteriormente, en 1742, se resolvió aislar a los elefanciácos en Buga, en el sitio denominado Palo Blanco. Se dice que para 1776 había 3 enfermos uno de ellos negro¹²⁹. Esto nos abre la posibilidad de que en otros espacios del Reino, estas disposiciones hayan sido tomadas sin la potestad de las autoridades de la Real Audiencia para la creación de pequeños hospitales donde se atendiesen a sus leprosos.

Como detallamos, desde la segunda mitad del siglo XVIII, no se registra envío de más leprosos a la provincia de Cartagena. Si nos remitimos al censo de 1777, en el Ítem de lugar de origen de los leprosos, no aparecen enfermos de las provincias mencionadas. Lo cual indica que estos leprosos ya venían siendo atendidos en dichas ciudades y por lo tanto no veían la necesidad de remitir el arbitrio a Cartagena, si ya ellos venían dando respuesta a su problemática. Lo cierto es que existió un total desconcierto de la Corona frente a la situación de los lazaretos del Virreinato; en tal sentido, la idea de crear nuevos hospitales tomó mayor fuerza a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Solo encontramos registro del año de 1787 del envío de 11 elefanciácos que habían sido reconocidos por el Dr. Laureano Gómez, médico del batallón acantonado en Panamá, y el Licenciado Miguel Calvo, cirujano del mismo batallón enviados desde la ciudad de Panamá a Cartagena¹³⁰.

Los lazaretos u hospitales para leprosos durante el siglo XIX, pasan por un período de estancamiento debido a los procesos de independencias que surgen en los virreinos. Este tema se ve aplazado en las agendas gubernamentales por más de 20 años, hasta que los nuevos gobiernos se enfrentan al desafío de dar orden a las futuras naciones. Ejemplo de esto es el Congreso de 1833, después del proceso de independencia, donde se proclama la

¹²⁸ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*. P. 40

¹²⁹ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*. P. 14

¹³⁰ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*. P.20

“ley de lazaretos”, la cual ordena establecer tres lazaretos en el territorio nacional: el primero debía atender a las provincias de Bogotá, Tunja, Casanare, Neiva, Pamplona, Socorro y Vélez; el segundo estaba destinado para las provincias de Antioquia, Chocó, Buenaventura, Pasto; y el tercero debía atender a las provincias de Cartagena, Mompox, Mariquita y Santa Marta¹³¹. Se puede afirmar que el concepto de lazaretos no se modificó sino hasta mediado del siglo XX con la inclusión del proceso de medicalización de la lepra, con la creación de nuevos hospitales para leprosos como el de Agua de Dios en Cundinamarca, con nuevos tratamientos y aportes científicos; nuevas legislaciones para los leprosos en el marco del proceso de inclusión económica de Colombia en las dinámicas del mercado capitalista.

Como hemos mostrado, a finales del siglo XVIII se presentó un interés generalizado en las demás provincias por resolver el problema de los leprosos, ya no con el envío hasta Cartagena sino más bien con la ampliación de la red de hospitales públicos destinados al cuidado de estos leprosos. Este suscitado interés es muestra del deseo de convertir al Estado en el eje orientador de todas y cada una de los factores que intervienen en la vida social, que para el caso de las enfermedades, se implementó desde las nuevas normas higiénicas o políticas de salud pública, entre ellas la ampliación de los hospitales. Estudios como los realizados por Santiago Castro y Adriana Alzate, son una muestra del proyecto civilizador que trató de implementarse a finales de dicho siglo. Con aciertos y desaciertos el proyecto modernizador Borbón se sintió con mayor fuerza en las principales provincias del Virreinato, entre ellas indiscutiblemente Cartagena de Indias.

Los hospitales y lazaretos del período colonial hicieron parte de una estrategia colectiva de control, ya que éstos no se constituyeron como lugares terapéuticos debido a la falta de claridad de un método científico que contribuyera a la sanación, curación y recuperación de los cuerpos; estos hospitales más que brindar un procedimiento médico, como consta en las fuentes consultadas, se convirtieron en lugares de separación higiénica y moral que debían garantizar el no contacto de enfermos de lepra con la población sana.

¹³¹ Martínez Martín Abel Fernando. *Boyacá Inmensa leprosería. Primera Potencia leprosa. Medicina, Iglesia y Estado*, (Boyacá: 2007),31

Pero con las inconsecuencias de las dinámicas sociales de las colonias americanas este objetivo y finalidad de los hospicios y leprosorios no se dio en su máxima extensión, ya que varios hospitales para leprosos, incluyendo los lazaretos de Lima y Cartagena, estuvieron situados dentro de los márgenes de las ciudades y permitieron la creación de una estructura caritativa y auxilios que hicieron posible la interacción entre sanos y leprosos.

3.2. El censo de los Lazaretos de 1777: Una política de Estado y una mirada a la comunidad de los Lazarinos en la ciudad de Cartagena

El censo hizo parte de las políticas de control estatal, debido a que en la Nueva Granada la lepra se convirtió en un problema endémico que afectó algunas zonas de la región como la Costa Caribe, Antioquia, Socorro, San Gil, Santa fe, Cali, Panamá y Quito. El procedimiento de trasladar los hospitales de San Lázaro a las afueras de las ciudades durante la segunda mitad del siglo XVIII no puede entenderse por fuera del contexto de las reformas borbónicas y del impacto que estas tuvieron en el escenario colonial y la comunidad de enfermos. La necesidad de tener claridad sobre la población de enfermos, conllevó a cuantificar el número de leprosos en cada provincia, por tanto se ordenó el censo de la población de leprosos 18 años después de que el Rey Carlos III instituyera las políticas borbónicas.

Establecer el número de leprosos del Nuevo Reino de Granada es muy difícil, debido a la falta de precisión de algunos informes o a la exageración de otros, además tendríamos que aclarar cuál era la cantidad de leprosos existentes en otras provincias y villas del Reino, pues como ya hemos dicho, no todos los leprosos eran remitidos al hospital de San Lázaro de Cartagena. Desde la década del 1770 se comienzan a empadronar y a censar todos los lazaretos del virreinato¹³². En 1772 existían en el leprosorio de Cartagena 104 elefanciácos. Lo que da un total, dice Vicente Restrepo, de “520 enfermos para todo el virreinato, suponiendo que solamente la mitad de los atacados por este mal hayan sido remitidos a los

¹³² Disponemos del censo original de Cartagena, los otros datos son indirectos tomados del texto *Contribución al estudio de la lepra* de Montoya y Flores.

sitios dispuestos para ello, por las gobernaciones locales¹³³”.

La provincia sobre la cual existió menor claridad sobre el número de leprosos fue la del Socorro, ya que en los innumerables memoriales, quejas y reclamos que mandó al Virrey, para negarse al pago de los impuestos el gobernador de esta Villa, varió considerablemente el número de leprosos. En un informe bastante difuso del 30 de septiembre de 1778, Juan José Cortés, al hablar de los medios de cómo se propagaría la elefancia, dice lo siguiente: en un primer envite se encerrarían de tres a cuatro mil lazarinos, y cada año casi otro tanto; que los elefanciácos aislados se casarían y los casados propagarían la enfermedad, pues propensión del mal el acto venéreo y que de este modo se vería el hospital de veinte a veinticinco mil lazarinos¹³⁴. En 1775, tanto el Procurador “General como el Cabildo del Socorro, pedían a la Corona un hospital en el cual poder atender a los más de 100 leprosos que había en la ciudad, así como a los más de 300 existentes entre Socorro, San Gil, Girón y Vélez”. A pesar de ello, en 1794 como la construcción se iba a dilatar, el virrey Ezpeleta ordenaba al Cabildo de San Gil que “enviara sus leprosos a Cartagena vía el puerto de Girón, especificando que los gastos se sufragarían con cargo al fondo destinado al Hospital de San Juan de Dios [Santa Fe]¹³⁵”.

Para el año de 1778, en el padrón de los elefanciácos de la Villa del Socorro y su jurisdicción, según Cortés, existían 35 hombres y 32 mujeres leprosos, para un total de 67 enfermos de lepra en la Villa. Esta cantidad, mucho más razonable, dista demasiado del cálculo del informe del Socorro de cuatro mil leprosos. Este informe es una muestra de la falta de exactitud en la cantidad de enfermos que existió en el Virreinato o en la intención de exagerar el dato referido a la cantidad de leprosos en la Villa por parte de su gobernador, para de esta forma llamar la atención de las autoridades virreinales y obtener el permiso para la construcción de otro lazareto en la villa del Socorro. Otro de los conceptos que creó confusión fue la catalogación de zonas endémicas, como bien se sabe esta enfermedad se presentó en todas las provincias y villas del Reino, sólo que Cartagena fue el centro urbano de acopio de los enfermos dado a su carácter de puerto.

¹³³ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*, 15

¹³⁴ Informe presentado por Juan José Cortés, AGN. Fondo lazaretos. Tomo 6. Folios 71-74

¹³⁵ Informe presentado por Juan José Cortés, AGN. Fondo lazaretos. 1794. Tomo 6. Folios 71-74

A partir de los datos de Montoya, podemos ver los apellidos y la frecuencia con la que aparecen en el padrón de los leprosos del Socorro: Ardila (1); Archila (1); Aparicio (1); Bravo (2); Beltrán (2); Bayona (1); Carreño (1); Carranza (1); Castillo (2); Cortés (1); Crespo (1); Delgadillo (3); Díaz (3); Dulcey (1); García (1); Landínez (1); León (6); Martínez (1); Moreño (1); Murillo (1); Ortiz (2); Olarte (1); Patiño (1); Pereira (2); Pérez (1); Peña (1); Pico (2); Pinzón (1); Porras (1); Poveda (1); Quintero (2); Rodríguez (1); Rosas (1); Santos (4); Sierra (2); Tapia (1); Toledo (1); Torres (4); Valderrama (1); Vargas (2); Vásquez (1) y Vieira (2)¹³⁶. Un glosario de apellidos como éste, permitiría realizar algunos análisis sobre estudios de pertenencia regional y familiar, pero para el caso cartagenero ello no tendría utilidad puesto que, este hospital de lazareto albergó leprosos de todo el Reino¹³⁷.

Para el censo de 1777, se contabilizaron en Quito 30 leprosos y para 1798 el número descendió a 28 enfermos recluidos, 15 mujeres y 13 hombres¹³⁸, contrastando con los 127 leprosos recluidos en el hospital de San Lázaro de Cartagena para la misma fecha. En el Fondo Lazaretos que se encuentra en el Archivo General de la Nación de Colombia, existe documentación que expone que el problema de la lepra en estas regiones era de grandes proporciones y requería la intervención de los entes de control del Estado. Pero algunas provincias se negaban a enviar a los enfermos de este mal hasta Cartagena; por lo menos durante la segunda mitad del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Los gobernadores de estas regiones argumentaban su desacuerdo, planteando que la geografía de la Nueva Granada era muy quebrantada, que el viaje hasta el Real Hospital de Lazaretos era muy largo y costoso, se ponía en riesgo la salud pública, se tenía que enviar a los lazarinos con 5 soldados y que algunos de los enfermos fallecían durante el viaje¹³⁹.

Además, los dueños de las embarcaciones en el puerto fluvial de Mompós y otros

¹³⁶ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*, 15

¹³⁷ En la documentación revisada, los informes de los administradores Nicolás García y Antonio Tatis, dan cuenta que antes de la década de 1770, los leprosos todavía eran enviados a este hospital de regiones tan distante como Quito o Panamá.

¹³⁸ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*, 3

¹³⁹ Montoya y Flores, *Contribución al estudio de la lepra*, 21

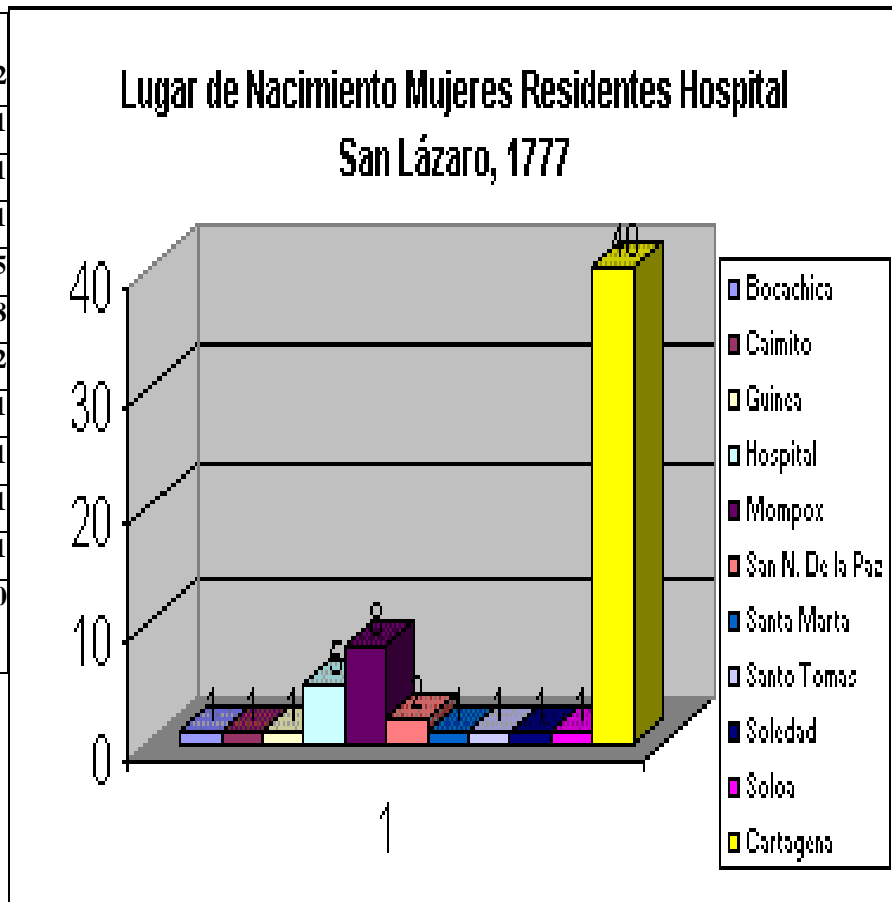
puertos, como el de Honda, Panamá y Cartagena, se oponían a trasladar a estos enfermos hasta un lugar cercano de la provincia fundada por Pedro de Heredia¹⁴⁰; por tales motivos se le expuso a su majestad, un proyecto de crear más hospitales para el cuidado de los lazarinos de otras regiones distintas a la Costa Caribe. Algunas de estas quejas aparecen firmadas por el administrador Antonio Tatis apoyando la creación de más hospicios en donde se pudiera internar a los enfermos de este mal. Los gobernadores de San Gil y del Socorro presentaron una propuesta en donde se expresaba la creación de un hospital en las inmediaciones de ambas provincias justificando dicho proyecto por la dificultad que se tenía de enviar los lazarinos hasta el hospital¹⁴¹.

