



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas

Doctorado en Ciencias Sociales

Línea de Investigación: Antropología

TESIS DOCTORAL

La figuración del mal: lepra y vida urbana en dos colonias hispánicas a
finales del siglo XVIII

DOCTORANDO

Kebby Romero Sierra

DIRECTOR

Dr. Arsenio Fernando Dacosta Martínez

Salamanca, 2022



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas
Doctorado en Ciencias Sociales
Línea de Investigación: Antropología

TESIS DOCTORAL

La figuración del mal: lepra y vida urbana en dos colonias hispánicas a
finales del siglo XVIII

II INFORME FIRMADO DIRECTOR

Dr. Arsenio Fernando Dacosta Martínez

Dr. Arsenio Fernando Dacosta Martínez

Doctorando
Kebby Romero Sierra

Salamanca, 2022

Índice

Lista de figuras.....	5
Lista de tablas	5
1. Introducción	9
1.1 Justificación, alcance y objeto de la presente tesis doctoral.....	9
1.2 Lepra, lazaretos y leprosos, un debate fronterizo	21
1.3 La lepra desde la historia.....	27
1.4 Historiografía sobre hospitales y lazaretos	36
1.5 Acerca de la antropología de la enfermedad y el padecimiento	42
2. Determinación de las categorías de análisis: cuerpo, enfermedad y la lepra.....	51
2.1 La enfermedad	51
2.2 El cuerpo.....	63
2.3 La ritualidad: destino manifiesto y simbolismo del cuerpo leproso.....	77
2.4 La lepra y la simbología religiosa.....	96
3. La lepra y sus formas de organización urbana en la América colonial española.....	123
3.1 Lima, la ciudad de los reyes.....	123
3.2 Cartagena de Indias, puerto negrero.....	140
4. La lepra y la vida urbana en la época colonial	153
4.1 La lepra en el escenario urbano y su ritualidad	153
4.2 Marginalidad o degredo, formas de control social	161
4.3 La caridad y las fronteras urbanas.....	178
4.4 La ciudad y el reformismo ilustrado.....	184
4.5 La limpieza de la sangre y leprosos en el periodo colonial.....	191
4.6 La etiología de la lepra, debates médicos	206
4.6.1 Contagionistas versus infeccionistas	213
4.6.2 La existencia de un posible tratamiento curativo.....	227
5. Los hospitales de San Lázaro y el impulso ilustrado en Cartagena y Lima durante la época borbónica	231
5.1 El impulso ilustrado y la reorganización de los espacios hospitalarios	245
5.2 Disposiciones arancelarias para el sostenimiento de los lazaretos.....	246
5.3 Censar los leprosos, una política higienista	251
5.4 El impulso ilustrado, una utopía necesaria	266

5.5 El lazareto después del traslado a finales del XVIII	283
5.6 Las dicotomías del poder y la lejanía de los santos	291
5.7 Las lógicas urbanas y el Hospital de San Lázaro de Lima	304
Conclusiones	318
Fuentes y bibliografía.....	328
A.- Listado de fuentes archivísticas utilizadas la investigación	328
B.- Fuentes impresas	332
C.- Bibliografía	335

Lista de figuras

Figura 1. Curación de leprosos	105
Figura 2. San Salvador de Horta con el leproso	108
Figura 3. Curación de leprosos	109
Figura 4. San Pedro Claver	112
Figura 5. Facsímil de portada	117
Figura 6. Plano de Lima1535	127
Figura 7. Plano de la ciudad de Santa Rosa de Lima.....	133
Figura 8. Mapa de Cartagena de Indias S. XVI	142
Figura 9. Plano de la ciudad de Cartagena de Indias 1753	146
Figura 10. Relación de enfermos y sanos del RHS 1777	203
Figura 11. Plano y perfil RHS de Cartagena 1782	236
Figura 12. Plano y perfil RHS de Cartagena 1782	236
Figura 13. Plano del HS de La Habana.....	238
Figura 14. Explicación HS de la ciudad de Caracas.....	239
Figura 15. Plano del HS de México	240
Figura 16. Plano y perfil HS Campeche en la Costa Sotavento	241
Figura 17. Plano del HS de Campeche	242
Figura 18. Lugar de origen de las mujeres recluidas en el RHL	256
Figura 19. Mujeres internas en el RHS.....	257
Figura 20. Lugar de origen de los hombres recluidos en el RHS.....	257
Figura 21. Hombres internos en el RHS	258
Figura 22. Santo Toribio de Mogrovejo	296
Figura 23. San Martín de Porras	297
Figura 24. San Juan Macías.....	301
Figura 25. Curación de Lázaro	323

Lista de tablas

Tabla 1. Mujeres en el lazareto de Cartagena (1777)	262
Tabla 2. Hombres en el lazareto de Cartagena (1777).....	262

Dedicatoria

A las personas que nutren mi esencia y me despojan de mis horas amargas,
Miguel Romero, Mathias Romero y Wendy Turbay.

Agradecimientos

Apunta donde pocos hayan apuntado, intención central que sirvió de motor para indagar sobre un *nadie* en el periodo colonial, fue un consejo que recibí en una clase de historiografía dictada por Jaime Humberto Borja. Este escrito recoge otras de sus enseñanzas, mi gratitud.

Ha sido un camino bastante largo, en el cual, me he tropezado con varias personas que de alguna manera han sumado a este trabajo. Ponerme la camiseta de Antropólogo no fue fácil, además creo que fracasé en esa intención dado que la historia siempre estuvo ahí. Por ello, quiero agradecer a Aida Leuro y Oscar Hernández con los cuales conformamos un grupo de estudio que posibilitó el tránsito hacia otros saberes distintos de la historia.

Con Carlos Rivera tengo una deuda impagable, no solo por la corrección de estilo de este trabajo, sino también, por los debates que dimos durante este último lustro, algunas de estas conclusiones son parte

fundamental de este escrito. Agradecer al profesor Espina Barrio, su apoyo institucional fue fundamental para concluir con esta misión académica. Igualmente extender mi gratitud a los profesores Dalín Miranda y Matilde Eljach por permitirme realizar mi pasantía de investigación en la Universidad del Atlántico (Barranquilla-Colombia) y la Universidad Simón Bolívar (Barranquilla-Colombia).

Total gratitud con mi director de tesis, Arsenio Dacosta, no solo por el honor de publicar mis primeras reflexiones teóricas que hacen parte de este trabajo, el debate académico continuo y su atención a cada detalle dieron forma a las páginas que vienen.

Por último, hacer un reconocimiento público a mi padre Dolcey Romero, seguir tus pasos académicos ha sido una tarea de largo aliento. A mis hermanos Kendra y Dolcey, su apoyo ha sido clave para llegar hasta este punto.

De nuevo, mi mayor gratitud a mis hijos Miguel Romero, Mathias Romero y mi esposa Wendy Turbay. Ustedes hacen que todo esto tenga sentido.

1. Introducción

1.1 Justificación, alcance y objeto de la presente tesis doctoral

Un fin de semana cualquiera, aprovechando de esas pocas tardes soleadas en Bogotá, salí con mis hijos y esposa al parque. Caminando por una de las calles que nos conducía hacia nuestro destino, nos encontramos con un habitante en situación de calle¹ tirado en el piso, andrajoso, sucio y aparentemente perdido de la realidad. Mi hijo mayor preguntó: “mamá ¿por qué ese señor está tirado en el suelo? A lo cual mi esposa respondió: “miren bien niños, esto ocurre cuando los hijos son desobedientes y no hacen caso

¹ Término académico (político) utilizado en Colombia para nombrar a los indigentes que viven en las calles de la ciudad.

a sus papás” (esa semana, particularmente, los niños estuvieron algo inquietos). Este eventual comentario de mi compañera se convirtió en una epifanía, en la medida que mi esposa ubicó en una escala de valores las representaciones corporales de aquel sujeto. Ella, revestida desde su espacio de poder, codificó el cuerpo de un habitante de calle desde presupuestos éticos y morales impuestos por el discurso hegemónico, creando a través de la pedagogía del miedo explicaciones causales de la situación de calle del hombre en cuestión.

Esta interpretación, me llevó a pensar en el objeto de mis investigaciones publicadas en años anteriores donde aparte de construir el devenir histórico de la lepra expongo cómo el carácter reformista borbónico implicó el traslado del hospital de San Lázaro de Cartagena a Caño de Loro (Romero, 2014). Teniendo como referente el valor simbólico del cuerpo leproso, surgen nuevos productos académicos donde el centro de la discusión pasa por el elemento pedagógico del ejemplo a través de la simbología del cuerpo enfermo de lepra, para ello, la semiótica va a servir de eje metodológico que permite interpretar cómo desde la moral, se establecen jerarquías sociales que instituyen lugares de poder sobre los cuales se relacionan sanos y leprosos (Romero, 2020)

Sumado a lo anterior, una revisión documental de más de una década en distintos archivos que son la base de esta monografía posibilitó la construcción de numerosas preguntas que se convirtieron en fundamento

para el desarrollo de esta investigación: ¿Por qué los lazaretos u hospitales de San Lázaro fundados en América se encontraban dentro de los márgenes de las ciudades? ¿El leproso, como sujeto, cumplía algún tipo de función social? ¿Qué relación hay entre la marginalidad del leproso y su periferia? ¿Desde el leproso podemos hablar de alteridad? ¿Asimilación social, destierro, cuarentena, degredo, encierro, marginalidad o todas las anteriores? ¿Por qué los leprocomios en su mayoría estaban contruidos en ciudades puertos? ¿Si estaban ubicados en ciudades de importancia comercial, por qué los leprosos no fueron alejados de estas ciudades? ¿Cuál era el rol social que cumplía el leproso en estas sociedades altamente canonizadas y sacramentales? ¿Cuáles fueron las representaciones sociales alrededor de estos enfermos de lepra en el período colonial en ciudades como Cartagena de Indias y Lima?

Aunque el objetivo de esta investigación pasó por contrastar un fenómeno social (convivir con leprosos dentro de las urbes) en dos escenarios coloniales distintos, las preguntas anteriormente mencionadas fueron conduciendo a establecer el cuerpo enfermo de lepra como un eje central, bajo un condicionante contextual y temporal, lo que inevitablemente llevó al siguiente interrogante ¿el cuerpo leproso tuvo algún tipo de valor social en las sociedades coloniales? Y la respuesta a esta pregunta se configuró en una línea de trabajo en la medida que se separó de la mayoría de las investigaciones que abordaban a la lepra, el hospital o el

leproso. Esta nueva lectura implicó construir una estructura teórica centrada en la representación del cuerpo leproso y no el de su mal o de la institución que lo cobijaba, dándole mayor relevancia al escenario de las representaciones sociales.

Estudiar una enfermedad como la lepra, estigmatizada a través del tiempo con una narrativa enraizada en el discurso religioso, crea una serie de variantes poco trabajadas por la historia y que son materia de discusión de la antropología moderna, por lo que llevar esta inquietud al escenario colonial implicaba un ejercicio de relectura de las fuentes escritas entre 1750 a 1810. Sin embargo, la elección de este margen temporal no solo se limita al argumento de la fuente, la historiografía define esta época como un punto bisagra de la historia colonial, entre la primera población y el período colonial contemporáneo dado que significa un antes y un después de la puesta en marcha del impulso ilustrado.

Se apostó por *impulso ilustrado* y no por *reformas borbónicas* dado que sustentar la puesta en marcha del reformismo ilustrado en Cartagena de Indias es por lo menos complejo y no es la preocupación central de este trabajo. Para el caso limeño esta inquietud apunta al lado contrario, trabajos como los de Richard Chuhue *La piedad ilustrada* (2004) o John Fisher *El Perú borbónico* (2000) demuestran como en la capital del virreinato del Perú se implementó de forma más decidida el corpus reformista borbónico.

La posibilidad de estudiar un fenómeno social como la convivencia con enfermos de lepra en algunas sociedades coloniales impone retos que van desde particularidades comunes pasando por dinámicas sociales locales. Para el caso de la lepra y los leprosos, lo común se podría agrupar en los siguientes términos: a) la prevalencia del imaginario medieval que define a la lepra como una enfermedad del cuerpo y el alma asociada al castigo divino; b) su nivel de contagio; c) la condena social que se asume al contraer la enfermedad; d) la deformación de la cual el cuerpo es víctima; y e) el hospital o lazareto como lugar de encierro. Para el caso de las ciudades de Cartagena y Lima, las particularidades locales imprimen matices que pasan por los procesos de poblamiento, la importancia geopolítica de las ciudades, la estructura social de las urbes y sus dinámicas políticas y económicas.

Lo global relacionado en términos discursivos transita por la pervivencia de paradigmas medievales que configuran el mal de la lepra y lo local, se enfoca en lo particular, dado que son ciudades puertos (Lima y Cartagena) con funciones administrativas y económicas disímiles. Esta visión permite dos lecturas del fenómeno que pueden ser entendidas desde el universalismo y el relativismo con la finalidad de ubicar cuáles son las conductas o normas sociales que rigen el tránsito y la convivencia con esta clase de enfermos, por lo tanto, un ejercicio dialéctico posibilita establecer cuáles acciones se repiten o varían en estos escenarios coloniales. Estos

límites impuestos por las estructuras de poder se constituyen en elementos fundamentales para comprender los comportamientos colectivos e individuales frente a un mismo fenómeno en espacios distintos.

Para cumplir con el objetivo propuesto, este trabajo parte de un análisis estructuralista que reconoce distintos elementos que posibilitan su desarrollo como, la larga duración (el devenir histórico), los símbolos (conceptos de referencia de los leprosos que hacen presencia en el lenguaje), las formas de negociación (la caridad, espacios de exclusión e inclusión) y la praxis (conductas, normas, interacción social). Sin embargo, entre las ciudades puerto del periodo colonial que tuvieron la responsabilidad de albergar leprosos en sus inmediaciones no solo se encuentran a Cartagena y Lima; Santo Domingo, La Habana y Costa Rica son otros de los espacios urbanos coloniales que asumieron el reto de convivir con esta clase de enfermos. La característica que representa el puerto y la existencia de un Hospital de San Lázaro posibilita un ejercicio de contrastes que busca establecer patrones de conducta sociales.

La expresión de las prácticas sociales focalizadas desde lo local admite una mirada etnográfica de las sociedades que indica la dialéctica entre el modelo y la práctica, a partir de una perspectiva diacrónica y comparativa, abre el camino para analizar un fenómeno desde las transformaciones en esa relación modelo-práctica. Durante la Edad Media se estableció un modelo de rechazo, aislamiento y degredo de los cuerpos

enfermos de este mal, pero la praxis social localizada imprime nuevos valores en dicha relación, el modelo se pronuncia retóricamente mostrando una conexión con el pasado medieval en la pervivencia de adjetivos como miserables, pecadores o enfermos para el caso de los leprosos. Pero el escenario local permite demostrar la decadencia del modelo, sus variaciones o transformaciones no solo del discurso moral sino también de las alteraciones en términos de las políticas de salud pública.

Sí se entiende, con base en el funcionalismo, el rol social² del leproso en las sociedades coloniales de Lima y Cartagena de Indias, se está constituyendo como un agente activo de la misma sobre el cual recaen en un acumulado simbólico. Esto quiere decir que se asiste a una realidad social estructurada a partir de las relaciones de poder.

Para ello, establecer una visión social del leproso en las colonias que vaya de lo general a lo particular, implica la intervención social desde la comprensión del fenómeno, la lepra es un hecho social universal, con unas prácticas de exclusión universales donde prima alejar de la sociedad el espectáculo asquiento del leproso. Pero esta generalidad para el caso de las colonias debe ser analizada desde el enfoque local en ese diálogo con esos imaginarios o supuestos.

² La estructura social está compuesta por individuos que desempeñan roles ordenados en una escala jerárquica de algún tipo donde la cultura es una esfera de valores y marcos cognitivos. Los roles sociales los entendemos como bloques de construcción de una vida social y como conceptos se vinculan al mundo simbólico de la cultura con las estructuras sociales.

A partir de este enfoque se pueden establecer relaciones explicativas desde el centro o la periferia, no solo discursivas desde la metrópoli ibérica y las colonias, sino también implantar un mapa de los lugares donde fueron contruidos los hospitales destinados para esta clase de enfermos. Y desde las lógicas de los espacios seleccionados, comprender cómo se produce un ejercicio dialéctico entre el discurso de la metrópoli y las realidades locales que modifican el relato de poder ajustado a su realidad.

No obstante, el cuerpo como una figura teórica y la lepra como figura retórica son una metáfora discursiva constante que conduce al *cuerpo* como *ejemplo* o *cuerpo ejemplificante*. David Le Breton plantea que “del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva” (2002, p. 7), esta noción teórica ampliamente abordada por la hagiografía establece una relación entre el cuerpo, el contexto y sus formas de escritura biográfica. Según María Piedad Quevedo (2007) la hagiografía sirvió a los intereses de los colonizadores, pues construyó y legitimó el modelo de vida cristiana que, como era de esperarse, debía ser adoptado por los integrantes de la naciente sociedad cristiana. Por lo tanto, el cuerpo santo conjuga la divinidad, el cuerpo leproso manifiesta la desgracia; esta polaridad narrativa basada en una jerarquización social agencia una serie de conductas (como la segregación de los leprosos) que buscan finalmente el disciplinamiento, y por ello, un control social. Esto quiere decir, que no se va a analizar la segregación de los

leprosos como un campo aislado, sino como el resultado de ciertas estructuras del poder que atraviesan no solo el discurso o campo de las ideas.

A lo largo de la historia, la humanidad ha usado la segregación (degredo) o la cuarentena como un dispositivo de control frente la amenaza que implica una enfermedad, la cual es hoy entendida como una medida de salud pública. La acción de separar a un ente contaminador del resto del grupo lleva implícita una serie de discursos que pasan por lo individual o lo colectivo, la enfermedad o la salud, lo bueno o lo malo, quien decreta la separación o quien la sufre en su exilio. En cualquiera de los casos que justifiquen dicho accionar, el segregar a un miembro de una comunidad es un ejercicio de poder que atraviesa al cuerpo social (la población) y al cuerpo (individuo).

El gran ejemplo de estos procesos de segregación del leproso es Europa, la comprensión de dichos métodos de exclusión social pasan por una occidentalización del tratamiento social dado al leproso que dio frutos al control del mal a finales del siglo XVI, tal como lo expresa Foucault en su texto *El nacimiento de la clínica* (1963). Pero esa negación de libre tránsito de los leprosos y su confinamiento a lugares de exilio conocidos como leprosorios o hospitales de San Lázaro tuvo en los nuevos territorios invadidos (América) por Europa y su colonización, matices totalmente distintos a la experiencia occidental europea.