El censo del Real Hospital de San Lázaro realizado en 1777 muestra que de 125 leprosos que registra, 34 procedían de sitios o poblaciones diferentes a Cartagena; entre ellas estaban: San Nicolás de la Paz, Sabana Grande, Tolú, Caimito, Sincerín, Simití, Barú, Santa Marta, Santo Thomas, Guinea, Mompós, Sinú, Bocachica, Galicia, Soledad, Saloa, Palenque y Santa Rosa. En su gran mayoría estas villas, palenques o resguardos correspondían geográficamente a la región de la Costa Atlántica. Por tanto, estas fueron las poblaciones que continuaron remitiendo sus leprosos al hospital de Cartagena, confirmando la hipótesis de que otras poblaciones de regiones más distantes al Caribe dejaron de enviar sus leprosos hasta esta ciudad y que dicho hospital había empezado a albergar sólo leprosos de su área de influencia sociopolítica. Como consta en dicho documento, los lazarinos no tenían como origen de nacimiento ciudades o villas correspondientes a otras zonas de la Nueva Granada; de tal forma, para esta época puede decirse que al Hospital de Cartagena únicamente llegaban enfermos de la zona norte del virreinato (véanse gráficas 1 y 2)

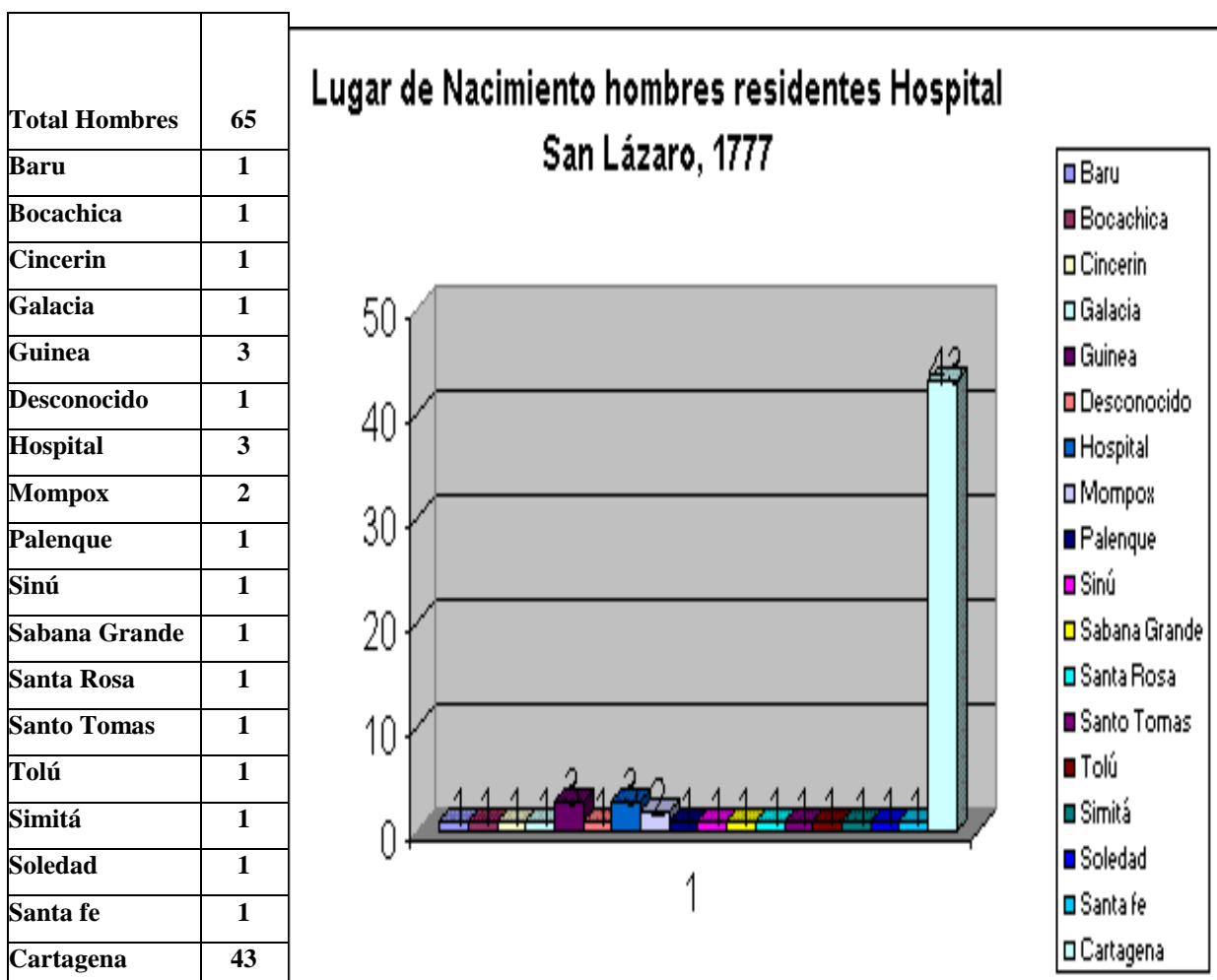
¹⁴⁰ Censo de enfermos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena 1777, AGN. Fondo lazareto. 1786. Tomo Único. Folios 919

¹⁴¹ Solicitud de los gobernadores de Socorro y San Gil AGN. Fondo lazareto. 1786. Tomo Único. Folios 342-343

Total mujeres	62
Bocachica	1
Caimito	1
Guinea	1
Hospital	5
Mompós	8
San N. De la Paz	2
Santa Marta	1
Santo Tomas	1
Soledad	1
Soloa	1
Cartagena	40



Grafica #1 (A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923)



Grafica #2 (A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-9

Estas gráficas demuestran que durante el siglo XVIII se dejó de enviar a los enfermos de este mal al Real Hospital de San Lázaro por lo menos de ciudades distantes como Quito, Panamá, Santa fe, Cali, Medellín y de las villas del Socorro y San Gil, que en su momento fueron las que presentaron la negativa de seguir enviando los lazarinos hasta Cartagena.

El otro elemento importante de este censo fue que la mayoría de los enfermos recluidos en el hospital tenían como lugar o patria a Cartagena; 91 leprosos son de este lugar de origen. Este hecho nos lleva a plantear dos cuestionamientos: ¿Era Cartagena la

zona más endémica de la Nueva Granada y cuál fue el factor determinante para que esta cantidad de enfermos respondieran al mismo lugar de origen? Sobre estos cuestionamientos nos atrevemos a lanzar dos hipótesis que nacen de la información que brinda la documentación consultada¹⁴²: la primera responde al hecho de que los lazarinos formaron familias dentro del Hospital. Las cartas, informes de los protomédicos que trataron a los enfermos y el censo de 1777 reafirman esta hipótesis; esto quiere decir que las quejas de los vecinos de esta plaza frente al número de leprosos, apuntaban a la necesidad de controlar “la raza de lazarinos” y proponer la separación de sexos ya que estos leprosos perpetuaron la enfermedad representada en sus hijos que nacieron de estas uniones. La segunda responde al hecho de que aunque el lazareto de Cartagena recogió la mayoría de leprosos que existieron en el Virreinato en inicios desde el siglo XVII. En la documentación revisada se muestra cómo el hospital de San Lázaro de Cartagena albergó enfermos de provincias tan alejadas como Medellín, Santa fe, Popayán y Quito¹⁴³. Sin embargo, el envío de los leprosos disminuyó a finales del siglo XVIII, y en 1777 sólo figura un sólo hombre procedente de Santa fe, junto a una esclava de Guinea. Los otros reclusos eran de Cartagena o sus áreas cercanas.

El Hospital estaba organizado por pequeñas casas hechas de material rudimentario, que en total sumaba 41 bohíos y una iglesia en el centro, al frente de una pequeña plaza. El hospicio estaba rodeado por un muro en forma de muralla con un solo acceso que servía para controlar la entrada y salida de los lazarinos. En estas “casas” vivían los leprosos con sus familiares y agregados. Las familias más grandes eran de 7 a 9 enfermos y las pequeñas estaban constituidas por 2 a 3 enfermos¹⁴⁴. En la casa registrada con el número 1 vivían tres personas, un capellán que según lo registrado en el censo ejercía las tareas de médico y respondía al nombre de Joseph Barrera; la segunda persona era un sacristán de nombre Don Tomás Oviedo y el tercero un sastre, Melchor de Cueba¹⁴⁵. Estas son las únicas personas que aparecen con un oficio relacionado con el cuidado y atención de los lazarinos, las casas

¹⁴² Cartas e Informes de los administradores del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena y el censo de 1777

¹⁴³ Censo de los enfermos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena, AGN. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único Folios 919-923

¹⁴⁴ Censo de los enfermos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena, AGN. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

¹⁴⁵ Censo de los enfermos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena, AGN. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único Folios 919-923

restantes estaban destinadas para los leprosos. Este punto en particular nos muestra que antes del traslado del Hospicio, este ya se encontraba organizado en casas en las cuales vivían los leprosos y sus familias.

Básicamente el leproso no podía ejercer una práctica laboral, debido a que la separación y exclusión debía ser total, pero entre ellos existieron cinco personas que practicaron algún oficio: un zapatero, un jornalero, dos bolleras y un hombre de 60 años que pertenecía a las reservas del ejército. Lo característico de estas personas es que solamente una de las bolleras padecía de lepra. Esto respalda la hipótesis de que los leprosos asumieron su condición social, siendo la mendicidad como una de sus fuentes fundamentales de ingreso para su auto-sostenimiento.

A continuación presentamos 2 cuadros donde se encuentra sintetizada la información del censo, dividida en 7 categorías: el rango de la edad, cantidad de mujeres y hombres (número total de la población femenina y masculina), leprosas o leprosos, sanos y sanas, patria (lugar de origen), oficio y estado civil.

Cuadro N°1, Mujeres en el Lazareto de Cartagena 1777 (Fuente, AGN, Fondo Lazareto, 1777, Tomo Único, Folios 919-923)

Rango de Edad	Cantidad de mujeres	Leprosas	Sanas	Patria	Oficio	Estado civil
1-20 años	29	25	4	2 Mompox, 1 Soledad, 1 Santa Marta, 25 Cartagena	1 Bollera	1 casada, 1 viuda
21-40 años	25	22	3	2 Mompox, 2 Soloa, 1 Bocachica, 1 Santo Tomás, 1 San Nicolás de la Paz, 18 Cartagena	Desconocido	8 casadas y 2 viudas
41-60 años	3	2	1	1 Mompox, 2 Cartagena	Desconocido	2 viudas 1 casada
61- 80 años	0	0	0	0	0	0
81-100 años	4	2	2	1 Mompox, 3 Cartagena	1 Bollera	3 Viuda 1 Casada

Cuadro N°2, Hombres en el Lazareto de Cartagena de 1777 (Fuente, AGN. Fondo Lazareto, 1777, Tomo Único, Folios 919-923)

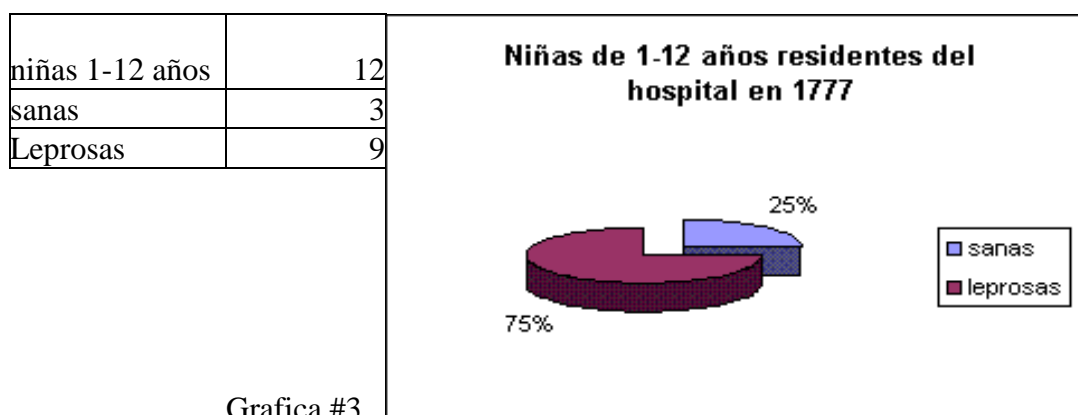
Rango de Edad	Cantidad de Hombres	Leprosos	Sanos	Patria	Oficio	Estado Civil
1-20 Años	28	22	6	1 Rió Sinu, 1 Santo Tomás, 1 Bocachica, 25 Cartagena	Desconocido	1 viudo, 1
21-40 Años	26	20	6	1 Santa Rosa, 2 Mompox, 1 Palenque, 1 Barú, 1 Soledad, 3 Guinea, 1 Sabana Grande, 16 Cartagena	Sastre, Zapatero	14 Casados, 1 Viudo
41-60 Años	6	3	3	1 Cincerín, 1 Galicia, 1 Tolú, 3 Cartagena	Soldado de Reserva	5 Casados, 1 soltero
61-80 Años	0	0	0	0	0	0
81-100 Años	1	1	0	Simití	Desconocido	Casado

Lo primero que debemos decir, es que, según los datos que ofrece el censo, en el Hospital convivían 125 personas, entre los cuales 97 estaban infectadas con este mal y 28 personas se encontraban sanas o por lo menos no estaban enfermas de lepra. Si hacemos un análisis de los datos de ambos cuadros, podemos observar que: la población mayoritaria es joven, o al menos se ubica desde los 40 años hacia atrás. Por otra parte, en el último rango de edad, entre 81-100 años en el grupo de las mujeres, 4 de ellas alcanzaron esta edad, mientras que entre los hombres, solamente uno lo alcanzó. Además, en el ítem de estado civil aparecen 8 mujeres viudas, consolidándose así como la población de mayor número en comparación con los hombres; de los 97 leprosos del hospital 51 fueron mujeres.

El elemento más revelador, es que los leprosos estaban organizados en familias y aparecen casados. Esto nos permite ver que el discurso médico ilustrado iba por un lado, las

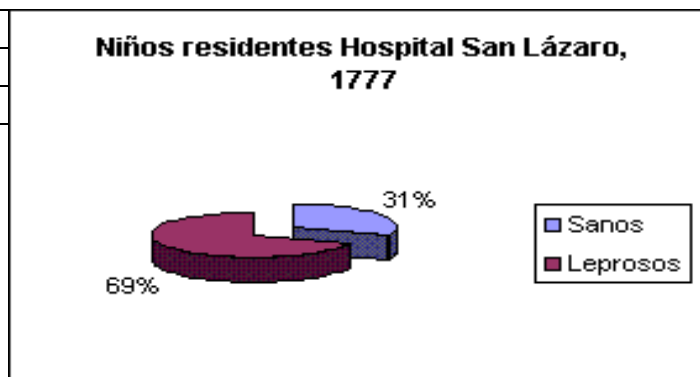
regulaciones legales iban por otro y la medicalización de la lepra a finales del siglo XVIII no pasó de ser un discurso científico sin trascendencia en la práctica. El leprosorio sólo cumplía una acción policiva sobre el grupo de enfermos. Esta realidad se presentaba en los momentos en que el leprosorio estaba ubicado en las inmediaciones de la Ciudad de Cartagena de Indias. En 1792, cuando el Hospital fue movido hasta la Isla de Tierra Bomba, ubicado en el sector de Caño de Loro, no hubo un control estricto sobre la vida de estos miserables enfermos; si observamos la ubicación del Hospital por fuera de los circuitos sociales de la ciudad de Cartagena, entendemos que la situación médica empeoró ya que no era sencillo que los médicos se trasportaran hasta el islote para atender los leprosos. En palabras del licenciado Arias, “el aislamiento de esta comunidad facilitó que estos enfermos se dedicaran al ocio y otros vicios”, esperando sólo la ayuda estatal.

Al continuar con él análisis del censo, la totalidad de los niños(as) que vivieron en el Hospital para 1777 (Ver gráfica n°3), son hijos de matrimonios entre leprosos que residieron con sus familias en el lazareto; lo interesante es que la enfermedad se manifiesta en una edad promedio de 3 a 4 años, y algunos de estos niños no presentaban la enfermedad, comprobando la teoría generacional y hereditaria de la lepra, que dice que los hijos de las parejas de leprosos nacían sanos pero la enfermedad se manifestaba años o generaciones posteriores¹⁴⁶.



¹⁴⁶ Véase graficas 3 y 4. AGN. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

Niños 1-12 años	13
Sanos	8
Leprosos	5



Aunque el censo no muestra más información, es interesante ver que el color de piel o la casta no eran tenidos en cuenta. Este ítem nos hubiese mostrado qué población o casta asimilaba este mal en comparación con las otras; si eran los blancos, indios, negros o mestizos (mulato, zambo y pardos) más propicios a esta enfermedad. Los documentos y estudios plantean que esta enfermedad fue exportada del viejo continente, que los africanos también la experimentaron y los indígenas del nuevo mundo se infectaron después del encuentro cultural. Es sorprendente que en este documento no aparezca la casta, como un elemento determinante cuando de lepra se hablaba, mientras que todos los censos de la época este era el criterio de clasificación más común. ¿Es que esta enfermedad alteraba los códigos sociales de la época como el linaje o la sangre? ¿Cuando se era un lazarinero estos elementos pasaban a un segundo plano, y primaba una nueva posición, la de enfermo leproso y una nueva condición, el degredo¹⁴⁷?

Además, queremos llamar la atención sobre el porcentaje de niños y niñas con la enfermedad, ya que este era mayor a los niños sanos. Esto implicaría que la teoría

¹⁴⁷ El degredo o aislamiento como estrategia política o social fue un factor común que acompañó al leproso. Véase Ana María Carrillo: "Aislamiento y Salud: Estrategias y resistencias en América Latina 1870-1950", *Asclepio, Revista de la medicina y la ciencia*, (2008 Volumen LX- Julio-Diciembre), 9-18. Y Gustavo Miranda Mariza: "Formas de aislamiento físico y simbólico: La lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico legal en Argentina", *Asclepio, Revista de la medicina y la ciencia*, (2008 Volumen LX- Julio-Diciembre- N°2), 9-18.

generacional de la lepra se cumple en unos casos y en otros no. Desafortunadamente las observaciones de los pocos médicos que se pronunciaron sobre el tema, no dan cuenta de una línea de estudio, ni mucho menos de informes más complejos y profundos sobre la enfermedad. Todo el debate y las posturas científicas se mueven solamente sobre los temas del contagionismo, anticontagionismo y el carácter hereditario de la lepra.

3.3. El lazareto de Cartagena y las medidas borbónicas a mediados del siglo XVIII

Muchas fueron las transformaciones sanitarias que se llevaron a cabo en las ciudades de la Nueva Granada, como el empedramiento de las calles, la canalización de las aguas negras, manejo de basuras y otros cambios que introdujeron las reformas y en especial en Cartagena de Indias. La reubicación del hospital de San Lázaro de esta Ciudad se encontraba en medio de dichos cambios que impulsaron las reformas sanitarias, que como objeto buscaron la reorganización y saneamiento del espacio urbano, el desplazamiento de los cementerios fuera de las ciudades, el establecimiento de mecanismos más eficaces para luchar contra las epidemias, pero uno de los factores más importantes fue la reestructuración de la institución hospitalaria¹⁴⁸.

Para el caso del lazareto de Cartagena no solamente fue un tema de traslado o cambio de sitio del leprosorio, esto simplemente era una parte de un *plan global* que contemplaba otros aspectos del Hospital tales como: la manutención y sostenimiento del Hospital, pago de médicos, presbítero, alimentación, ropas, lavado de ropas, garantía de recursos y de los arbitrios que se podían destinar, hasta el programa del gasto de estos recursos. Para el 5 de Abril de 1759, el Sr. Francisco Álvarez de Castro en representación del Rey presentó ante las autoridades de la gobernación de la ciudad de Cartagena de Indias¹⁴⁹, un documento titulado *Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena*, el cual proponía las nuevas ordenanzas sobre los impuestos que

¹⁴⁸ Adriana Alzate Echeverría: *Lugares de Espanto y de refugio Aspectos de la vida en algunos Hospitales del Nuevo Reino de Granada 1750-1810*. Página 16

¹⁴⁹ Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias, AGN. Sección Colonia. Fondo Hospitales y Cementerios. Tomo 6. Rollo 6. Folios 469-553

debían ser destinados para la manutención del Lazareto de esta plaza e incluía la forma de invertir ese dinero teniendo presente el traslado del Hospital a otro sitio y la creación de una junta encabezada por el señor Gobernador de esta plaza, el Sr. Obispo, Oficiales del Real Ejercito de su Majestad y el Regidor más antiguo. Este documento en su tercera cláusula, expresa la motivación y justificación más importante por la cual se hace imperativo trasladar el Hospital:

(...) Tercero: que se asista a los enfermos con lo necesario para su manutención *respecto que por la distancia de la ciudad no podrán ser socorridos de sus parientes ni de bien hechores* y en consecuencia de lo propuesto ha presentado también una razón de impuesto a que esta ascendería anualmente y de los arbitrios que se podrán tomar para aumentar las actuales rentas del hospital.... *Que los enfermos no deben tener contacto con los sanos, este punto es el que más se debe celar por todos los perjuicios que provienen del contrario*¹⁵⁰.

La intencionalidad del mandato del Rey era clara en la medida en que los leprosos debían estar separados de la ciudad pues el hecho de que el lazareto se encontrara cerca de la plaza afectaba de manera notoria la actividad comercial y económica de una ciudad puerto. En capítulos anteriores mostramos como se aplicó la figura del degredo durante el período colonial y la cantidad de leprosos que en su mercado público generó protestas de los vecinos de la Ciudad. Estos elementos en particular, el del aislamiento, separación del leproso y degredo definitivo, coinciden con la propuesta europea llevada a cabo siglos atrás y que contrastó con la disminución de los leprosos en Europa durante los siglos XV y XVI. Esta medida higiénica contemplada dentro de las políticas de salud pública de la época garantizaba el aislamiento definitivo de los enfermos de lepra respecto de la población sana. Por tanto, ante la pérdida del recurso de la limosna debido al aislamiento total, el documento plantea la necesidad de disponer de un impuesto que supla este requerimiento frente al imperativo de aislar definitivamente a los leprosos.

El documento continúa:

(...) El Rey -gobernador y comandante general de la provincia de Cartagena, por cedula del cinco de abril de 1759 se previno a vuestro antecesor al reverendo obispo y a los oficiales reales de esta ciudad, lo que se les ofreciere sobre la representación que Francisco Álvarez de Castro hizo en orden a que se traslade ese hospital de San Lázaro a otro paraje y

¹⁵⁰ Plan de Gastos y Arbitrios, AGN. Sección Colonia. Fondo Hospitales y Cementerios. Tomo 6. Rollo 6. Folios 470

aprobasen las instituciones que formó y los arbitrios que propuso. En cumplimiento de la referida orden. Con informe de 1761. Y los Oficiales Reales. 1773 Yo el Rey. De esta se autoriza el traslado del hospital a los extramuros de dicha plaza. Distante media legua de esta ciudad... reglamento de la ración diaria y gastos sobre el nuevo plan de traslación del hospital san Lázaro de Cartagena a pasaje retirado de la ciudad en donde se había premeditado hacer su fundación, según ----- regular y prudencial formado sobre el número de 136 enfermos que en el año de 1755¹⁵¹.

Debido a la cantidad de enfermos que se encontraban reclusos en el hospital de Cartagena, este plan contemplaba la alimentación de los leprosos de la siguiente forma:

(...)Primeramente se le debería asignar otra onza de carne fresca cada día para cada enfermo que según los tiempos y precios se podría regular 8 reales arroba y siendo necesario dos y tres cuartos arrobas importan cada día 9022n rrpta y a cada uno dos onzas de arroz y la arroba a diez reales 9007 ½- ya en maíz para hacer bollos que es el pan de la tierra a una y media la libra a cada uno – ya para el desayuno a un cuartillo real a cada enfermo 9034 u. ya para la leña cocinándose en comunidad 9002 u ya para velas u otro género de luz para todos 9008 u – ya para sal ollas y platos y otras menudencias 9004u- para jabón de ropa blanca 9002u- ya para aguardiente- vendas y otras cosas 9008u- ya para extraordinarios que estuviesen en la enfermería 9003u- y para otras menudencias que no --- -----9002u. De manera que según el computo hecho por la cuenta gasto anual 79042 ups-.

Siendo la atención médica un eje fundamental sobre cualquier clase de enfermo y más aun sobre este tipo de padecimiento, el plan exponía lo siguiente:

(...) Para medicinas sino se ordena que los boticarios la den de limosna según su pretensión y juramento 9300- para salarios médicos y cirujanos de la misma forma no se manda que asistencia 9450u- para 9500-para camas y esteras 9025- la ropa se recoge de los difuntos de afuera y otros del hospital puede ayudar a que haya lo suficiente de todo vestuario no se ha regulado mayor cantidad que la de los mil ps.

Teniendo presente que los tratamientos médicos de la época para la lepra eran paliativos, dicho tratamiento necesitaba una base económica para garantizar su existencia en el tiempo, en tal sentido el plan decía lo siguiente:

(...) Rentas fijas y contingentes que tiene el hospital arreglado al quinquenio formado y expresado en la representación. Algunos arbitrios con que se puede facilitar su mantención en la traslación premeditada sin perjuicio al pueblo. Permanentemente se hace cuerpo de las rentas 4437 ps que según el quinquenio que se ha formado y se expresa en la representación que ha correspondido a cada año en renta fija y contingente 49437. Agregándose los 4000 ps que el Obispo Molleda y Gobernador Fidalgo habían destinado para el cura por no tener destino, ni dueños conocidos que después el Sr. Sebastián de Eslava siendo Virrey agrego a la real hacienda a donde se contribuye con 200ps y sus réditos se aumentarán. Ordenándose que las multas y condenaciones que los jueces de Cartagena y a su provincia hicieran sean

¹⁵¹ Plan de Gastos y Arbitrios, AGN. Sección Colonia. Fondo Hospitales y Cementerios. Tomo 6. Rollo 6. Folios 469-553.

para el hospital, se regulan al año 9050. Librándose a los Obispos, o sus provisores en dho obispado cedula ruego, y en cargo para que de la misma manera apliquen las multas condenaciones y dispensas a favor del hospital 9050. Haciendo que los boticarios acudan a los enfermos con las medicinas necesarias y los médicos. Tiene la obligación y carístia de dar los medicamentos a los pobres 9750. Mandándose que en Cartagena y su provincia los testamentos que se hicieran tengan una clausula para el hospital de san Lázaro de 9030, si se concediesen tres o cuatros oficios a favor del hospital podrán recaudar al año 9750. Si sobre los aguardientes que se sacasen por Cartagena se le cargan a favor del hospital un cuartillo real en cada frasco regular si conceptúa prudentemente importa al año 29000. Si por asientos negros se concedicen para dicho hospital un peso por cada cabeza 9500. Si como en la habanase permitiese hacer algunas fiestas 9500. Si se otorgaran los bienes que provienen de los difuntos como Don Alfonso Lázaro quien mando a fundar la capellanía para el cura de San Lázaro a fin de llevar a los leprosos. Gastos diarios y anual 9567= 89987, rentas y arbitrios 8987 descubierto el gasto anual 580. De manera que este plan permitiría la construcción y manutención del hospital.