El poder adquiere una connotación multimodal que involucra a la higiene como una preocupación de lo público, esta política posee un doble rasero (la anatomopolítica y la biopolítica) por el cual atravesó al cuerpo enfermo durante el período colonial. Esta prohibición, que de fondo implicaba el no libre tránsito de cuerpos infectados por algún mal ya sea moral o corporal, abre una ventana desde donde se pueden realizar análisis basados en el ejercicio del poder asumiendo interrogantes como, quiénes pueden transitar, por dónde pueden transitar y a qué horas pueden transitar, dicho tránsito, permitido o no, posibilita establecer una geografía del poder de los cuerpos desde la comprensión de las lógicas y dinámicas sociales a lo largo de la historia de la colonial.

Es importante destacar, que para el caso de la lepra a partir del siglo XIV coexistieron dos paradigmas: *condena* y *salvación*. En consecuencia, y siguiendo la postura de Quevedo (2010), se parte de la concepción del cuerpo como un espacio de práctica, susceptible de resignificarse y de su reconocimiento como lugar de subjetividad. Con base a lo anterior, la iglesia colonial constituye un *habitus*³ direccionado a identificar formas de representación del binomio bueno – malo. Más que una ruptura entre sanos

³ Para Bourdieu (1997), vinculado con las teorías de las representaciones sociales, establece que el *habitus* es el resultado de un proceso de interiorización, incorporación de los modelos sociales por la socialización. El *habitus* desempeña un papel esencial en la configuración de las representaciones sociales y la toma de posición de los agentes. Y así se pone en discusión lo que se considera es la principal función de las representaciones sociales y del *habitus*: construir las estrategias que los agentes utilizan para desenvolverse dentro de su campo y espacio social.

y leprosos, en Lima y Cartagena se concurre a un fenómeno de normalización y naturalización de la lepra. Ya que, a diferencia de la mayoría de los lazaretos europeos, en las colonias de ultramar hispánicas más que un rechazo social hacía los leprosos la comunidad “sana” tuvo que establecer mecanismos sociales que posibilitaran las formas de convivencia entre leprosos y el resto de la comunidad sin poner en peligro las actividades económicas de estas ciudades puertos. Esta realidad configuró la necesidad de analizar las relaciones sociales bajo nuevos marcos interpretativos más allá del biopoder para entender cómo se naturaliza la convivencia con enfermos que en teoría debían ser alejados de la población, dados los riesgos que su mal podría generar.

Para Foucault, autor de referencia en nuestro marco teórico, la conceptualización del leproso pasa por un ejercicio de la microfísica del poder y cómo alrededor de este se construyeron redes de control social sobre su cuerpo enfermo. Estos dispositivos de control van desde su lugar de encierro o de grado, políticas de salud pública, normas de segregación, repudio social dado la carga moral de la enfermedad y el asco que produce la sintomatología de la enfermedad. Pero, aunque este discurso está presente en términos legales en la documentación estudiada, el discurso de la misericordia hacia el hermano caído en desgracia adquiere un nuevo matiz en las sociedades coloniales antes mencionadas. Estas dinámicas

sociales son el objetivo central de este estudio, bajo el concepto de “cuerpo ejemplificante”.

Este concepto entra en diálogo con los de *cuerpos anómalos* y *cuerpos bárbaros*, el primero trabajado por Marx Hering (2008) y el segundo por Adriana Alzate (2011). Mientras que Hering apunta a la limpieza de la sangre como virtud estableciendo una jerarquía social, Alzate alude a las malas acciones que son objeto de persecución de las reformas borbónicas en busca del mejoramiento de la calidad de la higiene pública. Los *cuerpos ejemplificantes* (cuerpos leprosos), muestran una cercanía con ambos, mientras que para el caso de la lepra durante el período colonial la raza negra era acusada de propagar este mal, el valor de la limpieza de la sangre adquiere un nuevo matiz frente al sujeto africano dentro de la sociedad de castas. Y por el otro lado, como demuestra el caso cartagenero, los leprosos entran en un proceso de reubicación del hospital por fuera de las inmediaciones de la ciudad, en la isla Caño de Loro, posterior a la implementación de algunas recomendaciones de las reformas borbónicas. Más que un cuerpo anómalo o bárbaro, el cuerpo leproso opera como un eje de enunciación desde el cual se construyen distintos imaginarios tales como, el pecado, la monstruosidad, el contagio, la redención, el sufrimiento, lo inmoralidad entre otros.

La dualidad de la lepra desde el discurso colonial y la dualidad de su tratamiento social posibilita la construcción de un sistema de significados

que acercan de manera más acertada a las representaciones sociales que se tenían de la lepra en este escenario, permite conectar los códigos sociales a través del tiempo para mostrar las prácticas sociales en la larga duración en una continuidad del imaginario medieval, se hacen visibles las imposiciones locales al discurso global y en sumatoria una construcción de una fenomenología cultural. Carlos Ginzburg brinda luces sobre este proceso de codificación social dado que este sitúa al individuo a partir de los aparatos ideológicos que moldean su conducta desde datos nominativos en lo que él denomina el “Hilo de Ariadna” (2010).

1.2 Lepra, lazaretos y leprosos, un debate fronterizo

Temas como las enfermedades, la lepra, las instituciones hospitalarias, la salud pública o las formas de aplicación de las reformas borbónicas en el marco de los nuevos saberes médicos e higiénicos de finales del siglo XVIII son algunos de los tópicos que aborda la historia socio cultural 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. A partir del modelo historiográfico de Diego Armus (2002), se pueden destacar tres bloques.

En primer lugar, 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.

En segundo lugar, la historia de la salud pública, por su parte, destaca la dimensión política, que dirige su mirada al poder, la política, al Estado y a 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 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 decisiones en materia de salud pública. Esta mirada 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.

Y, en tercer lugar, 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, a 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 élites 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 cambios (Armus, 2002).

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 se hará más explícita en consonancia con las palabras de Adriana Alzate:

[Es] 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 orden (2007, p. 26).

Dentro de este mismo marco interpretativo, el análisis histórico de la sociedad moderna ha introducido un debate sobre los efectos políticos de la Ilustración. Siguiendo la posición de Renán Silva:

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 aprobación (2007, p. 9).

Es así como 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 es posible afirmar que las raíces ilustradas del siglo XVIII no solo se encuentran a principios del XIX, dado que este debate podría extenderse hasta lo que Diana Obregón (2002) ha llamado la revolución microbiana de finales del siglo XIX, la cual ha otorgado una nueva definición de la enfermedad, entendida y definida desde su agente productor específico. Es por ello por lo que la mayoría de los trabajos que se citarán a continuación parten de este período particular que inicia a finales del siglo XVIII para introducirse en todo el marco temporal del siglo XIX y XX.

El inicio de la modernidad, entendida como los cambios que se introdujeron para Hispanoamérica con la imposición de las reformas borbónicas, impactó de manera directa la forma de comprensión y tratamiento de las enfermedades donde el eje central del tratamiento pasa por la modernización de la institución hospitalaria. Edictos, ordenanzas, planes de reestructuración, desvinculación de las órdenes mendicantes de la administración de estas instituciones, entre otro paquete de medidas produjeron un número de fuentes importantes que permiten una comprensión mayor de este período y que deja por fuera del discurso moderno todo lo anterior.

En consecuencia, se puede plantear que el estudio de los leprosos como sujetos sociales del mundo colonial americano se configura como un terreno académico baldío que carece de investigaciones que posibiliten comprender sus dimensiones sociales en las urbes del periodo colonial. Frente a esta realidad existen una amalgama de estudios desde la historia y la antropología que abordan de manera somera este mal desde dos variantes, el hospital y la enfermedad. El enfermo pasa a un segundo plano tomando relevancia la institucionalidad y la característica de su mal, para el caso de la historia, y desde la antropología, las lógicas modernas e higiénicas que se impusieron desde finales del siglo XIX y comienzos del XX abrieron un sub-campo de estudios para el conocimiento etnológico basado en las representaciones etiológicas y terapéuticas del binomio salud-enfermedad.

El objetivo de este apartado es mostrar desde un recorrido bibliográfico, los referentes documentales que existen frente a este particular desde dos ejes temáticos: la lepra y los lazaretos u hospitales de San Lázaro.

1.3 La lepra desde la historia

Pilar Gardeta Sabater, en su texto *Discurso sobre una enfermedad social: La lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX* (1999) analiza desde los aparatos discursivos el significado de la lepra en el virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX, utilizando como hilo conductor las teorías que defendieron los médicos más representativos del período, abre el debate frente a dos formas de concepción de la enfermedad, por un lado, quienes apoyaban los teorías contagionistas del mal y, evidentemente quienes gravitaban a favor de las teorías no contagionistas de la lepra. Gardeta plantea la vigencia de la práctica del destierro para los leprosos durante el periodo colonial, como sitios donde no fuera fácil que el resto de la sociedad los viese. Según sus palabras:

Esto se venía haciendo en la Europa cristiana desde el siglo VI. Cuando un enfermo era declarado leproso se le mataba civilmente y en una ceremonia religiosa se le enterraba simbólicamente

haciéndole ver que había muerto para el mundo, pero no para Dios (1999, p. 402).

Aunque aborda el periodo colonial, la estrategia es hacerlo a partir de médicos del periodo comprendido entre los siglos XVII y XVIII como Miguel Isla, Juan Arias, Honorato Vila, Sebastián López Ruiz, José Celestino Mutis y Miguel Tafur, con base a sus posturas etiológicas procura demostrar las distintas teorías que explican no solo el origen sino también las causas de esta enfermedad. Dichos debates médicos alrededor de la lepra demuestran las bases epistemológicas de los saberes etiológicos y médicos de finales del XVIII.

En el escrito de Diana Obregón Torres, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia* (2002), pionero dentro de la historiografía colombiana, su centro de atención se ubica temporalmente en el siglo XIX, se responde a dos preguntas iniciales a la luz de dos conceptos: *medicalización* de Michael Foucault y *autoridad científica* de Pierre Bourdieu: 1°. ¿Por qué fue tan importante la lepra para el siglo XIX? y 2°. ¿Por qué se ignora el tema?

Esta intencionalidad la conduce a construir el devenir histórico de esta enfermedad el cual ubica desde el periodo medieval caracterizado por la exclusión hasta los procesos de segregación que se desarrollaron desde mediados del siglo XIX para el caso colombiano. Aunque le dedica pocas

letras al caso del lazareto de Cartagena y al periodo colonial⁴, la investigación centra su mirada en tres ideas principales: entender las enfermedades como parte de un proceso de construcción social, los aportes de la lepra al desarrollo de la medicalización del país y su influencia en el establecimiento de instituciones de salud pública.

Obregón plantea que la lepra durante el periodo colonial fue definida bajo el canon medieval. La elefancia, término con el cual también era conocida esta enfermedad, se consideraba una dolencia tanto física como moral, cuyo origen se la atribuía a diferentes causas entre ellas el castigo divino. Desde la monarquía española hasta el periodo republicano los leprosos fueron aislados en el hospital de Cartagena. A partir de esta premisa la presente investigación se distancia del trabajo de Diana Obregón, dado que centra su mirada en matizar las formas de aislamiento que existieron no solo en Cartagena de Indas sino también en Lima durante el periodo colonial. En consecuencia, hay que afirmar que el canon medieval se puso en práctica desconociendo las dinámicas sociales locales es otro elemento sobre el cual se marca un distanciamiento con el trabajo mencionado.

Sin embargo, este trabajo resulta pionero en el país dado que centró su mirada sobre una comunidad de enfermos poco trabajada desde la

⁴ Este vacío inicial que deja la autora fue una de las motivaciones iniciales que impulsaron al investigador a buscar fuente primaria que abordara el caso del lazareto de Cartagena de Indias durante el periodo colonial.

historia. La comprensión de las enfermedades, más allá, de simples sucesos biológicos sitúa a esta tesis en los nuevos campos de investigación interdisciplinar entre la historia y la antropología.

El texto de Abel Fernando Martínez Martín, *El lazareto de Boyacá: lepra, medicina, iglesia y Estado 1869 - 1916* (2006) aporta, desde archivos eclesiásticos y publicaciones médicas, la reconstrucción del tratamiento dado a la lepra en el departamento de Boyacá durante la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, determinando el rol del Estado, la ciencia médica y la iglesia. Con base en una mirada local, dicho documento aporta un enfoque metodológico dialéctico entre los discursos universales del mal de la lepra y las imposiciones locales. La lepra se entiende como un campo social donde se gestan disputas académicas, políticas y sociales desde la postura teórica de Pierre Bourdieu. Martínez parte de la premisa de las exageraciones de los reportes de leprosos en el departamento, los cuales la presentaban como el lugar más endémico del país. Sin embargo, la finalidad del trabajo es que logra asociar a la lepra como una enfermedad rural vinculada con las guerras civiles, con la miseria, el desaseo, siendo más severa entre las clases populares y los indios.

Al igual que el trabajo de Obregón, coinciden en la comprensión de la lepra desde la larga duración y como esta enfermedad carga con estigmas propios del periodo medieval, tales como: el peor castigo de Dios y enfermedad del cuerpo y del alma. Este trabajo gravita temporalmente

dentro del mismo rango del texto de Obregón, dado que centran su mirada en el siglo XIX dejando por fuera o tocando tangencialmente el periodo colonial.

La modernidad tardía para el caso de Colombia justifica por qué el siglo XIX es privilegiado por este tipo de investigación, las luchas internas que se gestaron alrededor de la construcción de la nación colocaron en pausa otros procesos, entre ellos, la medicalización. Es durante la segunda mitad del siglo XIX, con la consolidación de los gobiernos liberales, donde la medicalización se ajustó los nuevos discursos higiénicos de la época. En este sentido, surgieron nuevas disposiciones legales direccionadas a controlar el mal de San Lázaro reforzando las medidas de aislamiento para este tipo de enfermos.

Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, en su trabajo *Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra y sus espacios de reclusión y el discurso médico legal en Argentina* (2008), escrito que se suscribe temporalmente en la primera mitad del siglo XX, periodo en el cual, prevalecen los elementos simbólicos que configuraron el estigma de los leprosos durante el periodo colonial, fortaleciendo el discurso medieval de aislamiento como una forma de protección de la población y la raza Argentina que se veía amenazada. Este trabajo refuerza las tesis higienistas del siglo XIX que plantean que aislar a los enfermos de este mal era la mejor estrategia para proteger a la comunidad.

Sin embargo, el texto no matiza el devenir histórico de esta estrategia de control de la enfermedad ya que esta sufre ciertas variaciones desde los enfoques locales, dado que el degredo nunca fue absoluto. Al centrar la medida como una planificación estatal dentro de unas medidas higiénicas obvia los procesos locales que demuestran el fracaso de la medida en términos sociales, el éxito desde la jurisprudencia se limita al marco legal el cual se nutre de los vientos de las representaciones y el discurso científico de mediados del siglo XIX.

Otros de los trabajos pioneros en este campo son los de Ana Paulina Malavassi, *Los orígenes de la lepra en Costa Rica* (2001) y *Lepra y Estigma: estudios de casos en Latinoamérica colonial* (2003). El primero muestra un recorrido por algunos hospitales de San Lázaro como el de La Habana, el de San José (Costa Rica) y el de Lima. Aunque no plantea un ejercicio comparativo a profundidad, si trata de analizar el fenómeno de la existencia de estos espacios de la misericordia desde el concepto de la marginalidad. Dentro de su enfoque, la lepra en América se distancia fuertemente de los estigmas medievales, sumergiéndose más dentro del espectro de lo marginal. Aunque se reconoce la fortaleza de su argumentación, este trabajo deja por fuera variables simbólicas que perviven en el imaginario narrativo de la lepra, tal como lo demuestra la presente investigación que conecta el tema al pasado medieval.

Sin embargo, otro elemento importante del trabajo de Malavassi es su intención de analizar las dinámicas sociales de los leprosos dentro de las lógicas de las urbes coloniales, aunque le dedica poco al caso del lazareto cartagenero y limeño, muestra un nuevo enfoque de análisis. Su trabajo tiene mayor fuerza durante el siglo XIX, pero es de los pocos trabajos que intenta abordar las variables posibles del siglo XVIII.

Otra de las investigaciones pioneras de este campo de estudio que involucra el impulso ilustrado y su afán por modificar prácticas sociales vetustas que frenaban el progreso de las colonias, entre ellas, las concepciones de la enfermedad y la pobreza, ambas, espacios de intervención del hospital, es el de María del Carmen Sánchez Uriarte, *Entre la misericordia y el desprecio: los leprosos y los hospitales de San Lázaro de la ciudad de México 1784-1862* (2015). Las instituciones hospitalarias como parte fundamental de la institucionalidad colonial tuvieron que adoptar los nuevos requerimientos impuestos por el tono ilustrado, como, por ejemplo, el cambio de administrador de estas instituciones. Este punto de partida introduce el texto hacia las nuevas formas del siglo XIX donde la autora logra construir de forma seriada la historia del hospital de San Lázaro de la ciudad de México.

El eje central del trabajo gravita en el tránsito del paternalismo estatal colonial sobre las políticas liberales de la naciente república mexicana, de la injerencia eclesiástica a la estatal. Sánchez expone que el

Hospital de San Lázaro y sus transformaciones redefinen su orientación y asistencia en el marco de la ideología dominante, lo cual implicó modificaciones en las nociones de pobreza, caridad y utilidad. Estos nuevos conocimientos impregnaron todas las esferas sociales entre ellas.

Un texto guía que permite introducirse en el devenir histórico de la lepra es el de Zuño Burstein, *Revisión histórica del control de la lepra en el Perú* (2001), el cual presenta un recorrido del fenómeno de la lepra desde el periodo colonial hasta el siglo XX, aunque el escrito parte de lugares comunes como la herencia medieval de la enfermedad, recoge argumentos expuestos por investigaciones desde la historia de la medicina sobre la lepra.

En su tesis doctoral, *La epidemiología de la lepra en el Perú* (1961), Hugo Pece hizo un recorrido histórico que parte desde la colonia para hacer mayor énfasis en las medidas higiénicas de finales del XIX y comienzos del XX. La particularidad de este tipo de trabajos como los de Pece y Burstein, es que son realizados por médicos sin formación propia en los saberes de las ciencias sociales.

Sin embargo, este tipo de escritos con un fuerte contenido positivista abren la puerta a nuevas investigaciones, dado que son ricos en datos y referencias que permiten construir un esqueleto bibliográfico orientador para cualquier investigación. El campo de la historia sociocultural de las enfermedades durante el periodo colonial no es muy amplio, todo lo contrario, para siglos como el XIX y XX los cuales cuentan con un número

mayor de trabajos donde sobresalen escritos como el de Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias* (1997) y el de Esteban Eduardo Zárate Cárdenas, *La mayor epidemia del siglo XIX Lima, 1868 fiebre amarilla* (2014).

Existen otros trabajos como los de Irene Molinari, *Vencer el Miedo: Historia social de la lepra en la Argentina* (2016), que hacen énfasis en el siglo XX. Dicho trabajo demuestra como los procesos de las representaciones sociales trascienden en el tiempo, buscando explicaciones históricas frente a la reaparición de enfermedades infecciosas en el mundo occidental. Aunque la lepra ya estaba siendo controlada en Argentina para inicios del siglo XX, seguía siendo una enfermedad endémica en buena parte de su territorio. Otro elemento importante y que se configura como un lugar común para estos trabajos que se enfocan en los siglos XIX y XX, es el impulso a la profesionalización de la medicina en general, en especial de la dermatología.