Esta gran empresa necesitaba una búsqueda importante de recursos para garantizar su manutención. Llama la atención que el plan no escatima escenario alguno para la búsqueda de recursos y arbitrios, va desde el cobro de rentas por fiestas, renta por ventas de esclavos, hasta herencias que hayan quedado sin cobrar, fueran destinadas para el Hospital. El plan contempla una República Independiente de leprosos, tengamos en cuenta que este plan era estipulado por las autoridades españolas. En este escenario el documento planteaba:

(...) Primeramente que haya de tener otro hospital y nombrársele un manpostor que gobierne a los enfermos y les administre sus rentas con jurisdicción --- y criminal y con facultad de nombrar a sus tenientes y demás para su gobierno independiente de toda jurisdicción y solo por vuestro R. consejo siendo el sujeto, que se haya de nombrar de distinción y conducta cristiana y demás circunstancias correspondientes a este ministerio. Todos los enfermos que vinieren de otras partes del reino vinieren a costa.

La designación de un mampostor (administrador) para el gobierno y administración de las rentas del Hospital, y además, que tuviera funciones judiciales y la facultad de contratar personal, muestra como el lazareto seguía estando bajo el mando del Estado. Por otro lado, debido a que el Hospital de San Lázaro de Cartagena se había transformado en un foco de infección de la enfermedad, por las relaciones frecuentes entre lazarinos, y que de estas uniones nacieran hijos de leprosos, esta situación se convirtió en una de las preocupaciones más importantes debido a que esto significaba la pervivencia de este mal en las nuevas y futuras generaciones. Para este problema el plan proponía lo siguiente:

(...) Se prohíben las relaciones entre enfermos, pero que luego dentro del hospital naciere alguno, de a criar afuera, sacándolo del hospital. Evitar que no tomando la leche de la madre se consigna en aquella criatura libre del mal y por consiguamiento haya transmitido el mal. Celándosele con cuidado evitando el pecado. A acepción del lavado de la ropa las mujeres

sanas que estén en el hospital no podrán bajo ninguna razón. Los curas deberán atender a los enfermos en todo lo que corresponda a su ministerio. Es copia a su original Madrid cinco de abril de 1759- en la ciudad de Cartagena de Indias 30 días del mes de julio 1770 don Josep Ramos presbítero abogado a los concejos de todas las audiencias. Representación hecha por Don Francisco Álvarez Castro.

Sin embargo, frente a este ambicioso plan presentado desde Madrid, el 3 de noviembre de 1760 Nicolás García, administrador del Real Hospital de San Lázaro de la ciudad de Cartagena propuso un nuevo plan, que a su entender se encontraba más ajustado a las realidades y al contexto del hospital de leprosos de dicha ciudad. Este documento contaba con seis apartados titulados así:

- 1) Por lo que mira a gasto diario;
- 2) Rentas fijas y contingentes;
- 3) Ordenanzas del nuevo plan;
- 4) Real Cédula;
- 5) Para el gobierno interior;
- 6) Para que hayan rentas posibles.

Aunque este documento cuenta con la misma estructura del Plan presentado desde la metrópoli, en cuanto a temas abordados se refiere alimentación, gastos, pagos de médicos, boticario, administración interna entre otros, el administrador García discrepa en algunos puntos cruciales en relación al anterior plan.

El primero de ellos y más crucial hace referencia al cambio de sitio del Leprosorio. En el Plan presentado a nombre de su Majestad, advertía sobre el peligro que significaba convivir con estos leprosos y más aun en una ciudad puerto como Cartagena. El Sr. García no veía la necesidad de trasladar el Hospital, ya que había otros leprosorios ubicados en las inmediaciones de otras ciudades, como la misma Sevilla. Según él, este traslado perjudicaría crucialmente los beneficios que obtienen los lazarinos de la población sana dada la cercanía del Hospital a la ciudad.

(...) Que no es fácil encontrar en los alrededores de Cartagena, ni aun con alguna distancia un sitio que tenga agua dulce continua y abundante todo el año que este separada de los

caminos reales y cercado su contorno para impedir la comunicación con las gentes; como también el inconveniente que atache formarse vivienda dentro del mismo hospital, para que allí asistan los dudosos del contagio y *el que resulta de mayor pena y trabajo que acondicionaría el servicio y la asistencia de los enfermos en paraje distante por lo que respecta a asistentes, sirvientes, médicos, cirujanos, botica y conducción de medicamentos.* Y quedando ya propuesto lo que respecta a las rentas de dicho hospital para tan crecido gastos, paso a proponer el medio, con que en las presentes circunstancias se podrá proporcionar el fin sobre lo que se consulta. *No hay que tratar de que el hospital se mude. En igual inmediación a la ciudad está el de Sevilla y el de la Habana según estoy informado y así pueden ser los enfermos servidos más fácilmente, atendidos de botica, medico y cirujano y no se malgastarían las limosnas diarias que al pasar por delante del hospital contribuyen los piadosos*¹⁵².

El otro gran desacuerdo que planteaba el administrador García, se centraba en lo que refiere a rentas fijas y contingentes; a causa de que los valores propuestos desde España no correspondían a los costos anuales y gastos reales del Hospital; en tal sentido el documento de García expresa lo siguiente:

(...) Supóngase por cierto los 4437 pesos de rentas fijas y contingente en el día, según el quinquenio formado, que según el tiempo presente, no haciende a tanto y agréguese las otras partidas que se expresan en el reglamento, exclusas las siguientes: 750 pesos boticarios y médicos, que se pretenden asistan y den las medicinas de valde, este es un rigor impráctica en los hospitales reales, porque en todos ellos se paga y tiene el inconvenientes de que tales [...] las asistencias y las medicinas que se darían sobre los aguardientes no parece correspondiente se cargue a nada, porque es muy crecida la renta que sobre ellos esta impuesta para su Ma. Que es de 20500 pesos cada año¹⁵³.

Ahora bien, aunque la problemática sobre el traslado del Real Hospital de San Lázaro se trató durante 1759 y 1760, en dos documentos oficiales se propuso la creación de una junta para llevar a feliz término el mandato real, y sólo hasta inicios de 1780 se retoma la necesidad del cambio de sitio del hospicio, con la construcción de lo que se conoce como el Castillo de San Felipe. La construcción final de esta edificación apremiaba, por eso era necesario el traslado del Hospital hacia otro lugar. El punto escogido fue una pequeña isla ubicada a tres leguas de distancia en el sitio llamado Cantera Vieja, que posteriormente se conoció como Caño de Loro. Este proyecto sería llevado a cabo por el ingeniero militar Don Antonio Arévalo. La construcción del Hospital comenzó en 1781 bajo los planos y las medidas presentados por el ingeniero, las cuales consistían en un sencillo pero amplio

¹⁵² Propuesta para el hospital de San Lázaro de Cartagena del su administrador García, AGN. Fondo Hospitales y Cementerios. Folios 549-550

¹⁵³ Propuesta para el hospital de San Lázaro de Cartagena del su administrador García, AGN. Fondo Hospitales y Cementerios. Folios 546

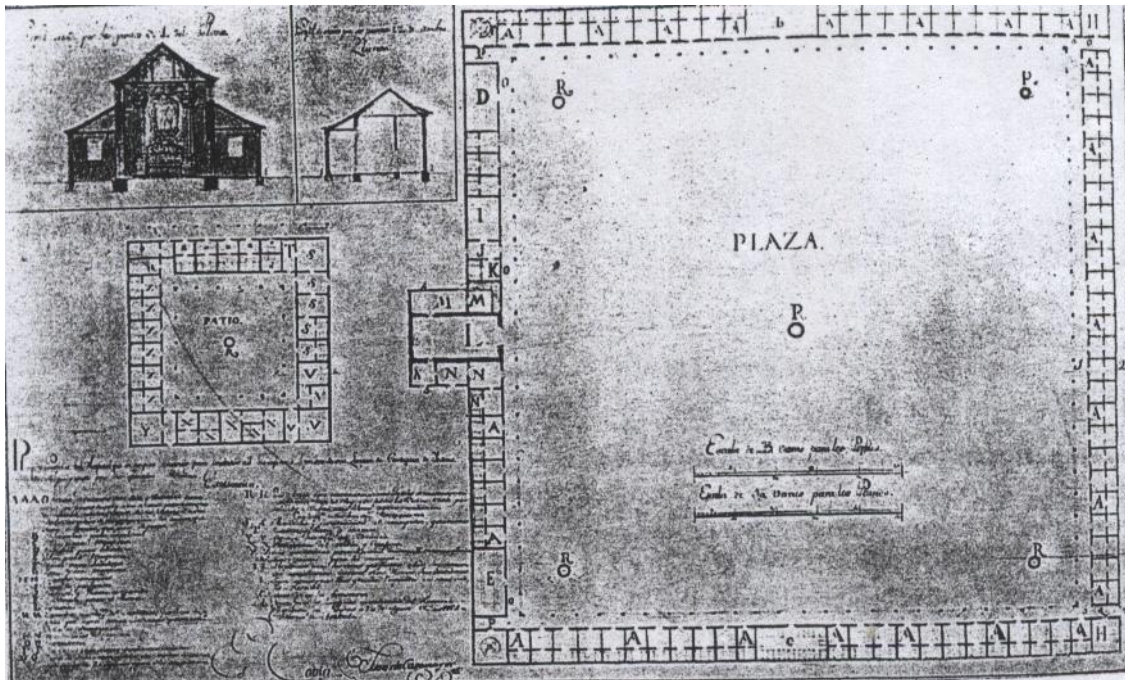
edificio de base cuadrada, con plaza en pórticos y amplios corredores a los que darían 80 habitaciones de enfermos; además de salones, contaba con una enfermería, refectorios de hombres y mujeres y una capilla, pero esto quedó solo en proyectos. En este lugar fueron recluidos los leprosos siete años después, pero el sitio carecía de las condiciones mínimas para tratar esta clase de enfermos, y lo que realmente se hizo fue amurallar una iglesia con un espacio para la construcción de unas viviendas que no eran más que unas chozas de bahareque y paja¹⁵⁴.

El ingeniero militar, Don Antonio Arévalo¹⁵⁵, construyó una iglesia y alrededor de ésta una pared que encerraba la construcción, dejando un solo acceso que les permitía controlar las entradas y las salidas de los lazarinos. Dicho lugar, teniendo en cuenta que no existían muchos fondos para la construcción, se constituyó como un espacio en donde encerrar a los leprosos. El sargento de las milicias del batallón Mangos en 1790 le solicitó al coronel enviar un regimiento de la milicia y salir de campaña para vigilar la construcción del nuevo lugar donde fue trasladado el Hospital, además se le ordenaba certificar que todos los leprosos fueran conducidos a ese lugar¹⁵⁶.

¹⁵⁴ Aristizábal Tulio. *Conventos y hospitales de la ciudad de Cartagena colonial*. (Bogotá: Editorial Ancora, 1998), 149.

¹⁵⁵ Planos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias propuesto por Antonio Arévalo, AGN. Fondo lazaretos. Folios 398-401

¹⁵⁶ Relación de mando, AGN. Fondo lazaretos. Tomo 6. Folios 631



Planos del Hospital San Lázaro 1781, Don Antonio Arévalo Ingeniero Militar (Aristizabal Tulio. Pág 131).

Hacia 1789 en sus Relaciones de Mando, los virreyes de la Nueva Granada exponían lo siguiente:

El virrey expone los adelantos realizados para efectuar el traslado de los enfermos lazarineros del hospital de San Lázaro de Cartagena al sitio de Caño de Loro; expresa que dicho hospital estorba la defensa de la plaza y que debido a que todos los leproso del virreinato deben ser conducidos al nuevo hospital, en la cual estarán privados de gozar las limosnas del público. Se ha destinado el cobro de un cuartillo de real en cada azumbre de aguardiente para asegurar la subsistencia de aquellos enfermos; notifica que los presidentes de Quito y Panamá, en desavenencia con el anterior arbitrio, pretenden destinar estas rentas para asistir a los lazarineros de sus provincias y para sostener el hospital de degredo en la prevención de las viruelas¹⁵⁷.

En el apartado sobre el “gobierno económico” se lee: Separación de los lazarineros: a estos enfermos que antes se hallaban con poca o ninguna separación del resto del público, los hice pasar al Caño de Loros, paraje aislado en la bahía de Cartagena, donde enteramente separados de toda comunicación se hallaban alejados en las casas que al intento se habían fabricado anteriormente y todavía existen cubiertas de paja por falta de fondos. Para el aumento de estos, cumpliendo con lo que el Rey tiene mandado¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Caballero y Góngora Antonio 1789. Relación del Estado del Nuevo Reino de Granada que hace el arzobispo de Córdoba a su sucesor Francisco Gil y Lemus (Turbaco, 20 de febrero) en relación de mando. Memorias presentadas por los gobernantes del Nuevo Reino de Granada.

¹⁵⁸ Gil y Lemus Francisco 1789. Relación del Estado del Nuevo Reino de Granada que hace el Excmo. Sr. D. F. G. y L. a su sucesor, el Excmo. Sr. José de Ezpeleta (Santafé, 31 de Julio) en relación de mando de los virreyes de la Nueva Granada.

Indudablemente surge la pregunta del porqué se tomó 30 años en trasladar el hospital de San Lázaro de Cartagena, teniendo presente que el Rey expresó su voluntad en 1759 y sólo hasta 1790 fueron trasladados los leprosos al nuevo sitio. Aún cuando las fuentes documentales no responden con claridad esta pregunta, sí nos brindan ciertas luces o pistas que nos llevarían a aclarar este cuestionamiento. A pesar de lo presupuestado en el Plan presentado por Francisco Álvarez en 1759 y la pronta respuesta del administrador del Hospital Nicolás García en 1760; la junta que debe formarse para tratar la problemática del traslado del leproso se reunió hasta el 2 de abril de 1774¹⁵⁹; dicha junta no se pronuncia sobre el traslado del Hospital y sólo hasta comienzos de 1781 por ampliaciones y modificaciones que se le debían realizar a la ciudad de Cartagena de Indias bajo las consignas económicas y borbónicas de reordenamiento territorial, el Hospital finalmente es trasladado. Pero ¿por qué buscar nuevas formas de relacionarse con los leprosos si los cánones medievales eran explícitos en la separación de estos enfermos y en otras ciudades como Santa fe, Santa Marta, Panamá, Quito, Cali, Mompox, Medellín, los leprosos fueron desterrados?¹⁶⁰ Esto nos lleva a concluir que mientras en otras ciudades los lazarineros fueron aislados, en Cartagena, la cercanía del Hospital a la ciudad, permitió que estos fueran asimilados socialmente durante el período colonial hasta la aplicación de las reformas borbónicas.

Para el caso de los leprosos, el señalamiento social fue una constante, pero el tema del destierro y de grado no. El argumento que nos permite afirmar esta hipótesis se basa en la ubicación que tuvo el hospital destinado al encierro de este tipo de enfermos, pues el hecho de que el lazareto haya sido construido en las inmediaciones de la ciudad permitió que los leprosos construyeran relaciones sociales con la sociedad sana. Esta realidad redefine la idea de que el leproso era desterrado en todos los lugares. Pero para finales del siglo XVIII, observamos que Cartagena se pone en línea con las otras ciudades del Reino, debido a que con la asimilación de las consignas borbónicas finalmente el Hospital es trasladado al lugar Caño del Loro en 1790, lo cual significó el destierro y de grado de los

¹⁵⁹ Plan propuesto por el administrador del Hospicio García, AGN. Fondo Hospitales y Cementerios. Folios 505

¹⁶⁰ En la documentación revisada en el A.G.N., muestra como en otras ciudades diferentes a Cartagena a los leprosos se les intentó aislar de forma definitiva, así como en la literatura secundaria.

leprosos de la escena social de dicha ciudad cortando con ello, los circuitos caritativos que habían construido ambos grupos poblacionales (sanos y leprosos).

Aunque estos hospitales eran más bien casas de la miseria, en el siglo XVIII el protomédico de la ciudad Don Juan de Arias, planteó la necesidad de construir un hospital para “los lazaretos donde mejorar la calidad de la edificación y por ende la situación de los lazarinos, con salas espaciosas y ventiladas, en un lugar más cómodo y próximo a la ciudad, y que la separación, por lo tanto entre hombres y mujeres fuera total para de esta forma acabar con las raza de lazarinos y agruparlos según el estado de la enfermedad y alimentación”¹⁶¹. Con certeza podemos decir que estas fueron las primeras voces Ilustradas que dan cuenta de la influencia del discurso borbónico y que son muestra de las intenciones de observar, estudiar y asimilar el problema de la lepra desde otras ópticas diferentes a las creencias del dogma católico y las tradiciones populares.

Sin embargo, fue la reorganización territorial y espacial que introdujeron las reformas borbónicas en la segunda mitad del siglo XVIII que implicó la puesta en marcha de un modelo higienista que reorganizaba espacialmente las ciudades del Reino. Para el caso de Cartagena, este traslado introdujo por primera vez el respeto de los cánones europeos que planteaban la separación total entre sanos y leprosos. Se puede decir que durante el siglo XVIII el traslado del Hospital en distintas ocasiones respondió a una lógica de ordenamiento territorial del espacio de la Ciudad. Sin embargo, la vigilancia, discriminación, olvido social y la caridad como dinámicas sociales entre sanos y leprosos sufrieron nuevas connotaciones y transformaciones debido al cambio de sitio del Hospital para leprosos al islote de Caño de Loro. Después de 1759 emerge una lógica borbónica, ilustrada y racional que revela los cambios que vienen asociados a la puesta en marcha de una política, que en términos de Foucault, la asociaríamos con una “biopolítica”.

Las transformaciones que trajo consigo las reformas borbónicas entendidas desde la biopolítica, representó una intromisión violenta en el *habitus* de los leprosos, fundado en las prácticas sociales que estos enfermos lograron construir mientras que el Hospital se

¹⁶¹ Tratados del contagio, AGN. Fondo Lazareto. Tomo 6- 1782. Folios 670

encontraba en las inmediaciones de la Ciudad. Bajo el gobierno de los borbones, la enfermedad ya no era vista como un mal de orden espiritual que atacaba a los individuos por sus pecados y por tanto un castigo de Dios, sí como un mal que atacaba al conjunto entero de las poblaciones. No es el cuerpo del individuo sino el cuerpo social el portador de la enfermedad¹⁶². Es el conjunto de la sociedad el que debe ser transformado, dentro de esta lógica de análisis, es la ciudad el elemento viviente donde se expresan las enfermedades, las epidemias y la falta de higiene. Por tanto fue la ciudad, no los leprosos el objetivo primario de las ya mencionadas transformaciones borbónicas.

Esta práctica médica ilustrada también poseía un carácter político que exigía la intervención del Estado para asegurar la institucionalidad de esa ruptura con los hijos de la maldición. En este sentido, lo económico tiene un impacto directo sobre la salud pública que se convierte en un dispositivo capaz de asegurar el incremento de la productividad. Es precisamente en el accionar del Estado donde se muestran las medidas para combatir la enfermedad, desde esta óptica se logra mostrar como la salud pública se ha convertido en una política de Estado. Después de 1770 queda claro que los temas de la salud son un asunto netamente del Estado. Por tanto, todas las acciones impulsadas por los borbones y en cabeza de José Celestino Mutis significaron un sometimiento de lo privado sobre lo público.

Adriana Alzate plantea que estos intereses borbónicos condujeron a una reforma sanitaria que se articula con las reformas político-económicas para establecer unas políticas de salud pública; por tanto, el reordenamiento del espacio de las ciudades hizo parte de este paquete de reformas sanitarias. El proyecto constituye de cierta manera una “civilización de costumbres” que buscaba crear sujetos sanos, obedientes y productivos¹⁶³ con base en las prácticas ligadas con el canon definido por los ideales ilustrados. Todo este andamiaje borbónico redefinió el sentido de los espacios públicos y la contrariedad que significaba que el único hospital destinado para los leprosos del Reino se encontrara en las inmediaciones de la Ciudad, cuando los cánones medievales e higiénicos eran explícitos

¹⁶² Castro, *La Hybris del punto cero*, 145

¹⁶³ Alzate, *Suciedad y orden*, 13

sobre que este lugar debió haberse construido a diez leguas de distancia del centro poblacional.

El deseo de organizar y sanear el espacio urbano en función de una nueva realidad demográfica y la necesidad de inscribir una población extremadamente móvil en marcos económicos y administrativos precisos fueron algunas de las constantes de esta política ilustrada. Cartagena, segunda ciudad principal y puerto marítimo del virreinato y la primera plaza fuerte del imperio español en América, también fue objeto de numerosas disposiciones urbanas¹⁶⁴. Debido al crecimiento poblacional experimentado durante el siglo XVIII, se obligó a los virreyes y funcionarios coloniales de la Nueva Granda a buscar cómo ejecutar las diversas normas urbanas que habían sido ineficaces debido al descuido, abuso y barbarie en esos espacios durante tantos años atrás¹⁶⁵.

En consecuencia, y a pesar de las reformas, la situación del leprosorio no mejoró a finales del siglo XVIII ni durante el siglo XIX; la relación entre los sanos y los enfermos siguió dándose de la misma forma; las propuestas presentadas para el tratamiento de la enfermedad se quedaron en el escritorio y nunca se llevaron a la práctica para mejorar la situación de estos miserables sociales. En tal sentido, fueron las políticas macro de reordenamiento territorial las que impactaron sobre la cotidianidad y la relación establecida entre sanos y leprosos en la provincia de Cartagena. Por otra parte, antes de este traslado podemos afirmar con base en el análisis de las fuentes consultadas así como la bibliografía revisada, que los leprosos eran rechazados socialmente en otras provincias del Reino y asimilados socialmente en Cartagena de Indias, como una consecuencia de la cercanía del Hospital en las inmediaciones de la ciudad. Esta afirmación propone que el traslado trastoca sustancialmente esta relación de caridad construida entre los sanos y los leprosos del Hospital.

Ahora bien, aunque el plan presentado desde la metrópoli contempló todas las esferas posibles, no pudo concretarse dado lo ambicioso del mismo y es el cambio de sitio

¹⁶⁴ Alzate, *Suciedad y orden*, 41-48

¹⁶⁵ Alzate, *Suciedad y orden*, 41-48

del Hospital el único logro de las reformas borbónicas sobre este grupo identificado como los leprosos recluidos en el hospital de San Lázaro. El lazareto de Caño del Loro ubicado en el Islote de Tierra Bomba, al frente de la bahía de Cartagena, se mantuvo funcionando hasta 1950, posteriormente los enfermos fueron trasladados a Agua de Dios y durante ese mismo año, el lazareto de Cartagena fue bombardeado por la Fuerza Aérea Colombiana.

Hay un vacío documental durante este período que nos impide hacer un mejor seguimiento a lo acontecido con el hospital de San Lázaro de Cartagena durante los primeros años de la vida republicana.

3.4. ¿Caridad o acción social para los leprosos de Cartagena a comienzos del siglo XIX?

Es innegable la existencia de relaciones sociales entre sanos y leprosos como una consecuencia de la cercanía del Lazareto en las inmediaciones de la ciudad de Cartagena de Indias durante casi todo el período colonial, como así lo muestran las fuentes documentales de este trabajo, desde los escritos que hacen referencia a las prácticas caritativas de San Pedro Claver en el siglo XVII, hasta las posibilidades de atención médica, boticario, cirujano y limosnas que confirman en sus informes los administradores del Real Hospital de San Lázaro que recibieron los leprosos de esta plaza a mediados del siglo XVIII. Pero cabe el interrogante de si estas prácticas sociales entre sanos y leprosos sufrieron algún tipo de alteración debido al traslado del Hospital al islote de Caño de Loro a finales del siglo XVIII. Aunque el cambio de sitio del Lazareto respondió a unas transformaciones urbanísticas de la Ciudad, este hecho incorporó nuevas formas de exclusión de los leprosos y generó un nuevo accionar caritativo por parte de la población sana. Ahora bien, si las bases de estas relaciones sociales estuvieron fundamentadas en la doctrina del buen cristiano y estas relaciones permitieron la asimilación social de los leprosos durante casi los 200 años que el Hospital estuvo ubicado en las inmediaciones de esta plaza ¿qué pasó después del traslado del Hospicio?

Frente a este particular hecho, existe una carta firmada por “Los Amigos de los Pobres” en 1807, que nos puede dar algunas luces sobre la inquietud planteada. Este documento expresa la valoración social que existía por parte de unos cuantos vecinos de la ciudad de Cartagena hacia la problemática social que en su momento vivieron los lazarinos y muestra cómo estos circuitos de ayuda partían de la preocupación grupal de un conjunto de habitantes de la Ciudad. La Carta tiene dos partes, en la primera se encuentran los términos usados para referirse a los enfermos de este mal y procede a explicar la situación social en la que se encuentran los leprosos; en la segunda parte, se dan las razones por las cuales el Leprosorio estaba en esos niveles de miseria y que por tales razones el administrador debía ser retirado de su cargo.

(...) De los pobres y míseros lazarinos voy a informar cuyas miserias, *destierro, hambre, desnudes y continuos y desterrados del comercio, de comunicarse con sus pares: privados del torso y el consuelo de sus padres, hermanos y amigos y como reos criminales mandados un calabozo de su destino por solo el contagio – prevenir que contagien a otros.* Este estado del cuerpo del delito de estos miserables y su alivio. Este Hospital tiene varias posesiones de casas e imposiciones su piedad, *fieles sostienen contribuyendo con limosna. Es cierto que estos pobres no se hallan buenamente socorridos pero digo bastamente ni aun médicamente y por esta razón se ven precisados que cuando deambulan por las calles o barrios buscan el abrigo de sus parientes y otros pidiendo limosnas para mantenerse.*
Firman: Amigos de los pobres Septiembre 2 de 1807¹⁶⁶
(Primera parte)

Nos gustaría llamar la atención sobre los firmantes del documento, “Amigos de los pobres”, como una asociación civil que buscaba mejorar las condiciones de vida de los enfermos, conformada no por el grueso de la población sana, sino por un grupo de vecinos de la ciudad con una preocupación por estos míseros enfermos echados al olvido y víctimas de los malos comportamientos de su mampostor. Entre tanto, el nivel de asociación de los vecinos es el rostro de otra forma organizativa alrededor de la misma problemática, basada, ahora no, desde la caridad cristiana que imperó años atrás, sino más bien, desde la *acción socia*¹⁶⁷ que partió de una preocupación particular. Este hecho muestra una transformación de las prácticas sociales que antes del traslado del Hospital habían construido sanos y leprosos; una relación contradictoria, si nos basamos en el temor social que producían los

¹⁶⁶ Carta Amigos de los pobres, AGN. Sección colonial. Fondo Lazareto. Tomo 6 Enfermedades infecciosas. Rollo Único. Folios 372-375

¹⁶⁷ Beatriz Castro: “Inicios de la asistencia social en Colombia”, *Artículo publicado en la revista CS*, Universidad ICESI, no. 1, Cali, mayo 2007, pp. 157 – 188

enfermos debido a la posibilidad del contagio y además la simbología social que rodeaba este mal.