Dentro de este escenario bibliográfico, existen dos textos de referencia que sirven de apoyo al investigador, ellos son los de Claudia Patricia Platarrueda Vanegas y Catherín Agudelo Arévalo, *Ensayo de una bibliografía comentada sobre lepra y lazaretos en Colombia, 1535-1871* (2004) y el de Juan Bautista Montoya y Flores *Contribución al estudio de la lepra* (1910). Platarrueda y Agudelo referencian las fuentes primarias que existen en la Biblioteca Nacional de Colombia marcando una hoja de ruta que facilita el tránsito por esta escenografía. Los documentos referenciados

en la obra van desde el periodo colonial hasta finales del siglo XIX, tomando como base, el trabajo de Montoya y Flores. Aunque estos escritos exponen parte de la fuente primaria, dejan por fuera el Fondo Lazaretos ubicado en el Archivo General de la Nación (Colombia) que complementa el universo de fuentes primarias que existen en Colombia. Cabe mencionar que el Archivo Histórico de Cartagena no cuenta con documentación propia frente a este particular.

1.4 Historiografía sobre hospitales y lazaretos

La nueva historia de la medicina construye espacios fronterizos entre la historia de las ciencias desde paradigmas hegemónicos que configuran formas de entender y comprender las enfermedades y los procedimientos clínicos. En esta perspectiva, los hospitales fungen como instituciones donde se impone el saber y el poder. El devenir histórico del hospital pasa por dos periodos fuertemente marcados, el paternalismo español durante la colonia y los procesos de modernización enmarcados en el siglo XIX.

A diferencia de la historia sociocultural de la enfermedad durante el periodo colonial, la nueva historia de la medicina y, en especial la de los hospitales, cuenta con un número mayor de trabajos que se podrían clasificarlos por cada ciudad novohispánica y que estudian a las instituciones hospitalarias durante la colonia, las cuales pueden mencionar tangencialmente o abordar a profundidad los hospitales de San Lázaro.

Josefina Muriel edita el texto *Hospitales de Nueva España* (2015), del cual se trabajó para el desarrollo del presente trabajo el tomo I, donde muestra el acontecer sobre la formación de los hospicios en sus primeras líneas, relacionando la institución hospitalaria bajo principios cristianos como la caridad, administrados por algunas órdenes mendicantes que se dedicaron al cuidado de los enfermos, los pobres y los desposeídos:

El hospital en aquellos tiempos es uno de los sitios en que se explaya lo más selecto del cristianismo de entonces. El mismo espíritu que levanta la catedral de Reims la de colonia o que hace jugar al sol en las vidrieras de las Chartres crea la obra hospitalaria. Por eso el hospital es una institución para pobres que no puede ser pensada jamás con el sentido de negocio (p. 15).

Por lo tanto, es imposible desligar el hospital de la comprensión misma de la urbe colonial dado que a mayor número de centros hospitalarios, mayor era su importancia. El capítulo III aborda al Hospital de San Lázaro, dedicándole solamente 4 páginas del total de la obra que cuenta con III tomos. Aunque el texto coopera con elementos formales como datos, el documento no aporta aspectos de fondo desde lo teórico o metodológico sobre el tema particular de la lepra, los leprosos y su hospital.

Dentro de este mismo espectro se encuentran el texto de Emilio Quevedo, *Historia social de la ciencia en Colombia* (1993). En esta obra el autor se propone presentar el panorama de una historia social de la

medicina, mostrándola como un saber que se especializa en el cuerpo y desde el cual se sustentan otras disciplinas que se asumen como ciencias de una sola matriz. Una gran obra que aporta desde distintas esquinas como la medicina, la enfermedad y los hospitales, proporciona datos de referencia como también fuentes primarias, abordando biografías de los médicos más ilustres del período colonial. Pero Quevedo solamente hace referencia hasta el tomo II titulado *La medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica 1782-1865* (2010), al tema de la lepra, al cual se le dedican cuatro páginas en un recorrido de la enfermedad desde la colonia hasta el período republicano teniendo como referencia el trabajo de Diana Obregón.

Sin descartar las virtudes de los trabajos generales de Quevedo y Muriel, en un intento por mostrar el universo general la historia de la medicina durante el período colonial, es interesante ver las pocas líneas que le dedican a una de las enfermedades más complejas de la época, mientras que otras enfermedades como la viruela cuentan con un gran despliegue en términos de extensión sobre el documento, la lepra, los leprosos y los hospitales de San Lázaro solo son mencionados de forma somera y parcial.

Otro documento que se suma a los anteriores es el texto de autoría de José Luis Sáez, *Los hospitales de la ciudad colonial de Santo Domingo: tres siglos de medicina dominicana 1503-1883* (1996). Un texto dividido en dos partes, en la cual, la primera en su tercer capítulo, titulado *El hospital de San Lázaro: primer leprocomio dominicano*, le dedica 14 páginas a la historia del

lazareto, reconociendo la importancia del pasado medieval de este mal, pasa a relatar la historia del hospicio incluyendo la construcción de su capilla. Su disertación frente a este particular va desde el periodo colonial hasta el siglo XX, recogiendo las características más importantes de este proceso.

El trabajo de Ilmer Mendieta Ocampo *Hospitales coloniales de Lima XVII-XIX* (1990), profundiza sobre dos hospitales en particular, el Hospital de San Bartolomé y el Hospital de San Lázaro de Lima. Todo el texto se encuentra construido sobre fuentes primarias donde se analizaron los ingresos y egresos de los hospicios mencionados con base a los informes de gastos. Sobre el Hospital de San Lázaro, Mendieta consultó cinco libros de cuentas a través de los cuales se han observado dos períodos que van desde el siglo XVI al XVIII. La mayor cantidad de fuentes permitió la construcción de series documentales y es un estudio economicista, el texto brinda datos importantes que dan cuenta de la vida diaria de los enfermos reclusos en el hospicio, su número, su clasificación racial, sus demandas y exigencias entre otras particularidades. Este texto, es uno de los más completos.

La variedad de las fuentes pasa por los Libros del Cabildo, donde reposan documentos oficiales como cédulas reales, registros de enfermos, peticiones, entre otros. Con estos informes se reconstruyeron los orígenes de los recursos que permitían el sostenimiento del hospicio, así, como los gastos que tuvo dicha institución. Esta reconstrucción permite estudiar los servicios que recibían los enfermos de lepra que habitaron el hospital, los

administradores que tuvo y las dinámicas del poder entre la administración y el cabildo.

Adriana María Alzate Echeverri es una de las investigadoras que mayor tiempo le ha dedicado a la investigación de las instituciones hospitalarias durante el siglo XVIII en la Nueva Granada, destacándose su trabajo titulado *Suciedad y Orden, reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810* (2007) y *La geografía de la lamentación: institución hospitalaria y sociedad Nuevo Reino de Granada, 1760-1810* (2012). Alzate demuestra cómo durante el siglo XVIII se fue imponiendo gradualmente la tendencia que considera a la salud y la enfermedad no solo como experiencias individuales, sino también como problemas colectivos. Esta concepción produjo una serie de cambios de varios ordenes: políticos, económicos, culturales y epistemológicos.

Pero en la segunda obra referenciada se pretende describir la situación en la que se encontraban algunas instituciones hospitalarias neogranadinas entre 1760 y 1810, de ahí, la adjetivación, geografía de la lamentación. Por ello el papel fundamental de las élites en el proceso de transformación como núcleo central que acude al llamado de las reformas borbónicas se analiza a partir de dos de las principales instituciones hospitalarias de la época, el hospital San Juan de Dios de Santa Fe y el de Cartagena de Indias. Todos los textos anteriores mantienen entre sí relaciones estrechas por el periodo estudiado que se convierte en un punto

bisagra dado que permite analizar el antes, el durante y el después. Para algunos escritores ubicar a las reformas borbónicas en plenitud para el caso del Nuevo Reino de Granada es muy complejo, dado que son pocas urbes en donde este proceso dejó algún tipo de huella. Y como lo señalara Alzate (2012), son los hospitales donde se encuentran los restos documentales que evidencian el intento de proceso de cambio a partir de la imposición del impulso ilustrado de las reformas.

Es la salud pública el escenario donde todos estos trabajos se encuentran, algunos como el caso de Gardeta (1999) lo abordan desde los discursos médicos de la época, otros como Renán Silva (2007) toman un hecho en particular como la aplicación de la vacuna de viruela a finales del siglo XVIII para mostrar las dimensiones de estos impulsos transformadores, Obregón (2002) analiza como esos impulsos ilustrados encontraron mayor eco en la segunda mitad del siglo XIX, en este mismo sentido se dirige parte del trabajo de Abel Martínez (2006) que realiza un estudio desde un espacio particular como el departamento de Boyacá.

Otro lugar común es el papel que desempeña el Estado y las elites dominantes como el grupo social que asumió la puesta en marcha de esta política. En contrapartida, las instituciones religiosas se enfrentaron a la reducción de sus espacios de poder, ya que la mayoría de los hospitales pasaron a ser administradas por personal civil, aunque algunas de estas instituciones ya se encontraban bajo la administración laica.

Es en este contexto que el corpus teórico foucaultiano adquiere relevancia dado que la mayoría de estos trabajos se apoyan en la microfísica del poder desde la nosopolítica hasta la aplicación de criterios de la biopolítica para comprender los objetivos que buscaban las reformas. En algunos momentos, estas relaciones existentes entre estos textos muestran cierto nivel de reciclaje de algunos marcos interpretativos dado que los actores sociales en cuestión siempre son los mismos. Aunque para el caso de la historia de los hospitales abundan un mayor número de trabajos, la mayoría de ellos se mueven en los ejes propuestos.

Cuando los trabajos abordan los hospitales en el periodo de tiempo antes de la aplicación de las reformas, brindan información relevante sobre el funcionamiento del hospicio, sus momentos de auge o crisis, entre otros datos relevantes. Es por ello, que esta investigación trata de mirar al lado oscuro, no solo abordando el período de tiempo anterior a las reformas, sino también trabajando un hospital poco estudiado por las ciencias sociales.

1.5 Acerca de la antropología de la enfermedad y el padecimiento

Pensar a la salud y a la enfermedad como procesos socioculturales posibilita la comprensión de estos fenómenos por fuera del ámbito individual. Aunque la experiencia del enfermo recae sobre su persona, la comprensión que este tenga de ambos conceptos lo amarra a una comunidad particular, por lo tanto, a la cultura. La cultura como

manifestación social, parte de tres premisas fundamentales: la cultura es aprendida, compartida y estandarizada. Al afirmar que la cultura es aprendida, se señala que no se puede explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada. Sin negar su destacado papel, “la perspectiva culturalista afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales” (Langdon y Wiik, 2010, p. 179).

La cultura es compartida y estandarizada, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales concretas de los individuos, así “como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretnejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales” (Langdon y Wiik, 2010, p. 180). Estas premisas transforman un hecho meramente biológico para algunos en procesos de mayor complejidad social, dado que la antropología de la enfermedad es una clara invitación para ampliar el rango de una investigación.

Un texto clave para introducirse en el ejercicio etnográfico es el de François Laplantine, *Antropología de la enfermedad* (1965). Aparte de la disciplina investigativa profunda que reúne este escrito, el autor lanza una clasificación con base a las formas elementales de la enfermedad con el

objeto de construir modelos teóricos entre la tipología y las estructuras formales y operativas. La construcción de modelos que permiten la aproximación para analizar dos elementos fundamentales: Etiología-terapéutica que gobierna los sistemas de representación de las enfermedades y la lógica interna de la medicina moderna. La comprensión de la enfermedad y la salud difícilmente se pueden desvincular de las condiciones sociales en donde se inscriben. Cada enfermedad se encuentra conectada de forma disímil a una sociedad determinada que se evidencia en los comportamientos que rodean la interacción entre los actores que involucra este acto: sociedad, médico y enfermo.

Dentro de este formato anteriormente expuesto se inscribe el texto de Elías Sevilla Casas *Los mutilados del oprobio: estudio sobre la lepra en una región endémica de Colombia* (1995). Este tipo de trabajos etnográficos, basados en ejercicios de memoria histórica, cartografía social y diacrónicos tienen como eje central espacial los municipios de Agua de Dios (Cundinamarca) y Contratación (Santander) ambos ubicados en Colombia. Espacios destinados para albergar a los enfermos de lepra que habitaran en la nación, los cuales fueron protegidos y financiados por el Estado.

En el texto de Marcos Cueto y Carlos de la Puente, *Vida de leprosa: testimonio de una mujer viviendo con la enfermedad de Hansen en la Amazonía peruana, 1947* (2003), donde a partir de las narraciones de enfermos se muestran los avatares que producía esta enfermedad, tales

como, el deterioro corporal, el estigma social, la segregación, la solidaridad entre los enfermos y la esperanza de una vida mejor. El trabajo posibilitó el acercamiento etnográfico al padecimiento de este tipo de enfermos. Particularmente, este tipo de bibliografía es mucho mayor en comparación con la de carácter histórico, pero, sirven de ejemplo para ilustrar el vacío existente de estudios que apunte al siglo XVIII o siglos anteriores, por ejemplo el texto de Dayana Lizcano Herrera, *Lepra, Lazaretos y leprosos: memorias de una enfermedad olvidada* (2009); el de Luis Pérez Pinzón, *La lepra en Santander: tratamientos y maltratamientos históricos* (2005); o el de Natalia Botero, Daniela Polo y Laura Sinuco *Lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencias en los siglos XX y XXI* (2015).

Es bajo esta vicisitud que la etnohistoria se abre espacio como ejercicio metodológico que da la posibilidad de estudiar grupos de enfermos desaparecidos en el tiempo con fuertes bases documentales que acceden acercarse por fuera del saber histórico. Este escenario permite la identificación de áreas geográficas culturales que permiten establecer ciertas relaciones históricas y cronológicas entre los grupos humanos, facilitando comprender el proceso de tránsito del imaginario medieval religioso de la lepra a las colonias hispánicas después del proceso de invasión del continente a partir de 1492. Aunque la bibliografía existente parte del lugar común en reconocer al periodo medieval como el espacio

cultural donde se establece la simbología del enfermo de lepra, no se expone un desarrollo de cómo funcionó este imaginario en el mundo colonial.

Los datos que nutren esta investigación fueron extraídos de distintos archivos agrupando un buen número de fuentes primarias. En el Archivo General de las Indias, reposa información sobre pleitos de propiedad del Hospital de San Lázaro de Lima, informes de la situación del lazareto de Lima, en la sección de Planos y Mapas, se encuentran los planos y los perfiles de los proyectos de reestructuración y modernización de los hospitales de San Lázaro a finales del siglo XVIII. Para estudiar el caso lazareto de Cartagena de Indias, el Archivo General de la Nación en Colombia cuenta con un fondo exclusivo para esta enfermedad, el Fondo Lazareto. Aunque este posee mayor documentación sobre el siglo XIX, la información sobre el lazareto de Cartagena es escasa y no permite la construcción de temáticas anteriores a 1760 ya que la periodización de los documentos va desde dicho año hasta 1805, pero hay que destacar que en el fondo se encuentran fuentes de suma importancia tales como cartas, edictos, informes administrativos, los informes del protomédico Juan de Arias, quejas y reclamos. Curiosamente para el caso limeño en el Archivo General de la Nación de Perú existe mayor documentación que permite la construcción de series documentales desde 1620 hasta 1809 recopilados en los libros del Cabildo, libros de cuentas (documento Mendiburo), documentos oficiales (reales cédulas, libro Marguesí, registros de enfermos, peticiones). Esta base

documental permitió establecer cuáles son los esquemas, rituales de exclusión y las conceptualizaciones, ya que materializan la racionalización de mal de la lepra amarrado al elemento moral y corporal.

Un documento que inspiró a buscar nuevos marcos interpretativos y que abraza la relación moral-cuerpo, fue el texto de la vida y obra de San Pedro Claver (1666), documento que dedica ampliamente varios capítulos para mostrar la estrecha relación entre el santo y los leprosos de la ciudad de Cartagena de Indias. Aunque desde el periodo medieval hay una construcción simbólica de esta enfermedad basada en la relación cuerpo y alma, el tratamiento social que se le dio al leproso en algunas ciudades coloniales se distancia abismalmente de las formas europeas trabajadas en extenso por Foucault. Cuando los imperativos religiosos y morales permanecen inextricablemente entremezclados con las necesidades económicas emerge la categoría de poder ligada a fenómenos sociales. Esta relación entre la religión, el poder y los enfermos, marcó una hoja de ruta que definió una invitación explicativa que superpone coyunturas de la economía moral con el ordenamiento de las ciudades novohispánicas.

Las prácticas religiosas amplifican las nuevas enseñanzas de San Francisco de Asís, donde el leproso pasó de ser entendido como una entidad que ejemplifica el pecado, a ejemplificar nuevas virtudes del ser cristiano. Esta continuidad permite desafiar algunos de los postulados teóricos de Foucault donde el leproso es aislado, rechazado y declarado muerto en vida

en lugares de destierro. Esta afirmación, implicó un reto documental de encontrar algún tipo de fuente que permitiera sustentar la continuidad del imaginario religioso medieval, más allá del documento escrito, dado, que, para el caso europeo, la producción iconográfica refleja ampliamente este doble rasero del tratamiento social del leproso durante la alta edad media tanto como en la baja. Aunque la producción iconográfica no es tan amplia como en Europa, la revisión de bases documentales iconográficas posibilitó el hallazgo de dos pinturas, la primera de ellas se llama *San Salvador de Horta con el leproso* pintada en Chiapas-México y la segunda se denomina *Curación de leprosos* ubicada en Cuzco-Perú, ambas realizadas durante el periodo colonial.

El diagnóstico de esta investigación condujo a la construcción de cuatro apartados para dar cuenta del valor simbólico social del leproso es dos urbes coloniales: el primer apartado expone las relaciones teóricas entre tres conceptos que se constituyen como referentes conceptuales de la investigación. El cuerpo leproso representado por su simbolismo agencia una serie de respuestas sociales y estatales que materializan la práctica de un modelo higienista en dos sociedades del período colonial; la segunda parte, devela los espacios de inclusión y exclusión del leproso, comprendido desde las dinámicas sociales coloniales. Por ello, parte de lugares comunes como el proceso de poblamiento y las características urbanísticas de Lima y Cartagena de Indias, para ir revelando la relación lepra, lugar y espacios; el

tercer apartado, plantea como la ciudad colonial responde frente al fenómeno de convivir con leprosos, cuáles son los mecanismos de control que establece con base a la lógica de la exclusión y la misericordia; por último, el cuarto apartado, muestra la profundidad del impacto de las reformas borbónicas sobre los hospitales de San Lázaro de Lima y Cartagena.