Aunque el Documento tiene un carácter de denuncia ante los malos manejos de los fondos de los pobres (que abordaremos en los renglones siguientes), el traslado del Hospital representó un reto en la búsqueda de nuevas formas de auxilio hacia estos infelices enfermos. Si la cercanía facilitó la posibilidad de acceder a los auxilios sociales como las limosnas entre los ya mencionados, el cambio de sitio a Caño de Loro (islote ubicado al frente de la bahía de Cartagena) necesariamente dificultó no sólo el acceso a las limosnas, sino también a otro tipo de ayudas de las cuales se nutría el Hospital dado su cercanía a la ciudad. Entre tanto, una ayuda o auxilio representativo por parte de la sociedad cartagenera sólo era posible por medio de estas asociaciones que convocaron a un grupo importante de vecinos tras el cambio de sitio del Leprocomio.

El documento continúa:

Don Rafael Antonio Tatis administrador y recaudador de las anteriores rentas es el sujeto que por más de 30 años para este efecto competente que se asigno por el excelentísimo. La conducta de este individuo es innegable y tan pública en esta ciudad y fama de repetidos y continuos amancebamientos con 3 o 4 mujeres que ha mantenido en el discurso de 40 años gastando abundancia de dinero en auge, lujo y profanidades tanto en ellas como en los muchos hijos que ha tenido a pesar de su septuagenaria edad y quebrantada salud se deduce la consecuencia no es comerciante y toma las rentas de los miserables lazarinos las cuales en su poder distribuye a su antojo como tal administrador y si en otros tiempos la sangre de Abel clamaba contra el homicida, hoy las rentas de los lazarinos piden justa contra el Caín de su administrador. Este debe ser separado de su encargo para que de este modo queden libres de disipar los intereses de los pobres y sirvan a sus finos y piadosos fines.

Firman: Amigos de los pobres Septiembre 2 de 1807¹⁶⁸.

(Segunda parte)

En segunda instancia, el Documento hace relación al problema de los malos gastos de los impuestos del Leprocomio por parte de su mampostor. El administrador cumplía un papel de recaudador de los fondos y auxilios que disponían su Majestad y las gentes locales en pro de los leprosos. En la Carta se plantea una problemática importante, y son las denuncias que en él se expresan en contra del administrador. Estos señalamientos generan una pregunta. ¿Si existían 6 tipos de auxilios, por qué el Hospital se encontraba en tal

¹⁶⁸ Carta Amigos de los pobre, AGN. Sección colonial. Fondo Lazareto. Tomo 6 Enfermedades infecciosas. Rollo Único. Folios 372-375

situación de pobreza? En la segunda parte de dicho escrito, los Amigos de los Pobres plantean que Antonio Tatis, administrador del Hospital era una de las personas más “corruptas, ladrón y mujeriego¹⁶⁹” de la ciudad de Cartagena, y por tales motivos debía ser retirado de su cargo. En la documentación consultada, el administrador no se defiende de dichas acusaciones; al contrario, son continuas sus quejas, sobre la falta de recursos, la demora con la que llegan los auxilios y lo insuficiente de los mismos.

Antonio Tatis en su función como administrador del Hospicio, fue muy reiterativo en las quejas por falta de fondos y que éstos no alcanzaban para cubrir los gastos del Hospital. “Que las rentas actuales no alcanzan, se hace patente al número actual de enfermos que asediando la contribución del cuartillo de aguardiente a 12.758 por 1 $\frac{3}{4}$ reales de las provincias de Santa Fe, Honda, Popayán, Leiva, Ocaña, Cali, Santa Marta, Panamá y Cartagena con los arrendamientos del Socorro, San Gil y Pamplona y según por la razón dada por la dirección general y formada de un quinquenio por la contaduría del ramo del reino. 1.531 $\frac{1}{2}$ de las limosnas que se recogen de los visitadores de la provincia y 1.246 $6\frac{3}{4}$ que tiene el hospital de renta fincada y las haciendas; asciende todo junto anualmente a la cantidad de 15.142 por 1 $\frac{1}{2}$ real y necesitamos solo para 119 leprosos que hay en el hospital- regaladas las raciones diarias para su alimento, dos mudas de ropa al año, camas, catres de arriadas, luz, lavado de ropa, cuero y con la mayor economía 19-16 PS y reales se advierte la notable diferencia de 3.119 en cada año solo para los fines expresados sin hacer cuenta en primer lugar de las dotaciones del cura, sacristán, médico, cirujano, barbero, sangrador, procurador, sirvientes y otros muchos empleados para su curación y asistencia, sin incluir el costo de la medicina y los leprosos de las provincias interiores¹⁷⁰”.

Según la relación de Caballero y Góngora (Relaciones de los Virreyes del Nuevo Reino de Granada. New York, 1869), en 1789 tenía el hospital de San Lázaro las siguientes entradas¹⁷¹:

- Renta fija: 1.246 reales;

¹⁶⁹ Relación de los virreyes, AGN. Fondo Lazareto. 1807. Tomo 6: 372-375

¹⁷⁰ Relación de los virreyes, AGN. Fondo Lazaretos. 1781. Tomo 6. Folios 339-340

¹⁷¹ Montoya y Flores. *Contribución al estudio de la lepra*, 25

- Derechos que se le asignaron en la aduana: 3400 reales;
- Recargo de un cuartillo del real en cada azumbre de aguardiente que se vendiera en el virreinato: 20.000 reales;
- Limosnas: 153 reales;
- Suma total: 24.799 reales.

Como los gastos del Hospital sumaban 10.572 reales, quedaba un sobrante considerable. Estas cuentas del Virrey no concordaban con las cuentas que mostraba el administrador del Hospital donde sus entradas anuales ascendían a 15.142 por 1 ½ real. Si comparamos esta última cantidad de ingresos anuales que ofreció el administrador del Hospital de san Lázaro de Cartagena con el total de ingresos del hospital que relacionó el Virrey, tendríamos un faltante de 9657 reales. Esta situación confirmaría la acusación que hicieron por medio de una carta al Virrey los vecinos de la ciudad de Cartagena que se hacían llamar “Amigos de los pobres” y que el administrador de los dineros de estos enfermos miserables, se estaba gastando dichos fondos en juergas y gastos personales.

La situación del Lazareto se agravó por consecuencia del número de enfermos y la poca importancia que se le dio al problema de los lazarinos en Cartagena, aunque no hay que desconocer los esfuerzos y las preocupaciones que en su momento se manifestaron para mejorar la causa de los lazarinos. Tales esfuerzos fueron insuficientes y mínimos en comparación con la situación real del leprosorio, dado que no había médicos, medicinas, camas, ropa y estaban mal alimentados; de tal forma que esta realidad empeoró el estado de los leprosos recluidos en el Hospital. Teniendo en cuenta la situación real del Leprosorio y de los lazarinos, la cantidad de gastos que presupone el administrador y las acusaciones hechas por los Amigos de los Pobres apunta a que existió un mal manejo de los fondos durante el período de administración de Antonio Tatis.

Si existió una vigilancia del destino de los fondos de los leprosos, igualmente proporcional fue la preocupación de los entes sociales y la relación directa que existía entre ellos (sanos y leprosos). Esta disputa demuestra, que aunque las condiciones de los lazarinos se mantenían en el miedo y la marginalidad, algunos de los vecinos de Cartagena

estaban preocupados por su situación de abandono, pobreza, miseria y olvido. Estas postulaciones evidencian la puesta en marcha de procesos filantrópicos en algunos sectores de la sociedad cartagenera, posicionando a la población sana en un accionar paternalista hacia unos hijos miserables. Aunque, la sociedad y el Estado los excluye homogéneamente como lo evidencia el traslado del Hospital, la sociedad abre los espacios para protegerlos como una forma de garantizar el accionar higienista y su legitimidad.

Es necesario tener presente que estas dinámicas sociales que se desarrollaron dentro del Hospital, posterior al traslado, se dieron como consecuencia del proceso de alejamiento al que fue sometida esta comunidad de seres infelices. Estos vivían sin Dios y sin Ley, que son los lineamientos básicos para controlar a una población, como diría Hobbes, sin letra y sin espada. Esta situación fue la que permitió el caos, desorden y libertinaje en el que se vivió en este sitio de reclusión de enfermos, dejados a su suerte, donde el ocio era el pan de cada día. Los malos hábitos en que los lazarinos se desenvolvían afectaron su proceso de curación, de cuidado, vigilancia y observación del proceso de la enfermedad en sus cuerpos.

(...) La constitución de este hospital que con propiedad podría llamarse destierro los hace mas desdichados, por que como es amañera de una pequeña población en que habita cada uno en su casa, algunos se casaron otros se entregaron al libertinaje el que quiere se ocupa en el juego y no falta quienes se exceden a la bebida. Estos procedimientos son casi precisos en una sociedad de hombres y mujeres que viven en la ociosidad, abandono y desesperación que conduce su misma suerte¹⁷².

Las políticas de segregación, afectaron la vida cotidiana de los lazarinos obligándolos a cambiar sus costumbres alimenticias, los enfermos olvidados por la sociedad, construyeron su mundo en medio de las sombras. En lo relacionado con la administración, el Hospital tenía una persona encargada de esta función, pero sin ninguna influencia en la estructura general y funcional del Hospicio. El administrador les entregaba 14 reales semanales cada uno con lo que se socorría a los leprosos y de este dinero debía alcanzar para gastos de alimentación, bebida, alumbrado, compra y lavado de ropa. Su sustento ordinario se reduce a un pescado ahumado o salado y algunos plátanos con pan de

¹⁷² Informe Honorato Vila, AGN. Fondo lazaretos 1809. Tomo 6. Folios 671

maíz¹⁷³.

En este lugar no existía alguien que impartiera leyes e impusieran un orden. El lazareto, sencillamente era una pequeña población alejada a 4 leguas de la ciudad de Cartagena, que en su último traspaso quedó ubicado en la isla Caño de Loro.

¹⁷³ Documentos del Administrador del Hospital Antonio Tatis, AGN. Fondo Lazareto. 1795. Tomo6. Folios 368

Conclusión

Desde mediados del siglo XVIII las ideas de progreso y modernidad se difunden en el Imperio Español tomando como vehículo el proyecto ilustrado borbónico, que significó una reestructuración del aparato estatal en todos sus ámbitos. Uno de estos fue el tema de la higiene pública y en consecuencia la reestructuración de la red hospitalaria como una herramienta para el control de las epidemias y enfermedades. Este nuevo escenario ilustrado representó un reto para la comunidad intelectual criolla neogranadina, que en su participación reformista produjo una serie de escritos, reformas y debates intelectuales, alimentando así una amplia literatura entendida en los términos de Renán Silva como una “escritura ilustrada¹⁷⁴”.

Modernizar el lazareto de Cartagena y crear nuevos lazaretos bajo este mismo concepto implicaba una nueva forma de trabajo y de medicalización de este mal. Las discusiones y disposiciones de la élite ilustrada y científica de la Nueva Granada plantearon la necesidad de convertir a estos lugares de reclusión para leprosos en verdaderos espacios de medicalización de la enfermedad a finales del siglo XVIII y comienzos XIX. Esta realidad coloca al hospital para leprosos en dos lugares diferentes: por un lado, como lugar de reclusión de leprosos donde son enviados los auxilios pagados por la sociedad; por el otro, la necesidad de establecerlos como verdaderos centros de atención médica. Este nuevo debate sobre la importancia de pasar de reclusión a centros HOSPITALARIOS sólo quedó en el discurso. Esto ratificó el hecho de que el hospital para leprosos se constituyera en un lugar de encierro y aislamiento; política que tomó mayor fuerza durante el período borbónico por causas económicas y frente a la crisis del saber médico al no poder brindar las respuestas correctas para este tipo de mal; esta política, la del degredo y aislamiento, se mantiene hasta finales del siglo XIX con las connotaciones de enfermedad infecciosa.

¹⁷⁴ Silva Renán, *los ilustrados de la Nueva Granada, 1760-1808. Genealogía de una comunidad de interpretación*. (Medellín: EAFIT-Banco de la república. 2002), 357

Poco a poco este aire reformista borbónico se fue constituyendo en una utopía¹⁷⁵. Utopía, entendida como la voluntad de cambio de unas realidades coloniales con la promesa de un mejor futuro, en un período de transformación cultural. En tal sentido, los debates médicos encabezados por Mutis, Isla, Vila y Arias, alrededor de los posibles tratamientos para la lepra, síntomas y clases de lepra; las peticiones de reforma hospitalaria para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias y la reestructuración de las condiciones de tratamiento a los leprosos (para el caso de Juan Arias), hizo parte de una expresión que puede catalogarse dentro del espíritu utópico, como una solicitud de un sector de ilustrados criollos que finalmente no se pudo concretar ni llevar a la realidad. En consecuencia, fueron las políticas higiénicas de reestructuración espacial y reorganización territorial del puerto neogranadino, las que impulsaron el traslado del hospital más que la posibilidad médica de estudio y de observación de una enfermedad para la que en la época no se conocía cura ni la etiología ni el tratamiento médico efectivo. En otras palabras, no fue lo particular sino lo general lo que implicó cambios en la vida diaria de estos enfermos recluidos en este hospital, como ya hemos mencionado anteriormente.