2. Determinación de las categorías de análisis: cuerpo, enfermedad y la lepra

El *cuerpo* se constituye en una unidad que va a ser agenciada por el fenómeno social que gestó, desde el periodo medieval, tensiones sociales en sociedades altamente teocráticas: la *lepra*. Por ello, los paradigmas de la *enfermedad* brindan un marco de referencia que posibilita comprender cómo las estructuras del Estado agencian acciones para gobernar y mitigar el impacto de esta. Es decir, que las categorías en cuestión se interrelacionan entre sí y son los ejes temáticos que estructuran esta investigación.

2.1 La enfermedad

Lejarraga (2004) plantea que la enfermedad se mueve en tres dimensiones: la dimensión social, la dimensión etiológica y la dimensión normativa. La primera hace relación a los factores sociales que envuelven el fenómeno, entre ellos, se involucra a las representaciones e imaginarios que se tiene del padecimiento, abarcando las prácticas alrededor de esta, teniendo en cuenta su devenir, su lenguaje, su narrativa y sus elementos

ideológicos; la segunda dimensión, estudia el origen y posibles causas de la enfermedad, teniendo presente las formas de contagio, su tratamiento, (ya sea médico o social) y las transformaciones corporales que pueda experimentar el enfermo; y, la tercera la normativa, establece las formas jurídicas y normativas a las que recurre el Estado cuando lidia con la enfermedad. Esta exposición permite comprender que la enfermedad no es solamente una realidad biológica que sufre un cuerpo, sino también que esta se encuentra sujeta a variables sociales que tienden a catalogar la experiencia individual o colectiva frente a este fenómeno, por lo tanto, la enfermedad cumple una función social dado que permite regular las relaciones sociales de una comunidad. Sobre la base a esta experiencia, se construyen una serie de redes de significados que parten desde el cuerpo enfermo, simbolismos que son contruidos socialmente los cuales nos permiten una comprensión del microcosmos de lo cultural. En este mismo sentido se pronuncia Devillard (1989), la cual plantea las posibles relaciones que se construyen con base a la enfermedad y a su antítesis, la salud. En principio, esta dicotomía biológica entre estar enfermo y saludable marcan dos terrenos que en la arena parecieren irreconciliables o en esquinas opuestas. Pero, aunque la realidad orgánica impone valores disimiles entre ellos, es en el terreno de lo social donde ambos conceptos se construyen y dialogan entre sí.

Esta dimensión social de la enfermedad conlleva a afirmar que esta es una *construcción social*. Esta hipótesis desarrollada en los trabajos de Michel Foucault particularmente en, *Historia de la locura en la época clásica* (1964) y *El nacimiento de la clínica* (1963), sujetan este fenómeno (la enfermedad) al escenario de las interacciones humanas, por lo tanto, se encuentra enmarcado en el ámbito social y cultural de las comunidades. Los signos del cuerpo enfermo son entendidos como construcciones que edifican una red de significados que se hunden en explicaciones mágico-religiosas dando sentido a las causas del mal. Esto implica comprender que la enfermedad (como constructo social) circula en el discurso de una cultura que las califica moral y socialmente⁵.

Sin embargo, otros autores como Claudine Herzlich y Janine Pierret (1988) plantean que la construcción social de la enfermedad se configura como un terreno frontero, donde intervienen los paradigmas de una época particular. Este espacio limítrofe, puede involucrar campos de estudios como la Antropología y la Historia, por ejemplo, la historia de los hospitales o la antropología de las enfermedades, dado que, la enfermedad como problema de investigación permite una mirada profunda de la sociedad por los elementos que componen. Por ello, este lugar de agenciamiento en que

⁵ Es importante mencionar que los trabajos que estudian este campo de estudio tienen una fuerte influencia de la estructura teórica foucaultiana, pero estos mencionados trabajos se enfocan mayoritariamente en el siglo XIX, momento en el cual, las normas higiénicas son un pilar fundamental de la política de la salud pública. Esta investigación se enfoca en el periodo colonial momento histórico que carece de trabajos que permitan mostrar las variantes de este fenómeno en dicho período desde este campo de estudio.

se constituye la respuesta de un colectivo frente aún mal particular posibilita establecer como las realidades sociales se configuran a través de símbolos o acciones concretas que permiten la traducción de un fenómeno social.

Por su parte, François Laplantine (1965) expone que la dimensión etiológica de la enfermedad es un sistema de pensamiento médico que difícilmente puede separarse de las condiciones materiales donde ellos se inscriben. Solo a partir del Renacimiento, en los mismos años que surgió la reforma religiosa, aparecieron las ideas antigalénicas de Paracelso (1493-1541), quien fue el primero en concebir a la enfermedad como un “proceso vital anormal” que provocaba un desequilibrio químico en el cuerpo. Al lado de sus creencias en brujerías y demonios instituyó una química de la vida humana mucho antes que Lavoisier la confirmara en el siglo XVIII con la demostración de que la respiración era una forma de oxidación.

Entre los siglos XVII y XVIII las nociones y los conceptos sobre la enfermedad proliferaron bajo una nueva perspectiva: el estudio de este fenómeno correspondía a las ciencias naturales. Esto fue posible gracias a la declinación de la hegemonía del dogma católico romano, conservado intacto durante casi catorce siglos, ante los avances de la libertad de pensamiento y de una nueva idea del sentido de la vida del individuo. No obstante, los antiguos sistemas filosóficos —vitalista, humoral, metodista, etc.— mantenían su influencia en el pensamiento médico. Por tal razón, los límites

de esas nuevas concepciones eran imprecisos; en sus contenidos se mezclaban invocaciones divinas y espirituales con elementos racionales procedentes de las nuevas ciencias naturales, apareciendo, además de la iatroquímica, concepciones iatromecánicas y animistas sobre la salud y la enfermedad (2004).

La iatroquímica aparece planteada en Franz de le Boë (1614-1672) (también conocido como Franciscus Sylvius) quien concedía importancia a las “alteraciones de la mezcla del cuerpo”, considerando como factores determinantes de la enfermedad a los jugos digestivos y sus anormalidades. Factores que penetran en el interior del organismo y sobre todo en la sangre, como “acrimonias”; éstas por su acritud o alcalinidad explican todas las enfermedades. Radicalmente opuesta a la iatroquímica fue la iatromecánica, propuesta por Juan Alfonso Borelli (1608-1679) quien consideraba, siguiendo las analogías del mecanicismo cartesiano, al organismo humano como un reloj y a la enfermedad como un mal funcionamiento mecánico. Borelli, sin embargo, también se inspira en el vitalismo, en tanto considera que los movimientos mecánicos a los que se reduciría la vida venían dirigidos por un principio superior e inteligente. De la división del cuerpo en piezas y sistemas mecánicos surgirían los aparatos y sistemas orgánicos que serían tratados por las especialidades médicas modernas. En esta perspectiva, los sólidos orgánicos funcionan impulsados por fuerzas, en la física estática, y los humores, como todo líquido, siguen las leyes de la

hidráulica, que fue como Harvey describió la circulación de la sangre en 1628 utilizando imágenes de bombas, válvulas y canales. Como reacción a los sistemas teóricos materialistas de la iatroquímica y de la iatromecánica se desarrolló el “animismo” de Sthal (1660-1734): “la enfermedad es un esfuerzo del alma para restablecer las funciones alteradas y destruir las potencias dañinas” (citado por Bustíos, 2004, p. 32).

Thomas Sydenham (1624-1689) enseñaba que para aprender nuevos hechos en medicina era necesario abandonar todos los sistemas filosóficos que pretendían explicar y sustituir la realidad misma. En este sentido criticaba los rezagos del pensamiento medieval que, en su entender, aún existían en las concepciones de los iatroquímicos, iatromecánicos, animistas y vitalistas de su tiempo, señalando que estas son operaciones irregulares y desordenadas de descripción de las enfermedades y por ende considera que es un ejercicio inútil el tratar de diagnosticarlas a través de estos métodos (citado por Bustíos, 2004).

Friedrich Hoffman (1660-1742) resucitó el sistema de los metodistas romanos al plantear que todas las propiedades y la energía de la materia se perciben sólo como movimiento, como fuerzas iguales en oposición, como contracción y expansión. La salud es movimiento normal, la enfermedad es un trastorno del movimiento y la muerte es ausencia de movimiento. Existe un fluido nervioso que conserva normales las acciones del cuerpo, que es como una máquina hidráulica; este fluido lo secreta el cerebro y se

distribuye en el organismo a través de los nervios y las arterias. Su función es regular el “tono” de los tejidos, en este sentido se definen los conceptos de “espasmo” y “atonía” para hacer referencia al exceso y a la falta de estimulación, respectivamente. Ejemplos de enfermedades espásticas son las inflamaciones localizadas, catarros o neuralgias; las enfermedades crónicas se clasifican como debidas a la atonía. Por su parte, Albrecht Von Haller (1708- 1777) fue el primero, con su *Disertación sobre las partes sensibles e irritables de los animales*, en llamar la atención sobre “la contractibilidad muscular provocada por una excitación, sobre la sensibilidad y sobre la importancia de los nervios en los procesos vitales” (Laín, 1978, p. 145). Además, clasificó los órganos y los tejidos según el grado de irritabilidad.

Para William Cullen (1710-1790) el sistema nervioso desempeña el papel central en la patología humana y lo que se enferma no son los humores del organismo, sino los sólidos. Existe una “fuerza nerviosa” o “energía del cerebro” que inicia y mantiene todos los procesos fisiológicos y patológicos que se dan en el organismo. Todas las enfermedades se inician en el sistema nervioso y otros factores patogénicos se consideran como secundarios. La mayor parte de los padecimientos se debe a que los estímulos debilitan al cerebro generándose así una reacción que, a su vez, estimula la aparición de espasmos, los cuales aparecen como una consecuencia de la acción debilitante inicial. Debilidad producida por agentes externos como frío,

miasmas, contagios y otros. Combinó, así, su doctrina de la fuerza nerviosa con la de irritabilidad de Glisson y con las ideas de espasmo y atonía de Hoffman para explicar el origen de las enfermedades. Además, para Cullen existían cuatro clases de enfermedades:

las pirexias, las neurosis, las caquexias y las locales. Cada una de éstas correspondía respectivamente a alteraciones de las funciones vitales, animales, naturales y “otras”. La clase de pirexias se dividía en cinco órdenes: fiebres, inflamaciones localizadas, exantemas, fluxiones y hemorragias. La clase de neurosis contenía cinco órdenes, una de ellas eran los “espasmos” (citado por Laín, 1978, pág. 96).

Por su parte, Girolamo Frascatoro (1478-1553) había enunciado, en 1546, la existencia de tres tipos esenciales de contagio: I. infección por puro contacto; II. infección por contacto humano y con objetos contaminados, como en la sarna, la tisis, la lepra; III. infección que actúa por contacto y con objetos, además que también puede transmitirse a distancia, como son las fiebres pestilenciales, la tisis, ciertas oftalmías, viruela y otras. La palabra que usa para referirse a los objetos contaminados *esfomes*, que en castellano se escribe *fomites* significa “causa que excita o promueve una cosa u objeto contaminado a cosas como vestidos, ropa de cama, etc., que, aunque no se encuentran corrompidos en sí mismos, de todos modos, pueden albergar las semillas esenciales (seminaria prima) del contagio y así producir infección” (citado por Pérez, 1988, p. 150)

De acuerdo con las ideas de la época, producida la enfermedad, ésta se transmitía por “infección” o por “contagio”. Estos conceptos eran definidos de manera diferente a lo que es hoy usual y hacían referencia a las distintas formas de propagación de una enfermedad. En algunos casos era una materia o un miasma el elemento transmisor; en otros, era el sujeto enfermo mismo ya sea por contacto mediato o inmediato. En el *Compendium*, publicado en 1842, se afirmaba que:

La infección es el modo según el cual se propagan ciertas enfermedades debido a la acción tóxica o mórbica [sic], que ejercen las materias vegetales o animales en descomposición y los miasmas ex-halados [sic] por el cuerpo humano sano o enfermo, sobre uno o varios individuos colocados en una oportunidad particular para recibir su influencia (...) El contagio es un modo de propagación de las enfermedades en virtud del cual, un individuo afectado, comunica su mal a uno o varios individuos que se hallan colocados en una oportunidad particular para recibirle, y que ellos mismos sirven de elementos de propagación de esta enfermedad, cuyos caracteres, quedan por lo demás, siempre idénticos (citado por Eyzaguirre, 1906, pp. 71-73).

Antes de introducir algunos debates teóricos alrededor del concepto cuerpo, es importante exponer las huellas que deja la enfermedad de la lepra en el cuerpo de quienes la han padecido. Este elemento descriptivo ayudaría a crear una imagen sobre las transformaciones corporales que sufrieron los

leprosos, para que, desde este punto de inicio, se puedan establecer las variantes teóricas que permitan hablar del cuerpo como un ejemplo y desde esta premisa exponer la hipótesis de la función social del leproso en las sociedades coloniales de Lima y Cartagena.

Para comprender este argumento William Barclay refería que en la antigüedad la lepra era la más terrible de todas las enfermedades:

Ninguna otra enfermedad convierte el ser humano en una ruina tan total y horrible a la vista, y durante tanto tiempo. Puede comenzar por pequeños nódulos que terminan ulcerándose. Estas úlceras producen un líquido de aspecto desagradable y se van agrandando. Se caen las cejas. Los ojos asumen un aspecto fantasmal, como se nunca dejarán de mirar fijamente a los demás. Se ulceran las cuerdas vocales y la voz se vuelve afónica y la respiración sibilante. Poco a poco el enfermo se convierte en una sola masa de excrecencias ulcerosas. Este tipo de lepra termina con el enfermo en unos nueve años, al final de los cuales se pierde la razón, el paciente entra en coma y finalmente muere (citado por Partain, s.f.).

Igualmente, la lepra puede comenzar con la pérdida de la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo. En este caso la afección ha atacado los nervios. Poco a poco los músculos del cuerpo se desintegran, los tendones se contraen hasta que las manos adquieren el aspecto de garras o pezuñas. Siguen las ulceraciones en las manos y en los pies y la pérdida progresiva de los dedos de ambos. Por último, van perdiéndose las manos y los pies

enteros, hasta que sobreviene la muerte. La duración de esta clase de lepra es entre veinte y treinta años. Es una especie de muerte horrenda, en la cual el hombre muere pulgada a pulgada. Sí a dicha descripción le sumamos el tratamiento social que era dado a este tipo de enfermo y lo que encontramos es el peor de los escenarios, un muerto social que debe asumir su miserable vida en el exilio y el olvido.

Por otro lado, los procesos observación clínica a mediados del siglo XVIII posibilitaron la necesidad de plantear la urgencia de dividir a los leprosos por la gravedad de sus síntomas y nivel de afección. Los médicos estaban más o menos de acuerdo con la siguiente descripción de los síntomas de la lepra: la lepra era una 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 (AGN. Fondo Lazareto. 1799)⁶.

⁶ Estos puntos de acuerdo sobre los síntomas de la enfermedad se observan en sus comunicaciones, cartas y documentos que se encuentran en los archivos generales trabajados para esta investigación.

Sin embargo, Laplantine propone analizar la enfermedad (como concepto) en tres niveles: enfermedad–sujeto, enfermedad–sociedad y enfermedad–objeto (1965). Estas relaciones que se construyen con base en los tres estadios propuestos deben estar sujetas al carácter cultural. Con base al trabajo de fuentes se puede afirmar, que para el caso del leproso se agencian solo dos niveles de análisis, siguiendo la propuesta de Laplantine, en la medida que enfermedad–sujeto (cuando hablamos de leprosos) no aparece agenciada en ningún documento. Se considera que esto se debe a la nulidad jurídica en los años en los cuales se enmarca esta investigación, de la cual el leproso acusa de su mal. Para el caso de estudio, las fuentes trabajadas posibilitan la estructuración de una praxis social y la continuidad de un discurso medieval con relación a la lepra.

Este proceso de análisis de fuentes escriturales, iconográficas y cartográficas condujo al hallazgo de tres categorías recurrentes que se desprenden de las fuentes trabajadas, ellas son: enfermedad, miseria y padecimiento, categorías de anclaje que permiten encontrar su estructura y su objetivación. El cuerpo es el nodo central que activan el tránsito de las categorías propuestas. La primera hace relación a su estado jurídico como leproso la cual sirve de justificación legal para ser internado en los leprosorios o hospitales de San Lázaro, esta categoría le retira su condición de sujeto jurídico excluyéndolo de sus derechos y deberes como miembro activo de un cuerpo social, convirtiéndolo en un invisibilizado legal; la

segunda, le otorga estatus social dentro del andamiaje ideológico del periodo colonial ubicándolo en la escala de los cuerpos que habitan las urbes, lo constituye como un ser miserable dentro de la escala de valores del cristianismo y convierte la vivencia de su enfermedad en una prueba en la cual se debe cultivar la paciencia y la resignación del designio divino; y la tercera, el sufrimiento, es la partícula que activa el andamiaje social alrededor del leproso dado que muestra una distinción entre la relación con el cuerpo y la experiencia vivida por el sujeto, por una parte su condición, viabiliza el asistencialismo y paternalismo, a su vez, sirve como mecanismo de expiación.

2.2 El cuerpo

El cuerpo es un territorio fronterizo que gravita entre las tensiones naturaleza-cultura, moral-amoral, bueno-malo, natural-mágico, salud-enfermedad, público-privado y legal-ilegal. Estos binomios de posibilidades o rutas de análisis sirven para demostrar el carácter polisémico del cuerpo. Esta idea inicial adquiere nuevos matices cuando al carácter del cuerpo se le suma una experiencia individual o colectiva como la enfermedad, y más aún, una que tenía la característica de incurable hasta el siglo XVIII.

Los actos sociales en los que participa un cuerpo enfermo de lepra develan los ideales éticos de la moral cristiana que permiten la construcción del modelo corpóreo de la enfermedad en cuestión. Desde los paradigmas

de la enfermedad podemos establecer dos modelos hegemónicos: a) *Cuerpo-Alma-enfermedad*⁷, este modelo se ubica desde la Edad Media hasta la primera mitad del siglo XVIII con un fuerte carácter individualista dado que el mal es causado por la acción de pecar en contra de ley divina, he instaura la premisa enfermedad – castigo; y b) *Cuerpo-Síntomas-Enfermedad*, en contraposición al modelo anterior, la lepra tiene un carácter colectivo, adopta la observación como fundamento del modelo científico desmitificando la idea de la enfermedad-castigo, aunque sus antecedentes se ubican desde finales del siglo XVII, sus postulados toman mayor preponderancia durante el siglo XVIII. Los avances científicos desde el siglo XVI marcan una ruptura con los saberes religiosos hegemónicos, pero la botánica y el descubrimiento de la vacuna de la viruela en 1796 marcan una nueva ruta en relación con los tratamientos de las enfermedades entre ellas la lepra. Este proceso será abordado más adelante en el texto.

En consecuencia, aunque en ambos modelos toman el cuerpo como fuente material del discurso, las posibles relaciones que se instituyen terminan en extremos contrarios y disimiles. Esta comparación se hace visible si se toma, por ejemplo, el tratamiento de la lepra en el marco general de cada uno de los paradigmas, mostrando dinámicas culturales totalmente

⁷ Desde el trabajo *Etimologías* del arzobispo Isidoro de Sevilla (634) hasta los tratados iniciales de medicina que evocan los tres tipos de medicina: metódica (conjuros y ritos), empírica (experiencia) y la lógica-racional (teoría hipocrática de los humores). La relación cuerpo y alma expresada en las conductas desde la óptica de la moral cristiana, se constituye como un paradigma de referencia de esta investigación.

distintas. Mientras que el primer paradigma se mueve entre concepciones mágico-religiosas el segundo gravita desde el ejercicio de la medicalización, el primero busca salvar el alma, el segundo, busca salvar el cuerpo.

Asimismo, estos paradigmas que se instituyen como modelos o concepciones de la enfermedad se alinean con la propuesta teórica foucaultiana. Cuando se habla de la enfermedad en relación con el cuerpo y el alma, se hace referencia a las tecnologías del poder encargadas de disciplinar el cuerpo; esta disciplina se ejerce de forma individualista ya que tiene relación práctica con el individuo y su cuerpo. Bajo esta lógica encaja la idea de entender las enfermedades como consecuencia del pecado asumiendo la culpa como emblema de su condena y de esta forma alimenta la caridad como ejercicio de expiación de los pecados. La corrupción del cuerpo expresaba la enfermedad del alma, por lo tanto, segregar tiene un carácter punitivo en la medida que la enfermedad, dentro de este paradigma, está sujeta a redes de significados y matices contruidos socialmente (Le Goff y Truong, 2005).

Richard Chuhue (2004) esboza que, tanto la etiología de la enfermedad como su tratamiento debían pasar por la institucionalidad religiosa, en la medida que ella usufructuaba social y económicamente este fenómeno. En este mismo sentido, el hospital se inscribe como una herramienta de ese poder que buscaba encerrar el mal para alejarlo de la población sana (Foucault, 1994), durante este periodo el objetivo del

hospital era salvar el alma y no la cura de la enfermedad para el caso puntual de los leprosos. Las prácticas sociales que se direccionaban a la asistencia de los enfermos, particularmente los lazarinos, demuestran la función de los valores cristianos en el entorno colonial.

Para la Iglesia, la atención a los enfermos se derivaba de un conocimiento consciente de la naturaleza de las enfermedades, la cual tenía un componente místico. Para los religiosos, la enfermedad tenía una explicación religiosa relacionada con el buen proceder en la vida y la cercanía a Dios. Jean Crasset, jesuita francés del siglo XVII ilustra esta situación al reflexionar que:

Represénteles como las enfermedades vienen de la mano de Dios, el cual la envía en castigo de nuestros pecados. Y así que el modo más breve de sanar es quitar la causa; que la paz del alma contribuye mucho a la salud del cuerpo, y que ésta es imposible tenerla si está en desgracia de Dios; que debemos apreciar más la vida del alma que la del cuerpo (1788, p. 245).

Bajo esta premisa, la atención a los enfermos no solo era entendida como una forma de mitigar su sufrimiento, buscaba la preparación del paciente para el “buen morir” dentro de los cánones del cristianismo. Esta premisa se sostiene con base a los servicios que brindaban los hospitales, entre ellos, servicios espirituales como la confesión. Esta idea que relaciona a la enfermedad con el pecado y el castigo era entendida como una prueba

divina que permitía al leproso no solo acercarse al sufrimiento de Cristo sino también ejercitar la paciencia y así demostrar “madurez cristiana”. Como observaremos más adelante, los textos que narran la vida y obra de San Francisco de Asís y San Pedro Claver muestran que su praxis evangelizadora no solo apunta a mitigar el sufrimiento de los leprosos, parte de su obra estaba direccionada a preparar a estos enfermos para enfrentar el momento de su muerte.

Aceptar el destino al igual que el mal que portaba el cuerpo era parte del trabajo de los párrocos que trabajaban en los leprosorios. La lepra como enfermedad con relación al sujeto se convierte en un homenaje al dolor como forma de comprensión de su sufrimiento, el padre Bravo exponía en 1761 que:

Debido a la soberanía sobre su cuerpo que el paciente labra ese mérito; y al compasivo que se interesa en su dolencia, le sirve de expiación los oficios con que se dedica a remediar el mal o hacerle un bien menor con la asistencia y el consuelo. Que injusto, y bárbaro modo de discurrir fue el de la cruel, y falta de política, que pensó que era ponerse de parte de la deidad agraviada, el desamparo, y aún la persecución del infeliz. Como si no pudiese *un mal* servir de ejercicio a *dos virtudes*, y actuar en unos la *paciencia* y en otros la *piedad*. (p. 11)

La exaltación de las virtudes a través del cuerpo como forma de ejemplo demuestra que las enfermedades, pero en especial la lepra, ponen de manifiesto una serie de comportamientos sociales que se complementan y que marcan una ruptura con la iglesia de la Contrarreforma que promovió una percepción del cuerpo como ese *vestido abominable del alma*. Esta idea que tomó fuerza durante la alta edad media (cuerpo como ejemplo), cuyo principio fundamental de la enfermedad era el pecado original, impone mecanismos de rechazo social sobre los cuerpos enfermos de lepra. Esto es lo que denomina el Padre Bravo “como injusto y bárbaro, dado que las sociedades, bajo el pretexto de alejar el mal, les dan la espalda a otros principios cristianos de mayor relevancia como mitigar el sufrimiento ajeno” (1761, p. 38).

Sin embargo, el siglo XVIII impone nuevas lógicas en Europa y América impulsadas por el movimiento burgués posteriormente reconocido como liberalismo. Estas ideas se fueron alimentando desde los nuevos hallazgos científicos que gracias a tecnologías como el microscopio posibilitaron ingresar a un universo desconocido para la humanidad, específicamente, para el caso de las enfermedades, el descubrimiento de la vacuna de la viruela en 1796 por el inglés Edward Jenner, grabaron nuevos valores sobre las lógicas sociales imponiendo un nuevo paradigma: enfermedad-cuerpo-síntomas.

Michel Foucault expone, la idea de una larga serie de observaciones en el seno del hospital, que permitieran registrar las generalidades, los elementos particulares, en las que no figuraba la práctica médica. En consecuencia, hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes. La "medicalización" del hospital se produjo gracias a su reestructuración y reorganización, esta hipótesis puede confirmarse por el hecho de que la primera gran institución hospitalaria de Europa se desarrolla en el siglo XVII en los hospitales marítimos y militares, siendo estos antecesores del hospital civil, puesto que la gestión de los recursos resultaba ser eficiente y organizada (Foucault, 1994).

En el siglo XVII el valor de un soldado era oneroso dado el entrenamiento que debía recibir para el manejo de armas, estrategias y técnicas de combate, por lo que era preciso vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, así pues, había que curarlos para que no fallecieran producto de heridas o de enfermedades; y había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama. En consecuencia, surgió una reorganización administrativa y política, una nueva fiscalización por parte de la autoridad en el recinto del hospital militar. Lo mismo ocurrió con el hospital marítimo.

Sin embargo, la reorganización de los hospitales marítimos y militares no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una que

podría denominarse política: la disciplina. La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que fue haciéndose más sofisticada durante el siglo XVIII, configurándose en una nueva tecnología de gestión del hombre (Foucault, 1994). En el curso de la historia, la disciplina como forma de control había existido en la antigüedad y en la edad media. Las legiones romanas y los monasterios constituyen un ejemplo de región de dominio, en el seno de los cuales reinaba un sistema disciplinario. La esclavitud y las grandes compañías esclavistas existentes en las colonias europeas eran también modelos de mecanismos de disciplina.

Por lo tanto, la vigilancia y control de los cuerpos en los hospitales fueron cambiados por la observación y la clasificación. La observación se enfoca en las huellas que deja la enfermedad en los cuerpos, para luego clasificarlos a partir de los estadios de desarrollo del mal (Foucault, 1974, p. 328). Sumado a ello, el colectivo se asumió como cuerpo social, este cambio de paradigma implicó nuevas acciones por parte del Estado para comprender los fenómenos de la salud y la enfermedad y cómo estos afectan la productividad económica. La nosopolítica, en términos de Foucault, es el resultado de una iniciativa vertical que aparece en el siglo XVIII como un problema con orígenes y direcciones múltiples: “la salud de todos es algo que concierne a todos; el estado de salud de una población pasa a ser el objetivo general” (Foucault, 1977, p. 340).

Sin duda alguna, las reformas borbónicas en las colonias españolas trajeron consigo una serie de transformaciones que buscaron cambiar comportamientos sociales, así como modificaciones de los esquemas urbanísticos que reubicaban ciertas instituciones, como los leprosorios, bajo el dogma de los nuevos cánones higiénicos. Estas reformas que en concordancia con una nueva idea sobre el cuerpo enfermo buscaba restarle el poder, sobre los cuerpos, a la Iglesia Católica y así darle un papel protagónico al Estado. El gobierno concentró sus acciones en el cuidado de la población a partir de aspectos biológicos de la vida: los cuerpos, las enfermedades, los nacimientos, las muertes y la distribución territorial.

Del mismo modo, en que hubo un desplazamiento institucional dándole mayor relevancia al Estado por encima de la iglesia, la secularización igualmente posicionó a la ciencia y a la medicina como la principal autoridad social para el manejo de la higiene pública. Por consiguiente, la anatomía política que buscaba disciplinar y vigilar al individuo, va a ser desplazada por la biopolítica, la cual centra su mirada en el colectivo, entendiendo que su preocupación es el bienestar de la población. El nuevo paradigma trajo consigo ideales sociales que buscaban mejorar los procesos de producción económica, regular y mejorar la captación de impuestos y los gastos del Estado. Este nuevo poder que ejerció el Estado modificó las relaciones entre él y los enfermos, entre ellos, los

leprosos, introduciendo, nuevas acciones, que impactaron la cotidianidad de estos *miserables*⁸.

Por lo tanto, los análisis que involucren el cuerpo individual y el cuerpo colectivo deben partir de las posibles relaciones de poder entre el enfermo (leproso), la sociedad y el Estado, ya que el cuerpo es un espacio constituido a partir de lógicas, representaciones e imaginarios sociales. Ocupa un espacio con base a las representaciones e imaginarios que se constituyen del mismo. Esto implica que el cuerpo es un territorio estructurante del orden social⁹ que al ser codificado y regulado muestra como las instituciones del poder agencian esa corporeidad (Forte y Pérez, 2010, p. 13).

Sin embargo, con base a la edificación del modelo del cuerpo leproso se pueden establecer comportamientos sociales anómalos que son causados por males corpóreos, es decir, leyes que rigen los patrones de conducta social frente a la lepra. Los trastornos corporales que experimentaba el

⁸ La utilización del término *miserables* no responde a la implementación de una categoría de carácter etnocéntrico, su uso, responde a mi criterio de fidelidad con las fuentes utilizadas. Fondo Lazareto, Archivo General de la Nación (Colombia), folios 67-717.

⁹ Al nivelar el cuerpo con el territorio estamos equiparando el concepto de territorio con el concepto de enfermedad para evidenciar como las instituciones del poder codifican y regulan el cuerpo. Karl Marx abrió una puerta que condujo a una habitación cuya temática central era comprender el cuerpo como un producto social, resultado, de sus condiciones de existencia y de las relaciones de producción. Pierre Bourdieu, establece otro espacio de referenciación social del cuerpo a través de la dialéctica del *campo* y *el habitus*, lugar propicio donde *el capital* establece lógicas de dominio social y cultural. Finalmente, Michael Foucault nos lleva a las condiciones de la microfísica del poder desde la *nosopolítica* y *biopolítica*. Aunque los tres muestran formas distantes de la comprensión del cuerpo en la modernidad, el mundo colonial hispánico se construyó desde lógicas medievales sacramentales donde las dinámicas del poder variaban en relación con las lógicas locales.

leproso no solo significaban una modificación humoral o una infección del alma que afectaba el organismo portador de la enfermedad, esta sintomatología le hacía un acreedor social de ciertas codificaciones que demostraban que la simbología y las interpretaciones que envuelven a las enfermedades son construcciones sociales. Los fenómenos sociales que atraviesan la objetivación del organismo, sus representaciones y proyecciones pasan necesariamente por la cultura. El cuerpo se debe entender no solamente como una realidad biológica, sino adicionalmente como construcción discursiva y representación, procesos que crean un “cuerpo semiótico”; el cuerpo, en pocas palabras, es también “una experiencia cultural construida por diferentes tipos de discursos y prácticas” (Borja, 2007, p. 233). El cuerpo se presenta como una zona de conflicto entre lo natural (como la enfermedad o la salud) y las interpretaciones, campo ideológico del universo cultural.

Max S. Hering (2008), ha explorado los conceptos de cuerpo y anomalía. Expone que el cuerpo ha representado un objeto del discurso y de la representación. Dicha discursividad ha sido constituida a lo largo del tiempo por antinomias como lo “normal” y lo “anómalo”. Los discursos oficiales le han conferido legitimidad al orden institucional. En consecuencia, por un lado, estos discursos han aportado dispositivos del saber para definir parcialmente las realidades de una sociedad mayoritaria o de una elite minoritaria y, por el otro, han delimitado y excluido así las

realidades divergentes, creando sociedades minoritarias o mayoritarias, pero estas últimas sin acceso al poder. De ahí que la norma, ya sea jurídica, cultural o estética, opera como un “eje de diferenciación” que pretende constituir referentes morales, una gramática social y un orden político al determinar la percepción en *antinomias*. Entre estas antinomias se encuentra el sano y el enfermo. Para establecer dichas anomalías es necesario el contraste para determinar las diferencias entre cada uno de los entes a contrastar.

Algo es anómalo únicamente en relación con un término de referencia que no lo es. Anomalía es entonces lo que discrepa de una regla, de una costumbre o de un uso. Pero a pesar de representar una contraposición, en muchos casos también se complementan mutuamente. Sin embargo, la dinámica entre lo anómalo y lo normal no se determina inequívocamente por presuntas descripciones objetivas sobre la diferencia, sino también por medio de las ideas sobre la diferencia que amalgaman realidad e imaginación, miedo y atracción, curiosidad y rechazo (Hering, 2008, p. 17). En pocas palabras: se considera normal todo aquello que se rige por la norma, por tanto, anómalo es todo aquello que difiere de la norma y por ende de la normalidad.

Hering (2008) continúa afirmando que el cuerpo anómalo opera por oposición a un cuerpo ideal y por eso un cuerpo es anómalo cuando abandona el espacio de la norma corpórea. Un cuerpo anómalo se constituye

en el momento en que el desorden de su propio ser, sea este observable, adjudicado, simbólico o imaginado, trastorna y cuestiona el orden establecido. Dicho orden, según la época y el espacio, puede estar determinado por la normatividad, el dogmatismo religioso, el poder científico o por los cánones estéticos. En otras palabras: los cuerpos anómalos equivalen a cuerpos que transgreden límites sociales, morales, naturales, culturales o jurídicos. En corolario, para entender el cuerpo desviado, es esencial conocer los cuerpos ideales: los que constituyen y determinan el espacio de la norma.

La premisa de la existencia de cuerpos ideales (santos) y de cuerpos anómalos (leprosos) en el escenario colonial ponen de manifiesto el valor del ejemplo como una estrategia pedagógica para imponer los valores del cristianismo. Aunque esta composición binaria de lo normal y anormal se contrapone en esencia, en este caso en particular (Borja, 2011)¹⁰, se complementan dado que con base a las representaciones e imaginarios sociales que se construyeron alrededor del leproso, no solo se edificaron mecanismos de aislamiento y manutención de los leprosos, sino también, teniendo presente el sufrimiento del cuerpo enfermo de lepra se tejieron

¹⁰ Borja establece igualmente una forma de complemento entre lo normal y anormal dado que lo primero se construye desde lo segundo a partir de los efectos de la mortificación corporal como el comportamiento ideal para imponer la disciplina de la humildad cuyo fin era crear dos modelos de cuerpo: el aislado y el mortificado.

mecanismos de asistencia social, como forma de salvación, sustentado en la atención de estos miserables.

Con lo anterior, se entiende que el cuerpo leproso gravita distintos escenarios de lo corpóreo a partir de las posibles lecturas que se traducen desde su enfermedad dentro del escenario colonial: un cuerpo anómalo, por las características de su linaje dado que dentro de la narrativa colonial los negros africanos son portadores mal el cual tiene capacidad de contagio; un cuerpo vergonzante, porque la lepra es una enfermedad causada por acciones por fuera de la ley de Dios y tipificada como consecuencia del pecado, se asume la vergüenza como parte de la condena; un cuerpo miserable, por las transformaciones grotescas que sufre el cuerpo a causa de su mal, las deformaciones corporales como parte de la síntomas que produce la enfermedad, y por último; un cuerpo sufriente, la comprensión del dolor activa la humanidad, por lo tanto, es un cuerpo que necesita y amerita el auxilio del colectivo¹¹.

Rastrear los significados del cuerpo enfermo de lepra en el escenario colonial respecto a sus representaciones, prácticas y funciones sociales posibilita analizar el problema más allá de su linealidad histórica

¹¹ Estas categorías que se desprenden del cuerpo enfermo de lepra son construidas con base a las fuentes primarias que sostiene esta investigación. Las indagaciones iniciaron en el Fondo de Enfermedades Infecciosas del Archivo General de la Nación (Colombia), posteriormente en el Archivo General de las Indias y bases documentales de Perú se encontró documentación referente al manejo hospitalario, normativa e impuestos a favor de los leprosos. Por otro lado, la iconografía religiosa medieval y textos oficiales, como las disertaciones médicas de la época frente al mal de San Lázaro o libros de la vida y obra de santos.

fundamentada en el exilio, marginalidad y olvido. Esto significa la existencia de un plus corpóreo que sirve de ejemplo y tiene significado, el cuerpo del leproso es un *cuerpo ejemplificante*.

2.3 La ritualidad: destino manifiesto y simbolismo del cuerpo leproso

Aunque el título de este apartado indique una frase que es mayoritaria e históricamente utilizada por grupos nacionalistas y racistas motivados por una falsa idea de dominio universal expresada bajo la lógica de expansión, control poblacional, territorial y económico a finales del siglo XIX y comienzos del XX. Lo cierto, sin pretender ser anacrónico, bajo el esquema hegemónico social moral macartista compuesto por oposiciones binarias tales como bueno–malo, durante el periodo medieval (europeo¹²) contraer lepra implicaba asumir un destino manifiesto. Durante siglos, en el occidente cristiano¹³, esta noción de la *enfermedad–destino* se mezclaba con la concepción religiosa del mal: la voluntad divina es dueña del destino de los hombres, Dios le envía la enfermedad por sus pecados, con motivo de su naturaleza pecadora; ella es advertencia y castigo. Inclusive, en el folclore popular latinoamericano todavía pervive la idea que ciertas enfermedades

¹² Es necesario hacer claridad sobre cómo se comprende este periodo de tiempo de la historia europea. Algunos autores europeos exponen que el periodo medieval fue simultáneo para otras regiones del mundo, lo cual no es cierto. En América y como consecuencia del proceso expansión europeo durante el siglo XVI, en dicho continente se puede observar la continuidad de algunos elementos culturales e institucionales del medioevo.