Aunque a mediados del siglo XIX, se descubrió el agente bacteriológico causante de la enfermedad, la poca claridad sobre su modo de transmisión, sirvió de justificación para que una medida tan drástica como el aislamiento y la segregación se mantuviera hasta las primeras décadas del siglo XX. De esa forma, se puede explicar el mantenimiento de una práctica medieval como el degredo en diferentes momentos aunque sujeta a sucesivos patrones internacionales del conocimiento médico. Esta realidad nos permite analizar la lepra en lo que el conocimiento histórico define como “larga duración”, permitiendo construir una linealidad desde la Edad Media hasta mediados del siglo pasado, así como los elementos y características que configuraron los comportamientos sociales de esta enfermedad en diferentes períodos o épocas del pasado se mantuvieron en el imaginario popular. En tal sentido, el siglo XVIII, aunque fue un período de cambio y de aplicación de nuevos conceptos impuestos por la maquinaria borbónica, la construcción social de esta enfermedad nos permite rastrear sus raíces hasta la época medieval; el hecho

¹⁷⁵ Adriana Alzate, *La escritura ilustrada y Utopía= Manuscritos sobre las reforma hospitalarias Neogranadinas*, 9

de que a finales del siglo XVIII surjan nuevos debates modernos alrededor de este mal y posteriormente estos sean retomados a mediados del siglo XIX, es muestra de la relación directa que existe entre las transformaciones sociales y culturales entre un siglo y otro. Esto permite plantear nuevas bases del problema de las relaciones entre el pensamiento ilustrado y los cambios revolucionarios de finales del siglo del siglo XVIII y comienzos del XIX¹⁷⁶.

Entendemos que la linealidad histórica puede ser impugnada por algunos círculos de historiadores que la ven como un facilismo metodológico. En tal sentido, nos sumamos a las palabras de autores como Renán Silva y Santiago Castro, que ven en la metodología de tiempos largos posibilidad de estudiar un campo inmenso de problemas históricos de investigación que pueden y deben ser examinados por ellos mismos, y no en función de lo que de manera arbitraria se consideraba como un resultado ineluctable.

Para el caso de los leprosos de Cartagena el señalamiento social fue una constante, pero el tema del destierro y degredo no. El argumento que nos permite afirmar esta hipótesis se basa en la ubicación que tuvo el hospital destinado al encierro de este tipo de enfermos, pues el hecho de que el hospital de leprosos haya sido construido en las inmediaciones de la ciudad permitió que los leprosos construyeran relaciones sociales con la sociedad sana. Esta realidad redefine la idea que el leproso era desterrado en todos los lugares. Pero para finales del siglo XVIII, observamos que Cartagena se pone en línea con las otras ciudades del Reino con el traslado del hospital al lugar Caño del Loro en 1790, lo cual significó el destierro y degredo de los leprosos de la escena social de dicha ciudad. En concordancia, en el caso de la lepra el temor constituyó una expresión de la relación enfermedad y sociedad; un temor arraigado socialmente porque ya se conocía el desenlace que significaba el contraer esta enfermedad y la repugnancia que causaban sus síntomas; para el caso cartagenero que tuvo la obligación de recoger y albergar a todos los leprosos del Reino a causa de que en esta ciudad se había construido el Real Hospital San Lázaro, esta comunidad de sanos tuvo que construir una nueva forma no sólo de mirar a estos enfermos sino también de relacionarse con ellos. Ahora bien, es importante resaltar el hecho que *los leprosos eran desterrados en otros sitios, mientras que, de forma paralela*

¹⁷⁶ Silva Renán, *La Ilustración en el Nuevo Reino de Granada*, 7

fueron asimilados socialmente en Cartagena durante el período colonia antes del cambio definitivo de sitio a Caño de Loro. Esta doble acepción frente al hecho del degredo, destierro, segregación o aislamiento de los leprosos, suma otra característica primordial a la responsabilidad que poseían las ciudades puertos en la estructura higiénica para el control de epidemias y enfermedades. Esto junto con el hecho, de la cercanía del leprosorio al puerto, permitió contrastar una cualidad de la sociedad cartagenera en el período colonial: su mentalidad de integración y relaciones sociales. Mientras que en otras provincias, sino se podía enviar al leproso hasta la ciudad de Cartagena, se intentaba alejarlo de forma definitiva. En tal sentido nos apoyamos en el material documental que sirvió de fuente para esta investigación donde se muestra que frente a la imposibilidad de trasladar a un enfermo (como en el caso expuesto por Montoya y Flores sobre la fundación de un lugar de reclusión para unos leprosos en Santiago de Cali), se le aisló a un sitio por fuera y alejado del centro urbano.

Para las conclusiones o interrogantes finales vamos a retomar el Censo del Lazareto realizado en 1777, y plantear dos problemas. La antropología ha señalado que no es correcto utilizar categorías como “raza” y “etnia” para referirse a los grupos poblacionales de la Nueva Granada en el siglo XVIII, ya que este concepto surge en el siglo XIX de mano de la biología. Sin embargo, si lo observamos como parte de una estrategia para establecer una hegemonía social criolla sobre los otros grupos poblacionales, encontramos fundamentos explícitos en las posturas de Juan Arias para profundizar sobre la reflexión raza y lepra. Ahora bien, al hecho de que los leprosos de Cartagena del siglo XVIII hayan tenido familias dentro del leprosorio y que la enfermedad perviviera en los hijos productos de dichas uniones, llevó al ilustre Don Juan Arias a plantear la existencia de una “raza de leprosos” y más curiosa aún se torna esta reflexión si tenemos en cuenta que existió un concepto generalizado entre los ilustrados criollo en endilgarle el origen de este mal a los esclavos traídos del continente africano. Por otro lado, llama la atención que este ítem tan importante en una sociedad estructurada bajo el concepto de casta, se encuentra omitido en el empadronamiento de los leprosos del hospital de San Lázaro de 1777. En esta relación castas-lepra, según los escritos y documentación revisada, se observa cómo la élite ilustrada es muy reiterativa en las hipótesis de que dicha enfermedad fue propagada por los

africanos esclavos traídos al nuevo continente y que en consecuencia la lepra blanca o española no era más que un escorbuto gálico no contagioso; este dato singular nos permite analizar el discurso hegemónico de la casta blanca europea y criolla sobre las “castas inferiores” como la africana y la indígena. Desde este debate podemos rastrear cómo los criollos reajustan los saberes científicos de la época al propósito ideológico de la élite intelectual en su función de perpetuar un tipo de colonialismo interno. En tal sentido los elementos de la pervivencia de la enfermedad en los hijos de los leprosos, la omisión en el censo del ítem como la casta y el hecho de justificar este mal desde lo étnico, abre otro abanico de posibles reflexiones frente al tema de la lepra en el escenario colonial.

Y el segundo punto consiste en la siguiente pregunta; ¿por qué para el empadronamiento de los lazarinis no se utilizó el concepto de casta? O si efectivamente el hecho de la presencia de una comunidad de enfermos de lepra ¿nos permite argumentar la existencia de una raza o casta de lazarinis? El concepto raza no estuvo nunca vinculado en esta investigación y esto se convierte en una nueva preocupación que se desprende de los objetivos e interrogantes que guiaron este trabajo. El hecho de que esta comunidad de leprosos haya sido asimilada por los sanos en los lugares que existieron estos hospitales destinados para recoger a los lazarinis, nos permite llegar a nuevas conclusiones que alimentan en debate histórico, además de poder observar los matices de este problema.

Otro elemento de suma importancia, y que es un aporte de esta investigación, es el rescate de la propuesta de trabajo para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena presentada por Juan Arias protomédico en 1799. Esta propuesta vanguardista para su época, basada en los últimos debates médicos, que lo ubica como un referente ineludible para el estudio de la lepra en el período colonial por encima del Ilustre José Celestino Mutis.

Por último, este trabajo intenta resaltar la importancia del estudio social de las enfermedades en el período colonial. Período muy poco abordado por la historiografía de nuestro país. Las enfermedades son una ventana a las prácticas sociales de la colonia; desde esta óptica se pueden analizar la construcción del pensamiento moderno, la puesta en marcha del andamiaje borbónico, la continuidad del proceso inacabado de los

conocimientos culturales en un debate continuo con otro tipo de saberes. Esta investigación tuvo como pretensión inicial, llenar un vacío historiográfico con el rigor que merece una investigación de tipo científico, esperamos haberla cumplido en la medida de aportar nuevos documentos, datos e interrogantes al problema.

Bibliografía

Fuentes Primaria

a) Manuscritos

A.H.C: Archivo Histórico de Cartagena.

A.G.N: Archivo General de la Nación:

- Acta de la Reunión de la Junta de Tribunales. AGN. Fondo Lazareto. Tomo 6-1763. Folio 469
- Carta Amigos de los pobres, AGN. Sección colonial. Fondo Lazareto. Tomo 6 Enfermedades infecciosas 1805. Rollo Único. Folios 372-375
- Carta presentada por los facultativos santafereños, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6. 1805-1806, Folios 550-556
- Cartas e Informes de los administradores del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena y el censo de 1777. AGN. Fondo Lazareto. Rollo Unico
- Cédula Real 1785, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6. Folios 313- 351
- Censo de enfermos del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena 1777, AGN. Fondo lazareto. 1786. Tomo Único. Folios 919
- Documentos del Administrador del Hospital Antonio Tatis, AGN. Fondo Lazareto. 1795. Tomo6. Folios 368
- Expediente sobre la pésima asistencia de los leprosos del hospital de Cartagena, 22 de abril de 1799, AGN, *Colonia, Lazaretos*, fols. 652-682v (fol 680)
- Informe de Mutis sobre la enfermedad de Ignacio Bermúdez, AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Folios 18-22v.
- Informe de Mutis, *Sobre la enfermedad de la lepra*. AGN. Fondo Lazaretos. 1795. Tomo 6. Folios 351-354
- Informe del Protomédico de Cartagena Juan Arias, AGN. Fondo Lazaretos, 1799. Tomo 6, Rollo único, Folios 652-674

- Informe presentado por Juan José Cortes, AGN. Fondo Lazaretos. 1794. Tomo 6. Folios 71-74
- Informe del fiscal, AGN. Fondo Lazaretos, Tomo 6-1801. Folios 412- 432
- Informe, presentado por Honorato Vila, AGN. Fondo Lazaretos1809.Tomo 6. Folios 671
- *Nuevo Plan de Gastos y Arbitrios del Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias*, Presentado por Francisco Álvarez de Castro, AGN. Fondo Hospitales y Cementerios. 1759. Folios 549-550
- Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias, AGN. Presentado por Nicolás García, Sección Colonia. Fondo Hospitales y Cementerios. 1763- Tomo 6. Rollo 6. Folios 469-553
- Propuesta y Plan para la creación de Hospitales para leprosos, AGN. Fondo Lazaretos, Tomo 6-1784. Folios 412- 432
- Relación del Estado del Nuevo Reino de Granada que hace el arzobispo de Córdoba a su sucesor Francisco Gil y Lemus (Turbaco, 20 de febrero) en relación de mando, Caballero y Góngora Antonio 1789. Memorias presentadas por los gobernantes del Nuevo Reino de Granada.
- Relación del Estado del Nuevo Reino de Granada que hace el Excmo. Sr. D. F. G. y L. a su sucesor, el Excmo. Sr. José de Ezpeleta (Santafé, 31 de Julio) en relación de mando de los virreyes de la Nueva Granada, Gil y Lemus Francisco 1789.
- Relación de los virreyes, AGN. Fondo Lazareto. 1807. Tomo 6: 372-375
- Relación de los virreyes, AGN. Fondo Lazaretos. 1781. Tomo 6. Folios 339-340
- Solicitud de los gobernadores de Socorro y San Gíl AGN. Fondo lazareto. 1786. Tomo Único. Folios 423

b) Fuentes primarias impresas

Bravo de Lagunas y Castilla, Pedro Josep; *Discurso Histórico-Jurídico del origen fundación reedificación derechos y extenciones del hospital de san Lázaro de Lima. Dedicado: a la real audiencia*. Escrito: El Señor Doctor Don Pedro Josep Bravo de Lagunas y Castilla, Ministro Honorario del Supremo Consejo de Indias, Oidor jubilado de la misma audiencia, Catedrático de Prima de Leyes, hoy

Presbitero de la Real Consagración del Oratorio de San Phelipe Neri. Da a luz: Don Lorenzo Aparicio y León mayordomo de dicho hospital, impreso con debidas licencias en Lima en las oficinas de Huerphanos año de 1761.

Cullen, Guillermo; *Elementos de la medicina práctica*, primer médico del Rey de Inglaterra en Escocia, Catedrático de la Universidad de Edimburgo, Traducido al Español por Dr. Bartholome Piñera y Siles, Académico de la Real Academia de Médica de Madrid, Tomo primero, Madrid de 1783. Versión digital en:

<http://books.google.com.co/books?id=FTsdQLRlPc&printsec=frontcover&dg=cullen>

Fernández, Josef, S.J; *Apostólica y Penitente vida de V.P. Pedro Claver de la compañía de Jesús. Sacada principalmente de las informaciones jurídicas hechas ante el ordinario de la ciudad de Cartagena de Indias. A su religiosísima provincia del Nuevo Reino de Granada*. Por el Padre Josef Fernández de la compañía de Jesús natural de Tocorona. Año de 1666.

Mutis Celestino, José; *Estado de la medicina y la cirugía en la Nueva Granada en el siglo XVIII y medios para remediar el estudio lamentable de atraso, Santa fe 3 de Junio de 1801, escritos científicos de José Celestino Mutis por Guillermo Hernández*, Volumen #1, Bogotá 1983

_____-*Sobre la enfermedad llamada San Lázaro, escritos científicos de José Celestino Mutis por Guillermo Hernández*, Volumen #1, Bogotá 1983

Pérez de Escobar, Antonio; *Avisos médicos populares y domésticos: historia de todos los contagios, preservación y medios de limpiar las cosas, ropas y muebles sospechosos. Obra necesaria y útil a los médicos, cirujanos y ayuntamientos de los pueblos*, Madrid 1776. Versión digital en:

<http://books.google.com.co/books?id=FgXX20Egpi8c&print=frontcover=Antonio>

Platarrueda Vanegas, Claudia Patricia; Catherín Agudelo Arévalo, *Ensayo de una bibliografía comentada sobre lepra y lazaretos en Colombia, 1535-1871 representaciones, prácticas y relaciones sociales*- Bogotá 2004

-*Reglamento de los lazaretos de la Republica, Edición oficial Republica de Colombia*, Imprenta nacional, Bogotá 1914

Reyno de las Indias- recopilación de las leyes de las indias, mandadas a imprimir y publicar por el Rey don Carlos II. Tomo 3. Tomo 1. Madrid: imprenta del real y el supremo concejo de indias. 1791. P31-30

Fuentes secundarias

Aguirre Medrano, Fidel; *Historia de los hospitales coloniales hispanoamericanos*, Volumen 1 (Santo Domingo- Panamá), CENAPEC, México 1991

Álvarez Antuña, Víctor; Delfín García Guerra; *Lepra Asturiensis. La contribución asturiana en la historia de la pelagra. Siglos (XVIII-XIX)*, CSIC, Universidad de Oviedo, Madrid 1993

Alzate Adriana, Marina; *Los oficios médicos del sabio: contribución al estudio del pensamiento higienista de José Celestino Mutis*, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín Colombia 1999

_____-*El imperativo higienista o la negociación de la forma: una historia de la recepción del pensamiento higienista de la ilustración de la Nueva Granada (1760-1810)*, Estudio presentado a la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología, Universidad de Antioquia, Paris 2002

_____-*Los manuales de salud en la Nueva Granada (1760-1810) ¿El remedio al pie de la letra?*, Fronteras de la Historia, número 10, Instituto colombiano de Antropología e

Historia, Bogotá 2005, páginas 209-252

_____ - *Lugares de espanto y de refugio= Aspectos de la vida en algunos hospitales del Nuevo Reino de Granada 1750-1810*. en: Alzate Echeverri, Adriana María; Florentino, Manolo, Valencia Villa, Carlos Eduardo (Editores Académicos), *Imperios ibéricos en comarcas americanas. Estudios regionales de historia colonial brasilera y neogranadina, Bogotá-Rio de Janeiro*, Editorial Universidad del Rosario, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

_____ - *La escritura ilustrada y Utopía= Manuscritos sobre las reformas hospitalarias Neogranadinas*. En: Rodríguez, Pablo (ed.) *Historia que no cesa. La Independencia de Colombia 1780-1830*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2010.

_____ - *Suciedad y Orden, Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810*, Bogotá 2007

Aries, Philippe; *El hombre ante la muerte*, Editorial Taurus, Madrid 1991

Aristizabal Giraldo, Tulio; *Conventos y hospitales de la ciudad de Cartagena colonial*, Editores Ancora, Bogotá 1998

Armus, Diego; *La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna*, Asclepio- Vol. LIV-2-2002. Versión digital en:

<http://asclepio.revista.csisc.es/index.php/asclepio/article/download/137>

Azuero, Roberto; *Consideraciones generales sobre la lepra y su tratamiento por el suero antileproso*, delegado del Instituto Carrasquilla para implantar el procedimiento en el lazareto de Caño de Loro, departamento de Bolívar, 1907.

Benchetrit, Aarón; *Contribución a la resolución de un problema importantísimo de la medicina. La curación de la lepra*, Caracas, Imprenta Nueva, 1919

_____ - *Datos para la historia de la lepra en Colombia durante la década 1926-1936*, editorial Minerva, Bogotá 1960

Burstein, Zuño; *Revisión Histórica de la Lepra en Perú*, *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2001, Enero-Junio/Volumen 18, Lima- Perú, Páginas 40-44.

Carrasquilla Lema, Juan de Dios, *Memoria sobre la lepra griega en Colombia 1833-1908*

Carrillo, Ana María, *Aislamiento y Salud: Estrategias y resistencias en América Latina, 1870-1950*, Asclepio, *Revista de la medicina y la ciencia*, 2008 Volumen LX- Julio-Diciembre, páginas 9-18.

Casas León, Álvaro; *Epidemias y salud pública en Cartagena en el siglo XIX*, *Cartagena de Indias en el siglo XIX*, Harold Calvo Stevenson y Adolfo Meisel Roca (editores), Bogotá 2002

Castro, Beatriz; *Inicios de la asistencia social en Colombia*, Artículo publicado en la revista CS, Universidad ICESI, no. 1, Cali, mayo 2007, pp. 157 – 188.

Castro Gómez, Santiago; *La Hybris del punto cero, Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada*. Bogotá 2005: Pensar-Universidad Javeriana.

_____ *Michel Foucault y la colonialidad del poder*, Tabula Rasa. Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá, No.6, enero–junio (2007); p.162.

Ceballos Gómez, Diana Luz; *Quyen tal haze que tal pague, sociedad y prácticas mágicas en el Nuevo Reino de Granada*, Ministerio de Cultura de Colombia, Bogotá 1999

Cordero del Campillo, María; *Las grandes epidemias en la América Colonial*, Arch.

Zootec. 50: 597-612. 2001.

Cueto, Marcos; *Historia de la salud pública en América Latina*, Julio 2004, Syllabus, Universidad peruana Cayetano Heredia.

De Alfaro, Nicolás; *Tratado teórico práctico de las enfermedades cutáneas*, Imprenta Yenes, Madrid 1840

De Las Aguas, José Terencio; *Consideraciones histórico-epidemiológicas de la lepra en América*. Medigrafic Artemisa, Alicante- España, 2006, páginas 170-194

Diepgen, Paul; *Historia de la medicina*, Editorial Larbor, Barcelona 1935

Di Liscia, María Silvia; *Desde fuera y desde dentro: Enfermedades, etnias y nación (Argentina 1880-1940)* International Congress Latin American Studies Association- *Rethinking Inequalities* Session: History, Health and Culture in the America's Country/ História, Saúde e Cultura nas Américas Chair: Adam Warren (co-chair with Ana María Kapelusz-Poppi)

Foucault, Michel; *Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión*, Editorial Siglo XXI, Bogotá 1976

_____ - *El nacimiento de la clínica, una mirada a la arqueología médica*, Editorial siglo XXI Edición 14, Bogotá 1991

_____ - *La historia de la locura en la época clásica*, Volumen 1 Mexico, Fondo de Cultura Hispánica, Página 25

_____ - *Nacimiento de la biopolítica*, Archipiélago, 1997, N#30 Páginas 119-124 Madrid

_____ - *La vida de los hombres infames, ensayos sobre desviación y dominación*, Editorial

Altamira, impreso en Argentina. Páginas 47-79.

Fernández Morejón, Antonio; *Historia biográfica de la medicina española*, Tomo IV, Madrid 1850.

Gallent, Mercedes; *Historia e historia de los hospitales*, Revista de Historia Medieval DEBAT, Universidad de Valencia- N°7, página 179-191.

Gardeta Sabater, Pilar; *Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX*, Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. 1999, 19: página 401-428. Versión digital en:

<http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v401.pdf>

_____-*El problema sanitario del virreinato de Nueva Granada. Cuatro documentos inéditos, 1790-1800*, Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Zllus. 1997, 17, página 369-402.

Versión digital en:

<http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewfile/106121/150057>

Guerra, Francisco; *La logística sanitaria en la conquista de México*, Quinto Centenario N°10, Editorial Universidad Complutense, Madrid 1986.

Guijarro Oliveras, J. “Historia de los hospitales coloniales españoles en América durante los siglos XVI-XVIII”, *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 1950.

Guerrero, Javier; (Compilador), *Medicina y salud en la historia de Colombia*, Colección memoria de la historia, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores, 1995.

Guerrand Roger, Henri; *Historia general de Cartagena*, Ediciones Afons Magniun,

Madrid, 1991

Ibáñez, Pedro; *Estudio sobre la historia de la medicina en la República de Colombia, desde el descubrimiento hasta nuestro días*, 1922.

Lemaitre, Román; *Historia general de Cartagena de Indias*, tomo III, Bogotá 1983

Laín Entralgo, Pedro; *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona 1977.

León Gómez, Ernesto; *Los parias ante la ley colombiana*, Imprenta de Sur América, Tesis, Bogotá, 1929.

López Piñero, José María; *La medicina en la historia*, Editorial Salvat, Barcelona 1976

López Terrada, María Luz; *El hospital como objeto histórico: Los acercamientos a la historia hospitalaria*, Revista de Historia Medieval DEBAT, Universidad de Valencia- N°7, página 192-204.

Obregón Torres, Diana; *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Editores Banco de la Republica, Medellín 2002

_____ - *Del árbol maldito: enfermedad maldita a enfermedad curable*, Ciencia en Colombia

_____ - *Los motilados del oprobio: Estudio sobre la lepra a en una región endémica de Colombia*

Martínez Zulaica, Antonio, *La medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada*, Fondo especial de publicaciones y ayudas en Colombia, Ediciones Banana y Águila, Tunja 1972

- Martínez Martín, Abel Fernando; *Boyacá: Inmensa leprosería Colombia: Primera Potencia leprosa. Medicina, Iglesia y Estado*, Boyacá 2007
- Martínez, Wilmar; *Lepra e invisibilidad social en Cartagena 1888-1909*, el problema de la medicalización, (Ponencia presentada en el congreso de historia, Tunja)
- Méndez Lozana, José; *La sanidad en la época del descubrimiento de América*, editorial Cátedra, Madrid, 1994
- Miranda, Mariza; Gustavo Vallejo, *Formas de aislamiento físico y simbólico: La lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico legal en Argentina*. Asclepio, Revista de la medicina y la ciencia, 2008 Volumen LX- Julio-Diciembre- N°2, páginas 9-18.
- Moore, R.I; *The Formation of a Persecuting Society: Power and Deviance in Western Europe*. Oxford: Basil Blacwell. 1987
- Montoya y Flores, Juan Bautista; *Contribución al estudio de la lepra*, Medellín 1910
- Morente Parra, Maribel; *La imagen de la lepra en cátinga de Santa María de Alfonso X el Sabio*, Anales de la Historia del Arte 2007/ Número 17- Páginas 25-45
- Múnera, Alfonso, *Fronteras Imaginadas, la construcción de las razas y de la geografía en el siglo XIX*, 2005
- Neyra Ramírez, José; *Hospital San Lázaro de Lima*, Folia Dermatol. Perú 2006; 17 (3): 149-155
- Pérez Pinzón, Luís Rubén; *La Lepra y Los Lazaretos En Santander. Discapacidad Clínico - Hospitalaria Y Minusvalía Socio – Cultural*, Salud UIS 2005: Página 141-151

Poter, Roy; *Historia del cuerpo en Peter Burke, Formas de hacer historia*, Madrid, Alianza, 1991

Predique, Luisa; *Acerca de salud y la enfermedad en Venezuela, Revista de Historia Presente y Pasado*, N°25/Enero-Junio, 2005, página 153-166.

Quevedo Vélez, Emilio; *La Ilustración y la enseñanza de la medicina en el Nuevo Reino de Granada*, CSIC-Madrid 1985.

_____ - *Historia social de la ciencia en Colombia*, Tomo VII, Medicina (1), Colciencias, 1993

_____ - *El tránsito desde de la higiene a la medicina tropical y la salud pública en Colombia: Políticas de sanidad o políticas insalubres*, Universidad Nacional 1994.

_____ - *Historia de la cátedra de medicina 1653-1685*, Cuadernos para la historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2004.

_____ - *Historia de la Medicina en Colombia*, Tomo II y III, 2010

Reglamento de los Lazaretos de la República, edición Oficial, Imprenta Nacional, Bogotá 1914

Rodríguez González, Ana Luz; *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales*, editores Banco de la Republica y Ancora, 1999

Rodríguez Toro, Gerzaín, Rafael Pinto García; *La lepra imágenes y conceptos*, Editorial Universidad de Antioquía, Medellín 2007

Samudio Trayero, Alberto; *La vida urbana en Cartagena de Indias en el siglo XIX*, páginas 121-171, *Cartagena de Indias en el siglo XIX*, editores Harold Calvo Stevenson y Adolfo Meisel Roca, Cartagena Colombia, 2002

Sánchez Godoy, Rubén; *Biopolítica y formas de vida*, editorial Universidad Javeriana, Bogotá 2007.

http://books.google.es/books/about/Biopol%C3%ADtica_y_formas_de_vida.html?hl=es&id=TNUkAQAAIAAJ

Serpa Flores, Fernando; *Epidemias durante la conquista y la colonia en Nuevo Reino de Granada*, En prensa

Silva, Renán; *Las epidemias de Viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*, Medellín 2007.

_____ -*La Ilustración en el virreinato de la Nueva Granada*, Carreta Histórica, Medellín 2005.

_____ -*República Liberal, Intelectuales y cultura popular*, Carreta Histórica, Medellín 2005.

_____ -*Los Ilustrados de la Nueva Granada, 1760-1808. Genealogía de una comunidad de interpretación*. Medellín, EAFIT-Banco de la república, 2002.

Sills, David (director), *Enciclopedia de las ciencias sociales*, 11 Volúmenes, 1974

Solano Alonso, Jairo; *Cultura y sociedad en Cartagena de Indias siglos XVI y XVII*, Editorial fondo de publicaciones Universidad del Atlántico, Barranquilla 1998

_____ -*El Arte de Curar en el Caribe Colombiano, del chamán al médico*, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, 2005.

Soriano Lleras, Andrés; *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la conquista y la colonia*, Editado Universidad Nacional, Bogotá 1972

Sotomayor Tribín, Hugo Armando; *Geopolítica, salud pública y medicina social, apropósito del caso colombiano*, página 158-168.

_____-*Historia geopolítica de la enfermedad en Colombia*, Maguare N°13, 1998, página 73-94.

Vigarello, Georges; *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la edad media*, Editorial Alianza, Madrid España, 1991