¹³ Tomando como referencia las fuentes y la bibliografía utilizada desde la Biblia hasta la novela *El amor en los tiempos del cólera* de Gabriel García Márquez (1985) esta noción de la enfermedad como castigo se encuentra presente.

se sufren como resultado de malos comportamientos: “algo tuvo que hacer”, “ahí las está pagando” o “en esta tierra todo se paga”. La relación entre las acciones y la enfermedad entendida como un castigo, involucra una idea vaga de restitución que queda sellada con el destino, conducta heredada de la tradición judeocristiana.

En este mismo sentido se pronunciaba Pascal (1654) en su texto *“Pierre pour le bon usage de la maladie”* cuando estaba enfermo:

Me haz (sic) dado la salud para serviros y yo hice un uso profano de ella. Ahora me envías la enfermedad para corregirme: no permitas que YO use de ella para irritaros por mi impaciencia. Usé mal de mi salud, y me has justamente castigado; no permitas que use mal vuestro castigo. (Citado por Herzlich y Pierret, 1988, p. 25)

Pero Pascal no sólo acepta el castigo; él lo demanda como si fuera también el remedio de su mal verdadero: el del alma. El pecador se convierte en penitente y el mal del cuerpo es mediación de la redención:

Hazme conocer bien que los males del cuerpo no son otra cosa que el castigo y la figura juntas del mal del alma. Pero Señor haz también que ellos sean el remedio haciendo me considerar, en los dolores que yo siento. El que yo no sentía en mi alma, ya que toda enfermedad está llena de úlceras. Házmelos sentir vivamente y que los que me queda de vida sea un a penitencia continua para lavar las ofensas que yo cometí. (Citado por Herzlich y Pierret, 1988, p. 26)

Es en la sumisión total a la voluntad divina que entrevé la salud. De igual forma, Pedro Josep Bravo, señala en 1761, que:

La enfermedad, que fue uno de los funestos efectos de la primera culpa, y origen, de las otras; ha querido la divina bondad, que sea también uno de los medios de repararla. El que padece, se convierte con el sufrimiento y la conformidad, en la satisfacción del numen ofendido, aquel golpe que viene como castigo de su mano y de la misma justicia de la pena, se labra la resignación. (p. 11)

En consecuencia, dentro del universo metafórico y mitológico de la Biblia se nutre el primer paradigma y estigma que tuvo que cargar el leproso en su vida: “la impureza”. En el Levítico se muestra al leproso como un ser que representa la impureza no solo del cuerpo sino también del alma. En sus líneas se sugiere que lo primero que verifica el sacerdote es la tipología de la llaga y si esta se expande sobre otras partes del cuerpo en un tiempo de 7 días, para posteriormente definir si la mencionada llaga es maligna y así dar un diagnóstico definitivo.

Dicha declaración de impureza deja de forma manifiesta cual va a ser su futuro y define de forma tajante el tratamiento social para este tipo de enfermos que va desde el destierro hasta el aislamiento total. En otros apartes de la Biblia hay referencias tales como: “la lepra de Naamán se os pegará a ti y a tu descendencia para siempre. Y cuando Ghehazí se separó de

Eliseo, estaba leproso, blanco como la nieve” (Biblia Reina-Valera 1960, 2Re 5:27) (idea de castigo) o “El rey Ozías fue leproso hasta el día en que murió, así que el rey vivió como leproso, aislado en una casa, y le prohibieron entrar en el templo del Señor, y Jotam, su hijo, se hizo cargo de la regencia y gobernó a la nación” (Biblia Reina-Valera 1960, 2Cr 26:16) (aislamiento y prohibición de ser enterrado en campo santo). Estos textos recogen tres fundamentales estigmas que tuvieron que vivir en el pasado los leprosos occidentales, ellos son: impureza, castigo y aislamiento. Mary Douglas (1973) esboza como la pureza hace parte de la ritualidad de la vida diaria dentro de la comunidad judía. De este planteamiento de pureza y la ritualidad surgen dos bloques fundamentales: temor y la contaminación con la higiene. Estas unidades conceptuales se establecen como configuraciones simbólicas que se exponen y se representan públicamente, ella considera que estos bloques funcionan en dos niveles, instrumental y expresivo. El instrumental basado en un sistema de creencias que refuerzan las presiones sociales, este se encuentra asociado al poder como forma de regulación del orden, por ende, las leyes de la naturaleza y los códigos morales se convierten en acuerdos civiles que regulan la vida de las comunidades. Por otro lado, el expresivo, nos evoca a la idea de la contaminación en la praxis social. Este sistema de creencias impone un dialogo constante entre las reivindicaciones y contra reivindicaciones de las categorías sociales, entre

ellas, la relación de la virtud con el buen vivir y el pecado con la culpa o la penalidad.

Siguiendo la propuesta metodológica de Douglas (1973), se comprende que contraer lepra imponía un destino manifiesto dado que pasaba de lo simbólico a lo real, de la palabra al hecho. La enfermedad como forma de castigo escarmentaba comportamientos, no solo aquellos que se encontraban dentro de la moral cristiana, como, por ejemplo, la práctica de relaciones sexuales en tiempos religiosos o durante el periodo menstrual, hasta la ingesta de carnes descompuestas. Contraer lepra significaba el peor de los castigos para el peor de los comportamientos que despertaba la furia celestial. Este argumento responde al paradigma representado en el modelo *cuerpo-alma-enfermedad*, existiendo un acuerdo generalizado entre los investigadores que de alguna forma se han acercado a este tipo de fenómenos de entender a la lepra dentro de este marco interpretativo. La pervivencia de este paradigma en la larga duración le imprime un tono hegemónico dado las implicaciones que este tiene con las formas del poder institucional. Aunque el modelo de comprensión de la enfermedad es hegemónico tanto dentro de Europa como por fuera de ella para el caso americano y comienza a perder vigencia en la segunda mitad del siglo XVIII, las variantes comienzan a surgir cuando se localiza el fenómeno en los

lugares donde se fundó un leprosorio¹⁴. Dentro de este tópico, solamente encontramos tres trabajos cercanos en términos temporales con esta investigación, estos son: *Los orígenes de la lepra en Costa Rica 1784-1821*, escrito por Ana Paulina Malavassi Aguilar (2001), *Entre la misericordia y el desprecio, los leprosos y hospital de San Lázaro de la ciudad de México 1789-1862*, escrito por María del Carmen Sánchez Uriarte (2015) y *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, escrito por Diana Obregón Torres (2002). Estos trabajos concuerdan que es posible hablar de sujetos leprosos solamente hasta el siglo XIX en la medida que para dicho periodo surgen reglamentos que buscan garantizar el aislamiento de los pueblos de leprosos, dichos reglamentos devuelven el carácter jurídico al sujeto enfermo dado que se restituye su condición de ciudadano de acuerdo con Sánchez Uriarte (2015) y Obregón Torres (2002), sin embargo, este trabajo pretende caracterizar al leproso como sujeto social en el periodo colonial no con base a la noción de ciudadano sino a la función social que cumplió durante el mencionado periodo. Función social, que se sostiene sobre el estigma que cargó el cuerpo enfermo de lepra.

¹⁴ La bibliografía existente que aborda el tema de los hospitales coloniales, en su mayoría siempre cuentan con un capítulo aparte dedicado exclusivamente a los leprosorios. La pervivencia del hospital como una institución fundamental en los procesos de urbanización del nuevo continente nos remiten a un sentido de continuidad o herencia de ciertos modelos medievales. Dichos trabajos solo abordan el tema desde una visión positivista rica en datos históricos; este es el caso del texto, *Los hospitales coloniales de la ciudad de Santo Domingo, tres siglos de medicina dominicana* escrito por José Luis Sáez (1996); *la historia de la medicina en Colombia*, proyecto dirigido por Emilio Quevedo (2010), *Hospitales de la Nueva España*, proyecto dirigido por Josefina Muriel (2015).

La pena que cargaba el leproso, expresada, en un mal que consumía el cuerpo como el alma, llevaba implícito el rechazo social. Por ejemplo

los *porrochos* 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 Ghehazí, criado del profeta Eliseo y el evangelio del milagro de los 10 leprosos (Bravo, 1761, p. 36).

Esta concepción de la enfermedad que se mueve entre el destino, la culpa y el castigo expone los criterios religiosos de una voluntad divina dueña del destino de los hombres, el cuerpo expuesto como materia y a su vez como la habitación donde habita el alma lleva consigo una relación implícita entre el cuerpo leproso y el alma leprosa. En este sentido las enfermedades, como advertencia y castigo, servían de mecanismo social para controlar la naturaleza pecadora de los hombres. Las lógicas que envuelven a esta enfermedad desde lo sintomatológico, lo simbólico y lo

social expresan tres niveles discursivos que a su vez se traducen en el escenario de la praxis.

Las narrativas alrededor de la enfermedad y su impacto en la vida diaria han sido monopolizadas por la Iglesia Católica, al punto de constituirse en una expresión de su poder, en la medida que “se convirtieron en una forma de atraer a la comunidad, asociándolas como una estrategia para entrar en la vida privada de las familias y convirtiéndolas en una forma de difusión de su discurso” (Espinoza, 2017, p. 96). No hay lugar a dudas que este tipo de reflexión conduce necesariamente a una relación con el poder y por lo tanto es válido preguntarse por el papel que desempeñaba el leproso como parte de una estrategia de control, es decir, no solo en su posible función social bajo la óptica del discurso religioso, si no, también, como un actor dentro del entramado social colonial.

Esta idea medieval penetró las sociedades coloniales en las ciudades novohispánicas, pero lo hizo con mayor fuerza en aquellas que se abrogaban el oficio de albergar a los leprosos en una institución como los hospitales de San Lázaro. Vivir con estas instituciones dentro del entorno urbanístico y por ende en la vida diaria de dichas comunidades, sirve de ejemplo para demostrar la continuidad de algunas estructuras culturales medievales en las colonias americanas. Le Goff (2009) plantea que al referirse a la noción de maravilloso se contemplan las denominadas herencias culturales que van más allá de la cosmovisión impuesta por el europeo, el leproso y su estigma

cuentan como “parte de una estrategia retórica y simbólica de la estructura religiosa y por lo tanto de su praxis social” (Le Goff, 2009, p. 76). Las actitudes que los individuos tienen frente a ellas, su funcionalidad y roles que tienen dentro de un sistema religioso; por lo tanto, la cultura espiritual recoge elaboraciones fijadas como imaginarios y representaciones que constituyen un capital simbólico fundado en las creencias y la fe, el que se ve reflejado en las formas de comprensión de la realidad que circulan en la comunidad (Silva, 2007, p. 8).

Por otra parte, es pertinente señalar algunos lugares comunes frente a la lepra y que ayudarían a profundizar lo anteriormente expuesto, uno de ellos es su carácter temporal y universal, los registros de la lepra no se limitan al período medieval europeo, su presencia ha sido registrada a lo largo y ancho de los pueblos que habitan el mundo, desde África, Asia, Europa y de forma mucho más tardía en América a partir de la invasión del continente durante el siglo XVI. Jane Sung Hae Kim (2012) analiza el concepto de biopolítica y su relación con las prácticas médicas de los siglos XVII y XVIII expresando que se tiene registro de la presencia de la lepra desde tiempos ancestrales pasando por la India hasta China, incluso en las regiones alrededor de los ríos Tigris y Éufrates, donde aparece referenciada en la Torá y luego, como ya se vio, en la Biblia. Le Goff y Truong (2005) en su texto *Una historia del cuerpo en la Edad Media* califican a la lepra como una de las enfermedades más endémicas que han afectado a la especie humana,

pero lo más interesante de este mal es que en todos los casos, a nivel global, el destierro se convirtió en una medida profiláctica de carácter universalista y de vieja data.

El otro lugar común y pilar de las narrativas y discursos de esta enfermedad sobre la cual existe abundante literatura (Desde los textos religiosos, los tratados de etiología durante el periodo medieval, tales como: *la plaga de la lepra* escrita por William Huntington (1810), hasta textos literarios como *Las tres lepras del obispo leproso* de Francisco Márquez de Villanueva (1990) o *Nosotros los leprosos*, escrita por Luis de Castresana (1950) es la relación de la lepra con las dimensiones cuerpo-alma involucrando de manera directa la cuestión espiritual, y es aquí, donde la lepra adquiere vital importancia desde lo simbólico y la praxis social, por lo menos para las sociedades occidentales. Es indiscutible que, para Occidente, el cristianismo se configura como un elemento central de la identidad colectiva durante el periodo medieval. Este hecho, imprimió sobre la lepra una serie de características discursivas que emanan de la experiencia vivida por el leproso; estas experiencias van desde la idea de castigo, hasta la dignidad que existe en el sufrimiento que genera su enfermedad. La cultura material cristaliza el discurso en pautas comportamentales que sirven de evidencia a las formas de legitimación del poder religioso en la colonia.

Como se argumentó en párrafos anteriores, los relatos bíblicos de la lepra elevaron al nivel de actor social al leproso, ya que, cumplen una

función discursiva que atraviesa las narrativas corporales producto de su enfermedad, dándole un valor en la escala moral y por lo tanto una función dentro del universo social occidental. Durante la Alta Edad Media, el leproso era considerado como un pecador que buscaba liberar su cuerpo y su alma de las mancillas de la lujuria, la lepra era considerada como un castigo divino producto de pecados que involucraban las relaciones sexuales. De acuerdo con Le Goff (2009), se consideraba que el leproso había sido engendrado por sus padres durante una época en la que la copulación estaba prohibida (Cuaresma, víspera de fiestas). Estos pecados de tipificación sexual y su castigo posibilitan un análisis entre las experiencias corporales como el placer y las enfermedades.

Sin embargo, Moreno (2010) plantea que de Spinoza quien consideraba el alma y el cuerpo como modos fundamentales de la sustancia divina, hasta Bacon con su tradición empirista la cual se centró sobre la recuperación de los sentidos y las sensaciones como condiciones fundamentales del conocimiento, “el cuerpo sirve de puente entre lo material, compuesto por la realidad donde el ser humano se desenvuelve y lo inmaterial, dándole forma a una especie de destino manifiesto producto de la consecuencia de sus acciones” (p. 153). Y son estas consecuencias materiales, efectos de la sintomatología de la enfermedad, sobre las cuales se construyó el estigma de castigo divino y a su vez el rechazo social que se produjo sobre el enfermo de lepra. Los pueblos sacerdotales, como el judío,

conciben cada aspecto de la vida como una manifestación divina de la voluntad de Dios, por lo tanto, la lepra, “no estaba por fuera de esta lógica, dándole un sentido de impureza a los enfermos de enfermedades imposibles de curar para la época” (Shoham-Steiner, 2017, p. 288).

Estas acciones sociales y asociaciones que se desprenden de la figura del leproso se fundamentan bajo la emoción del miedo. El miedo puede ser entendido como un sentimiento natural que se construye culturalmente o como un mecanismo de defensa de la especie humana que se experimenta de forma individual y colectiva (Gonzalbo, Staples, y Torres, 2009). En este sentido, los miedos colectivos necesariamente pasan por construcciones ideológicas, lo cual demuestra que los temores y los miedos colectivos son una consecuencia de circunstancias particulares y sociales. El miedo a su vez se constituye en una de las herramientas pedagógicas más utilizadas en el mundo occidental, la figura literaria del “coco” utilizada para asustar a los niños indisciplinados es un claro ejemplo de cómo las sociedades occidentales europeas “construyeron figuras retóricas, las cuales inspiran temor y que al mismo tiempo impulsan prácticas para sostener el orden social” (Gonzalbo, Staples, y Torres, 2009, pág. 33).

Desde los cuentos de los Hermanos Grimm, pasando por los mitos y leyendas populares de Latinoamérica, hasta la industria cinematográfica de Hollywood se replican este tipo de personajes propios de la cultura occidental que demuestran las consecuencias de las acciones o actitudes

prohibidas: la Llorona, la Madre Monte, el Hombre sin Cabeza o el Mohán, son variantes narrativas de personajes similares con el mismo rol social. Esta retórica didáctica entre el bien y el mal o entre el miedo y la tranquilidad es otra de las combinaciones binarias que tipifican el papel fundamental del leproso en este tipo de sociedades coloniales. Demostrando como las religiones judeocristianas utilizaron el miedo como “táctica para ejercer su poder, dado que funge como intermediaria de una autoridad divina que puede suspender los castigos o sancionar si se tienen prácticas por fuera de la ley” (Gonzalbo, Staples, y Torres, 2009, pág. 34), el leproso encaja en las formas y los usos de esta estrategia social.

La condena que cargaba encima el leproso encarna el santo temor a Dios, por ello, son tan prolijas las imágenes que representan la condena física y social del leproso. El simbolismo que se desprendió de este enfermo debía atacar los cinco sentidos para lograr someter al siervo a los lineamientos de la iglesia. La podredumbre en la que se consumió el leproso pasaba por su aliento, su tacto, su olor y sus secreciones físicas. Estas expulsaban y emanaban de su cuerpo las causas de su mal individual pero que tenían la capacidad de contagiar a otros seres. La realidad del leproso generaba miedo entre la población, el dolor que refleja su figura se configura como una forma de control social dado que posibilita vivenciar la furia divina y su vez, mitigar prácticas insanas como la lujuria. El simbolismo del sufrimiento que experimenta este enfermo se traduce en un miedo colectivo

en las lógicas pedagógicas de la sanción: si no quieres terminar como un leproso, acata la ley de Dios.

La influencia social del miedo en los comportamientos colectivos e individuales, que se traduce en el miedo de las mayorías, es un soporte tangible del poder. Por ello, la lepra se convirtió en un beneficio para la Iglesia Católica y las órdenes mendicantes, las cuales, en los primeros siglos de la colonización de América, tuvieron la obligación de administrar los Hospitales de San Lázaro¹⁵. Sánchez (2015) plantea que a finales del siglo XVIII, el hospital de San Lázaro de Ciudad de México se encontraba en manos de religiosos y con la incursión de las medidas borbónicas este hospital paso a ser administrado por civiles; en este mismo se pronuncia Sáez (1996) quien afirma la administración religiosa sobre el hospital de San Lázaro de Santo Domingo. Situación contraria para el caso de Lima y Cartagena. La rentabilidad de estos espacios no solo pasaba por la espiritualidad sino también por el beneficio económico, dado que les permitió acceder a algunas rentas e impuestos que debían utilizarse para la manutención de los enfermos.

Esto implicó el desarrollo de una condición binaria latente en la sociedad occidental, que también puede ser rastreada en la religiosidad barroca del periodo colonial, puesto que al mismo tiempo que se impulsaron

¹⁵ Esto se demuestra solo para el caso de los lazaretos de la Habana, Santo Domingo y Ciudad de México, de acuerdo con las fuentes consultadas.

acciones de rechazo simbólico en el leproso, se gestó un escenario de confianza en la misericordia divina que suponía hacer oraciones y arrepentimientos al momento de morir, por ejemplo: «Que Dios nos lleve confesados» o «El que peca y reza empata». De modo que la predicación de indulgencias, los actos de penitencia, la caridad, el viacrucis y las novenas pueden interpretarse, a modo de dispositivos disciplinarios o como recursos para eludir los castigos de una vida alejada de las normas morales impuestas por la Iglesia Católica.

Esta lógica del rechazo hacia el leproso cambió con la inclusión del cuerpo de Jesús y los nuevos valores que se circunscribieron en la relación social con el enfermo, tales como: salvación, perdón, sufrimiento, caridad, exclusión, cura, milagro, expiación, marginalidad y miseria, para denotar la misión profética de Jesús sobre esta comunidad de desposeídos. Esta idea de profecía, en términos de la asistencia de Jesús el cual simboliza el cuerpo social de la comunidad, posibilita el uso de la idea inicialmente expuesta del destino manifiesto. La acción del profeta en su compasión infinita sobre la vida de los leprosos, vistos estos como miserables excluidos y marginados sociales, demuestra la acción liberadora de la palabra y obra del espíritu santo a través del cuerpo de Jesús. Esta virtud del cuerpo de Jesús será asimilada por el cuerpo social como una de carácter protectora y una característica fundamental de una sociedad cristiana que hace visible el compromiso de la iglesia.

Desde los tiempos de Moisés y en consecuencia con las lógicas morales de la época, se instituyó la prohibición de convivir con los leprosos, al punto que el aislamiento del enfermo de este mal se fundamentaba como una medida para combatir el mal, la infección y el contagio; Jesús al tocar al leproso no solo violó una de las leyes judías establecidas en el Levítico, sino que imprimió nuevos valores sociales cuya acción recayeron sobre el cuerpo enfermo. Esto quiere decir que se pasó de la estructura simbólica del pecado y la contaminación, a la imposición de formas de auxilios sociales sustentados desde la piedad cristiana y el deber moral y social de cuidar a todos los miembros de una comunidad, incluyendo a los leprosos.

El leproso como personaje metafórico juega un papel fundamental en las narrativas del Antiguo y el Nuevo Testamento, acudiendo igualmente al binario del bien-mal, pecado-perdón, sucio-limpieza, rechazo-misericordia, exclusión-auxilio. Un término fundamental que imprimió la nueva ideología cristiana fue la idea de limpieza: "He aquí vino un leproso y se postró ante él, diciendo: Señor, si quieres, puedes limpiarme. Jesús extendió la mano y le tocó, diciendo: quiero; sé limpio. y al instante su lepra desapareció" (Biblia Reina-Valera, 1960, Mt 8:2-3). Más allá de la acción milagrosa cuyo objetivo principal era mostrar la misericordia de Jesús y despertar la fe en los incrédulos y aumentarla en los creyentes, la limpieza sobre el cuerpo de una enfermedad incurable es una idea poderosa en la medida que la luz vence sobre la oscuridad, el mal generado por el pecado puede ser restaurado por

el elegido, Jesús no solo es la verdad sino el camino para una mejor vida. Sin embargo, esta idea folclórica, si se quiere, de los milagros de Jesús sobre el cuerpo leproso fue altamente difundida a partir del siglo XI en Europa.

Jaime Humberto Borja (2007) expone que a partir de la Baja Edad Media la imagen más explotada fue la del cuerpo de Cristo que se hacía cuerpo social. Pero no era solo una metáfora, era una fuente de mediación y una extensión que aportaba referencias a las categorías de orientación: dentro-afuera, aquí-allá, vacío-lleño. La cultura medieval, fundamentalmente simbólica y oral, elaboró un lenguaje en el cual la gestualidad generaba sentido:

Los gestos se comportaban como representación, a un tiempo, imagen y símbolo, un lenguaje separado que articulaba un modo de pensar y de disponer anímicamente. La auto-representación del cuerpo proporcionaba códigos desde los cuales se ensamblaba el orden social, esto es el cuerpo social (Borja, 2007, p. 266).

En consecuencia, y siguiendo la ruta que propone el simbolismo barroco (como una forma de difundir el credo católico entre las gentes del común), se muestra la compasión activa que Jesús sobre los enfermos, pero en especial sobre los leprosos dada sus características y ajena a la timidez o la vergüenza o rechazo social, permite la construcción de nuevos diálogos sociales entre sanos, leprosos y el Estado que impactaron de forma directa a los desvalidos. Richard Sennet expone como las nuevas dinámicas

económicas que vivieron las ciudades medievales europeas a inicio del siglo XI, producto del nuevo impulso económico y comercial que tuvieron, estimularon nuevas lecturas sobre ese nuevo pobre (Sennet, 1997, p. 97).

La explosión comercial y agrícola no solo se reflejó en el resurgimiento de las urbes como centros económicos sino también se expresó en la arquitectura y magnificencia de las catedrales. Esta realidad, según Sennet, involucró una nueva concepción sobre el cuerpo del cristiano:

El cuerpo distinto de Cristo se transformó durante la Alta Edad Media en un cuerpo cuyo sufrimiento podía comprender las gentes corrientes y con él identificarse. La unión del sufrimiento humano con el divino cobro forma en los movimientos medievales que se fundaron en la imitación de Cristo (Sennet, 1997, p. 163-165).

Esta nueva lectura sobre el sufrimiento del prójimo renovó la experiencia cristiana dejando a un lado el dolor como elemento individual de culpa y rechazo social llevándolo hacía prácticas más colectivas.

Por lo tanto, el término de comunidad implicaba mencionar un lugar donde las personas se preocupan unas por otras, conduciendo, según Sennet (1997), a que las casas de la misericordia, los hospitales y los conventos abrieran sus puertas y amplificaran los servicios que estos lugares donde habita la moral cristiana brindaban a la comunidad. El espacio de los hospitales era un lugar donde las personas se cuidaban unas a otras en una clara imitación de Cristo buscando reconciliar el dinero de los individuos

con la moral de la comunidad. Por lo tanto, al preocuparnos por los sufrimientos de otras personas, reproducimos nuestros sentimientos religiosos hacia Jesús en la cruz. San Francisco de Asís reafirmó esa identificación con los pobres y marginados que caracterizó al cristianismo primitivo.

Si la imitación de Cristo recuperó la carne para la religión, también la convirtió en juez de la jerarquía social. Este argumento demuestra cómo la caridad como ejercicio y práctica social estableció la responsabilidad de los fuertes a cuidar a los débiles, los ricos a los pobres o los sanos a los enfermos. La institucionalidad de la caridad en las sociedades sacramentales se fundamentó en un ejercicio que iba más allá de la compasión por el dolor o sufrimiento del otro, evidentemente su carácter comunitario se vistió de nuevos atuendos. Tomas Kempis (1418) en el siglo XV publica *Imitación de Cristo*, donde aborda el tema de la caridad dado que Dios mira el corazón de los hombres más que la obra en sí misma.

La caridad como ejercicio, debe ser un acto de total desprendimiento dado que detrás de la naturaleza de las acciones se encuentra la gloria de Dios. Esta premisa marca la acción en sí misma, la caridad no puede ser un fruto que glorifique al individuo, la caridad es un acto que demuestra la bondad Dios. Por lo tanto, solo los hombres santos son dignos de este reconocimiento.

Aunque esta práctica se argumenta desde las nociones de la caridad de vestir al desnudo, darle de comer al hambriento o darle agua al sediento como lo profesa la fe y la moral cristiana. La importancia del acto misericordioso de atender a los leprosos pasaba por el valor del sufrimiento y al contexto social que lo rodeaba. Estos dos elementos constituyen en la praxis de la misericordia un punto de inflexión en la vida de cualquier cristiano. La experiencia espiritual a la cual alude la vida del santo al exponerse al contagio y no contagiarse del mal lo acerca a la vivencia sobrenatural de las obras del Mesías. Esta idea básica de servicio social desde la caridad y la misericordia implicó un modo de ser y de estar en el mundo (y en la iglesia) desde los márgenes con los excluidos e indefensos.

De igual forma introdujo dentro de ese marco de la moral cristiana la responsabilidad que los ricos tienen en el socorro de los miserables sociales. Este imperativo vincula la responsabilidad económica y social de las clases altas con las menos favorecidas, la cual fue muy estrecha durante los siglos XI al XVIII.

2.4 La lepra y la simbología religiosa

La dialéctica binaria hegemónica con la que se entendió la realidad del leproso incluyó una relación quizás antagónica pero fuertemente

asociativa dado que la una no se explica sin la otra: la vida y la muerte¹⁶. La lepra como enfermedad durante el periodo medieval y colonial, entendida como una experiencia individual, implicaba que el estar enfermo es precisamente tener esa cercanía con la muerte, una condición que representa una batalla contra el mal que ataca al cuerpo, a la luz del análisis de la documentación, la pérdida de los derechos jurídicos de las personas que se contagiaban de este mal permite afirmar que el leproso, por lo menos, en términos jurídicos, estaba muerto en vida. Pero la lepra, al ser una enfermedad degenerativa involucraba una serie de características diferentes dado que no era un mal fulminante, la lepra iba consumiendo al cuerpo poco a poco lo que en igual medida era alargar el dolor y por lo tanto el sufrimiento. “En tal sentido, la muerte para estos enfermos más que una batalla por la vida era un alivio” (Fernández, 1666, p. 330).

En páginas anteriores se ha esbozado la relación de la lepra como un castigo divino, este ideario arcaico de los males del cuerpo que hace presencia desde la literatura presocrática hasta nuestros días, expone a la salud como una moneda de cambio que servía de forma de pago de las acciones, de las personas; esto quiere decir, que, “aunque la enfermedad es una experiencia objetiva sus explicaciones y representaciones constituyen axiomas que nacen desde la subjetividad” (Pérez, 1988, p. 138). Igualmente,

¹⁶ En el texto escrito por el padre Josef Fernández (1666) sobre la vida y obra de San Pedro Claver, recoge en sus capítulos iniciales una serie de disertaciones sobre la lepra.

las explicaciones mágico-religiosas de los usos sociales de la enfermedad para el caso de la lepra, los leprosos y sus lugares de confinamiento tienen un punto de inflexión con la inclusión de nuevos valores a partir del equiparamiento del sufrimiento de Jesús de Nazaret con el dolor de los leprosos.

En este sentido, se considera que es posible entender el cuerpo del leproso dentro del ejemplo que él en sí mismo representa, bajo la óptica de entender que el cuerpo, durante el periodo colonial, sirve de mediador entre lo material y lo espiritual. En consecuencia, una de las intenciones de este trabajo es mostrar al leproso como la antítesis de las vidas ejemplares de los santos. Pedro Bravo (1761) expone que a los leprosos se les considera seres inmundos y contaminados y la expiación la realizaban los sacerdotes siguiendo la costumbre de los primeros tiempos en que se segregaban a los leprosos de los demás fieles y no se admitían a orar, según las disposiciones del Concilio Lugdunense. Esta percepción implicaba el conocimiento de las prácticas de aislamiento para estos tipos de enfermos, por lo tanto, la pregunta se reviste de un valor mayor. ¿Por qué los leprosos que fueron encerrados en los hospitales de San Lázaro de Lima y Cartagena durante el periodo colonial no fueron confinados en lugares de exilio lejos de las urbes?

La iconografía medieval y colonial recoge, de forma acertada, este debate entre el bien y el mal, y el cuerpo como espacio de confrontación de esta batalla. En la representación de San Lázaro, que se arrastra desde la

Edad Media, cuya fuente documental aparece registrada en el evangelio de San Juan, acompañado de dos perros los cuales lamen sus llagas y su nombre es el origen del término lazareto, en el sentido de Hospicio de Leprosos. Los perros juegan un papel determinante en esta iconografía dado que representan la lealtad, son el ejemplo de un corazón noble desprovisto de maldad y siempre estarán acompañando a su amo hasta el fin de sus días.

En otras imágenes, el cuerpo enfermo de lepra se encuentra en el centro de la imagen en forma de puente que sirve de escenario entre la disputa del bien y el mal. Con base en el dualismo agustiniano, el cuerpo como materialidad impura y cárcel del alma, concibe la idea de que el cuerpo era el lugar originario del orden, “cuya extensión lo convertía en un espacio en donde se integraban todos los valores, un microcosmos en el cual se reflejaban modelos del mundo como estructuras sociales” (Borja, 2007, p. 270) por lo tanto, la lepra corporal no solo es símbolo de podredumbre sino también de desorden o caos. En la parte inferior, demonios y duendes se regodean de la desgracia ajena, disfrutan al ver la condena que sufre el sujeto, el cuerpo se encuentra semidesnudo sosteniendo una especie de campana o sonajero que debían cargar los leprosos cuando deambulaban por los caminos anunciando el riesgo que corrían otros viajeros si continuaban su marcha rumbo al encuentro con el enfermo. Este anuncio obligaba a los viajeros a salir del camino, alejarse y esperar que el leproso pasara para que los demás pudieran retomar su viaje. La desnudez en este

tipo de representación cumple la función de mostrar como el mal de la lepra cunde el cuerpo completo, apoderándose no solo de las partes blandas como la nariz o las orejas, sino que se esparce por todas partes desde la cabeza, los brazos, el torso y las piernas.

En algunas representaciones, se encuentran perros que lamen sus llagas en señal de cura o milagro en representación de San Lázaro como forma de disputa por la recuperación o la condena no solo del cuerpo sino también de alma. Los extremos representan en juego binario entre lo moral-la sanación y lo amoral-el castigo atravesado por un territorio frontera generalmente simbolizado por el color verde, donde las hojas y las ramas que representan el bosque, entendido como el afuera, como el desorden, como el espacio prohibido donde habitan seres mágicos dado que lo legal habita en la *civitatis*. Este concepto de otredad, visto desde la idea del salvaje como un auto retrato es ampliamente trabajado por Roger Bartra (1992) quien expone con base al mito del salvaje como se construye esa idea del otro. Ese otro que ubicado en el afuera. Este elemento hace presencia en la iconografía del leproso la cual alimentó narrativas de contagio basados en el linaje del pueblo judío.

Langdon Esther y Wiik Flavio (2010) exponen que, el cuerpo es una experiencia cultural dado que estandariza a los individuos y esta es compartida, la idea de cuerpos virtuosos y cuerpos vergonzantes que cargan estigmas alimentados por la maquinaria religiosa normaliza las conductas

sociales. Borja (2007) expone que, las transformaciones sociales, políticas y religiosas de los siglos XVI y XVII alteraron la forma como el cuerpo se relacionaba con la mística. Un campo narrativo donde se reflejó este cambio fue en las hagiografías barrocas, en las cuales la corporeidad enriqueció la espiritualidad: trances, enfermedades y mortificaciones aparecieron en la escena de manera distinta a como eran tratadas en las hagiografías medievales. En el espacio colonial neogranadino, las narraciones de aquellos sujetos que habían muerto en fama de santidad, las vidas ejemplares, recogieron esta nueva experiencia de cuerpo. Aunque la centralidad de los trabajos de Jaime Humberto Borja se enfoque en la representación de la vida ejemplar de los santos coloniales y esta investigación retoma parte de su propuesta teórica, donde buscamos debatir sobre los paradigmas de las representaciones sociales del mundo colonial y sus posibles estrategias discursivas. Consideramos que una de las formas de explicar la virtud de la vida de los Santos Coloniales era colocándolo en contrastes con cuerpos vergonzosos, entre ellos, el de los leprosos. Y aunque la funcionalidad de los santos varía según las necesidades del contexto como más adelante abordaremos, el carácter del encierro (elemento característico de la vida del leproso colonial) implicó otra forma de condena distinta al sujeto preso en las cárceles de la época colonial, teatralidades desiguales para culpas disímiles.

Continuando con la línea de exposición de Borja, las narraciones de las vidas ejemplares se comportan como teatros donde actúan cuerpos. Como estos textos estaban dirigidos a un público laico al que se le ofrecían estas vidas para su imitación, “no se ensamblaban los textos desde reflexiones morales o teológicas, sino a partir de conjuntos de *exempla*, ejemplificaciones sobre cuerpos situados, a partir de los cuales se desprendía la reflexión teológica y moral” (2007, p. 262). El cuerpo era una obsesión, ya sea del cuerpo fragmentado (la reliquia), del cuerpo oloroso (la muerte), del cuerpo humillado (la mortificación), del cuerpo paciente (el otro). Las hagiografías eran relatos de cuerpos, pues, para la espiritualidad barroca, además, estos se comportaban como un espacio teatral, tenían un aparato escénico y un lugar de representación. La teatralidad del cuerpo como objeto místico se mantenía reservada en un espacio de lo privado, pero el discurso hagiográfico también tenía como objeto “trasladar la experiencia de la santidad a lo cotidiano, ser leída para ser imitada” (Borja, 2007, p. 263). Como objetos de imitación, construían a los sujetos dóciles que formaban el cuerpo místico, el cuerpo social. La espiritualización del cuerpo sugería modos de domesticar lo que por naturaleza era frágil y susceptible de corrupción.

La teatralidad sacramental sobre la cual se estructuraron las relaciones sociales durante el periodo colonial muestra la necesidad de ubicar valores morales sobre los cuerpos, la vida de los santos son un claro

ejemplo de ello. Pero el bien carece de sentido sin el mal. El leproso, su simbología y el lugar que ocupa dentro del entorno colonial le confiere un rol que justifica y da respuesta al porqué, estos lugares de la misericordia se encontraban en las inmediaciones de las ciudades. Sobre esta línea de análisis Borja (2007) esboza el carácter que adquiere el castigo público a los reos en el Nuevo Reino de Granada, esta justicia civil se ejecutaba públicamente bajo la orden del Tribunal de la Inquisición en Cartagena. Toda esta ceremonia pública tenía como fin exhibir la vergüenza del reo al público que funge como cuerpo social, esta exposición también posee un carácter pedagógico que atraviesa la mirada de los testigos del evento, aprender del ejemplo.

Este ritual de castigo público impone un sentido y función sobre la vida del santo virtuoso para el cuerpo social: encarnar en su cuerpo, físicamente, el sufrimiento de la sociedad, autoinfligirse dolor para que el otro se salvara. Esta relación que propone Borja¹⁷, entre dos cuerpos –el virtuoso y el vicioso- evidencian el sentido que tienen las vidas ejemplares neogranadinas como cuerpos teatrales. Las connotaciones sociales de esta teatralidad revisten al cuerpo leproso de una función social con base al sentido de su cuerpo: pecado, sufrimiento y castigo, pero también,

¹⁷ La religiosidad en la Colonia y sus formas de expresión sobre los cuerpos santos virtuosos son el campo de estudio del historiador Jaime Humberto Borja, quien ha publicado distintos artículos entre los cuales se resaltan: *Cuerpos barrocos y vidas ejemplares: la teatralidad de la autobiografía* (2002), *Cuerpo y mortificación en la hagiografía colonial neogranadina* (2007) y *Pintura y cultura barroca en la Nueva Granada* (2014).

redención, caridad y utilitarismo. Sin embargo, en comparación con enaltecer la vida de un santo y su relación con el cuerpo social, la lepra volvió anónimas a las gentes que sufrieron esta enfermedad. Por lo tanto, el cuerpo leproso adquiere un carácter plural dado que su significante no solo recae en la culpa de su mal, sino también lo ubica en el lugar en donde debe cumplir su condena y en donde debe vivir con sus semejantes, los hospitales de San Lázaro. En consecuencia y con base en lo anterior, la ritualidad del leproso se enfoca en su penitencia y calvario; sentir como su cuerpo poseído por el mal se consume condenándolo al designio divino. Se puede afirmar, que esta ritualidad le devuelve un poco de dignidad al enfermo de lepra quién asume su muerte como la graduación a su acto de paciencia.

Estos espacios de la misericordia entendidos como hospitales fueron cobijados por la piedad de algunos santos o figuras representativas desde Jesús de Nazaret pasando por San Francisco de Asís y San Pedro Claver.

Figura 1

Curación de leprosos. Autor desconocido. s.f.



En este mismo sentido los trabajos hagiográficos sobre la vida de San Francisco de Asís (3 de octubre 1226 fecha de su muerte) que apuntan a su relación con los leprosos como el texto *San Francisco de Asís: Hospedar al leproso, encontrar la salvación*, escrito por Michel P. Moore (2020) expone argumentos interesantes que demuestran la fuerza semiótica y metafórica del leproso dentro de la narrativa del discurso católico. El leproso es el camino a la salvación dado que él encarna el sufrimiento de Jesús en la cruz. Una de las imágenes que mayor reproducción tiene es la asistencia de Francisco de Asís a los enfermos de este mal donde el sufrimiento del

leproso es solo equiparable al sufrimiento de Jesús en la cruz, mitigar su miseria es un camino directo para la salvación. Desde esta atmósfera vital de pecado, Francisco no “ve” bien: “pues, como estaba en pecados, me parecía extremadamente amargo ver a leprosos”. En un primer nivel de lectura el rechazo a los leprosos sería la actitud común a la mayoría de sus contemporáneos, dado que la enfermedad era considerada como un castigo divino, amén de ser sumamente contagiosa. Por eso, los leprosos eran excluidos física, moral y jurídicamente de la sociedad, al punto de ser considerados “muertos en vida”.

En consecuencia, el añadido “pues estaba en pecados” abre a un segundo nivel de interpretación: esa situación espiritual puede interpretarse como una causal. Esto es: *porque* estaba nublado por el pecado y no pedía ver en verdad/profundidad. Descubrir lo humano (y divino) en esa situación de deshumanización será luego de practicar con ellos la misericordia que podrá sentir y juzgar distinto, cambiar de parecer: “lo que me parecía amargo, se me convirtió en dulzura”. Se podría decir que esa praxis le permitió superar su anterior mirada superflua, porque, como afirmará en una de sus admoniciones: “Donde hay misericordia y discreción, allí no hay superfluidad ni endurecimiento” (Moore, 2020, p. 8). Este ideario de sufrimiento que experimentaba el leproso como imagen viva del crucificado le imprime un valor mayor a la praxis de la misericordia.

Según los biógrafos de Francisco de Asís, convivir con los leprosos para servirlos, fue uno de los momentos más decisivos de su vida (Merlo, 2005). Significó un cambio de óptica y comportamiento con el cual Francisco abandona tajantemente las lógicas y corrientes de su tiempo. Romper la lógica del rechazo por la misericordia encarnaba una transformación que iba más allá de la espiritual, dado que se trataba de un cambio de estado social al ubicarse del lado de los invisibilizados (no persona). “La misericordia fue la ruta para acercarse a los designios de Dios, este elemento es importante ya que muestra el trasegar de una vida bajo el pecado al camino de la penitencia” (Lavilla, 1997, p. 267).

Figura 2

San Salvador de Horta con el leproso. Autor anónimo. S.f. Templo de San Francisco de Asís, Chiapas - México.



Fuente: <https://www.flickr.com/photos/tachidin/13494974684>

Figura 3

Curación del leproso. Autor anónimo. S.f. Iglesia Maras. Cuzco-Perú



Fuente: Archivo personal

Para el caso de las colonias americanas, encontramos dos pinturas ubicadas en iglesias coloniales las cuales nos conectan de forma directa no solo con la iconografía medieval alrededor del leproso, sino también, con las funciones narrativas del enfermo de lepra dentro del discurso religioso. Aunque en estas imágenes no mencionen los santos coloniales como San Martín de Porras, impone una imagen de Jesucristo curando aun enfermo de lepra, lo interesante de esta pintura es que fue realizada en Cuzco durante el periodo colonial. De igual forma, la pintura de San Salvador de Horta, perteneciente a la orden de los Franciscanos ubicada en la ciudad de Chiapas (México) hace eco de los de las enseñanzas de Francisco de Asís.

Por su parte, Sennet (1997) plantea que la crucifixión cada vez más y con un realismo cada vez mayor. Este movimiento de identificación apasionada con el sufrimiento físico de Cristo recibió el nombre de “Imitación de Cristo” precisamente porque los padecimientos de Cristo parecían imitados por el sufrimiento del cuerpo humano. No era una expresión casual. La imagen de la imitación se oponía directamente a la convicción de los orígenes del cuerpo de Cristo distinto al nuestro. San Francisco de Asís dijo a sus feligreses que sí pensaban en su experiencia cotidiana, en sus propias sensaciones, en el mundo que los rodea, se darían cuenta de que es Dios. Teológicamente, San Francisco recuperó la naturaleza para el cristianismo: Dios está en el mundo, Dios es carne al tiempo que luz. Al preocuparse por el sufrimiento de otras personas, se reproducen

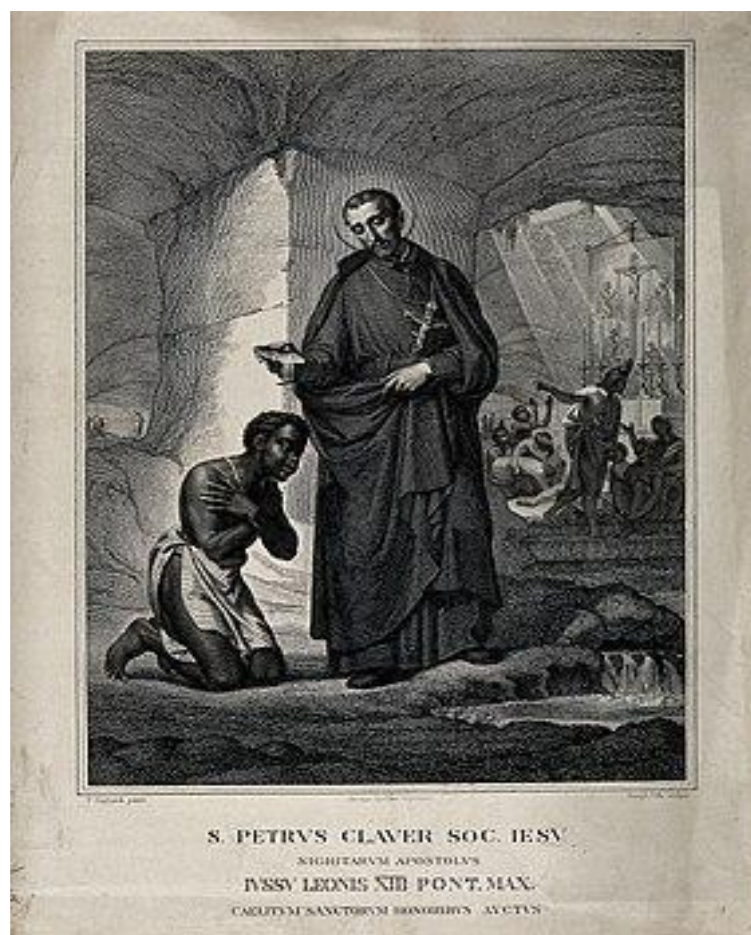
sentimientos religiosos hacía Jesús en la cruz: San Francisco reafirmó esta identificación con los pobres y los marginados que caracterizó al cristianismo primitivo.

Sociológicamente provocó una explosión. Enseñó que en los cuerpos se tiene la medida ética para juzgar las reglas, derechos y privilegios de la sociedad: cuanto más dolor causan, más saben los cuerpos que son injustos. Además, “este punto de vista religioso hacía que contrastara el vínculo entre quienes se preocupan por los demás con las estructuras sociales como los tratos comerciales, donde el amor por los demás puede estar ausente por completo” (Sennet, 1997. p. 174).

Este entramado que significó el valor del cuerpo enfermo de lepra visto desde la óptica del pecado y posteriormente desde la compasión y el valor del sufrimiento y su lugar en la ciudad colonial implicó un mayor esfuerzo en el análisis de las relaciones sociales coloniales que necesariamente debe ir más allá del límite de la marginalidad como espacio teórico de explicación. Las narrativas religiosas que envuelven al leproso para el caso de Cartagena y Lima muestran una serie de matices interesantes como la particularidad de la existencia de santos para estas ciudades coloniales, para el caso de Cartagena de Indias San Pedro Claver y para Lima Santa Rosa, culto mariano y culto al sufrimiento y las vivencias de Cristo ponen de fondo la necesidad de *cuidar al otro*, ya sea desde una visión maternal como María o paternal como Cristo.

Figura 4

San Pedro Claver. Autor Pietro Gagliardi. S.f.



Fuente: <https://wellcomecollection.org/works/hp2uhgu3/items>

Las biografías numerosas de San Pedro Claver lo describen particularmente como “El santo de los esclavos”, esta realidad responde no solo a la importancia de su praxis como evangelizador de estas gentes sino también lo ubican de manera directa con el lugar en donde sus acciones

fueron desarrolladas, la Cartagena de Indias del siglo XVII, uno de los principales puertos de negreros del Caribe. Sin embargo, hay un elemento particular que llama curiosamente la atención, tanto San Francisco de Asís como San Pedro Claver fijaron su atención en la praxis de la misericordia sobre poblaciones consideradas como no humanos, este llamado particular para construir el camino de la penitencia muestra cierto paralelo entre las consideraciones sociales del leproso en la Baja Edad Media y las gentes negras secuestradas de África en el contexto colonial de los siglos XVI al XVIII en lo que se conoce hoy en día como la trata negrera.

Aunque los contextos sociales entre San Francisco de Asís y San Pedro Claver son distintos, es posible establecer continuidades desde las herencias medievales que se establecieron en los territorios conquistados, en particular, las razones ideológicas que motivaron su caridad y misericordia sobre los seres más marginales de la sociedad colonial: los esclavos africanos y los leprosos. Aunque la misericordia fue entendida como un designio de Dios y la caridad como una ruta para la salvación, la figura de Claver juega un papel político determinante en la sociedad cartagenera. Por un lado, están sus acciones enmarcadas dentro del espectro del servicio y la entrega al prójimo y, por otro lado, sus acusaciones contra las prácticas culturales africanas en donde en algunos casos servía de testigo ante el Santo Oficio de la Inquisición.

Las acciones evangelizadoras de San Pedro Claver sobre la población africana esclavizada sirvieron para transformar, a los ojos de las autoridades europeas y su imaginario, prácticas que eran vistas como maléficas e iban en contra de las buenas costumbres (Vargas, 2006). Otra de las variables desde las cuales se analiza la vida y obra del santo, fue su papel como figura pública que posibilitó la unión de españoles y portugueses en función de apaciguar los intentos de huida de los esclavos, el cual, en Cartagena de Indias tuvo un referente particular, Benkos Biohó. Según Paola Vargas Arana (2006) Claver sirvió para generar objetivos comunes entre los sectores europeos rivales en el puerto.

El cimarronaje fue uno de los problemas fundamentales que experimentó el puerto de Cartagena de Indias, la rebelión esclava iniciada por Benkos Biohó que desembocó en un proceso de paz que terminó con el reconocimiento legal de los pueblos cimarrones en algunos territorios de la costa caribe colombiana. En tal sentido, el accionar evangelizador del Padre Claver hizo parte de la estrategia de los comerciantes negreros no solo para curar a los africanos que llegaban enfermos después del encierro en las mazmorras de los barcos que cruzaban el Océano Atlántico, sino también en función de extinguir sus prácticas culturales en un proceso de inducción que buscaba domesticarlos para evitar procesos de huida o escape como el cimarronaje. Aunque no existe evidencia que demuestre disputas dialécticas entre Biohó y Claver, el cimarrón fue colgado y desmembrado en 1619,

periodo en el cual Claver ya se encontraba desarrollando su labor en el Puerto.

Vargas (2006) plantea que la devoción de Claver estaba regida por los Ejercicios Espirituales. Publicada en 1548, esta es la obra más importante de Ignacio de Loyola. Los Ejercicios no son un tratado de teología, sino un manual de instrucciones para el crecimiento espiritual del cristiano. Se trata de una manera de conducir la oración en cuatro etapas hacia el misterio de Cristo. El método propone el control paulatino de los sentidos, los sentimientos y los pensamientos, con el fin de cultivar una vida espiritual modelada por la figura de Cristo. Consiste, por ejemplo, en fijar la mirada en una imagen de la crucifixión hasta lograr la visualización de este episodio en la conciencia interior. Luego de visualizar el episodio, el devoto debe relacionar su obrar con el sacrificio de Cristo. Bajo este criterio los habitantes del Hospital de San Lázaro de Cartagena, entre ellos la mayoría leprosos, cuadraban bajo este ejercicio espiritual que llevó San Pedro Claver.

Por otra parte, los Ejercicios Espirituales conservaron el principio medieval por el cual el devoto debía ser un imitador de Cristo. Este razonamiento provenía del libro *Imitatio Christi* escrito por Thomas de Kempis y publicado por primera vez en 1418. Allí el autor reflexiona sobre la humanidad de Cristo y concluye que su mayor virtud consistió en el sacrificio por el otro. La crucifixión sería la más grande expresión de ese principio. La vida de los cristianos debía asemejar esa virtud y repetir

sufrimientos y renunciaciones. La idea estimuló en el clero y la feligresía una vida conducida por el ascetismo y el martirio, opuesta al placer y a cualquier estímulo sensorial que condujera al goce. En cuanto al ascetismo sensorial, Manuel González, coadjutor de la Compañía, afirmó que Claver:

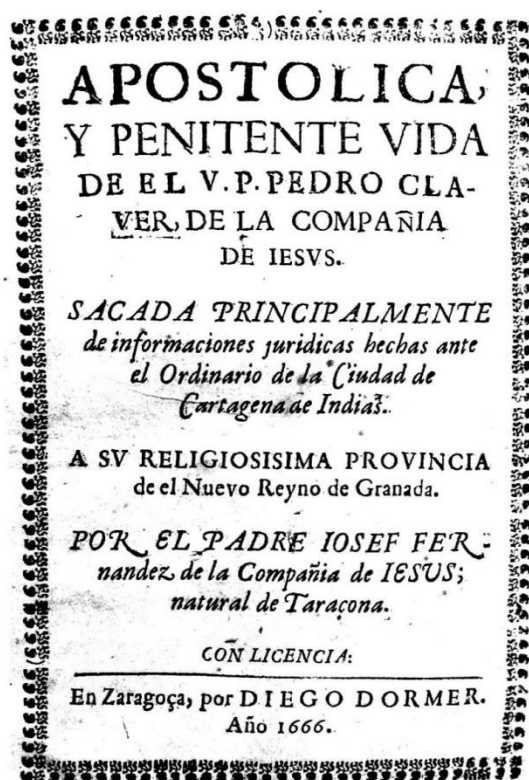
Era tan modesto y se mortificaba tanto en el oído, que este testigo no lo vio dedicarse nunca a la música ni a los discursos o historias vanas. Y cuando a veces los escuchaba por necesidad, no se divertía con ellos, más levantaba su espíritu a Dios y aplicaba todos sus sentidos a la contemplación de las cosas celestiales, permaneciendo como extraño y con los ojos cerrados. Y aunque no era sordo, mantenía de ordinario los oídos tapados con algodón para no escuchar ni sentir ninguna cosa mundana (Vargas, 2006, p. 47).

La variante de las herencias medievales vista desde los imaginarios religiosos y sus prácticas sociales se posiciona como una constante en el análisis de este fenómeno social. El corpus ideológico del catolicismo impregnó todos los escenarios sociales de estas sociedades sacramentales. En tal medida, los santos jugaron un rol determinante en el posicionamiento de ciertas urbes y en especial las ciudades-puerto como La Habana, Cartagena o Lima, este valor mitológico que adquieren las poblaciones a través de la existencia de santos cuyas obras cumplían una función dentro de las necesidades locales pero que a su vez posicionaba una legitimidad celestial sobre otras urbes, imprimió una nueva relación en el valor social del leproso. La existencia de lugares de la misericordia como los hospitales

y en especial el Hospital de San Lázaro en el paisaje social sirvió como justificación de la acción divina celestial y como prueba irrefutable de la misericordia real. Mitigar la miseria y el sufrimiento de los leprosos bajo los cánones religiosos de la época lo acercaban al sufrimiento de Jesús en la cruz.

Figura 5

Facsímil de la portada de la Apostólica y penitente vida de el (sic) V.P. Pedro Claver, de la compañía de Iesus. 1666



Fuente

https://www.europeana.eu/en/item/9200110/BibliographicResource_1000126561094

Michel de Certeau (1999) plantea que los hombres forjados como prototipos ejemplares “se sitúan en una intersección entre la evolución de

la comunidad particular donde se elaboran (aspecto diacrónico) y la coyuntura sociocultural que esta evolución atraviesa (aspecto sincrónico)” (p. 265). Los textos que abordan la vida de los santos y para este caso en particular la vida y obra de San Pedro Claver se constituyen en sí mismos en ventanas al pasado dado que facilitan la lectura de las características particulares de esa sociedad. Bajo este sentido, la vida de un santo se inscribe dentro de la vida misma del grupo, iglesia o comunidad; supone a un grupo ya existente, pero representa la conciencia que este tiene de sí mismo al asociar una figura a un lugar. La representación simbólica de un santo es en sí mismo un fin último u objetivo social el cual todos deben perseguir.

En consecuencia y tomando como punto de análisis la premisa anteriormente expuesta desde la propuesta teórica de De Certeau, El padre Josef Fernández en su texto *la Apostólica (sic) y penitente vida de el (sic) V.P. Pedro Claver de la compañía de Jesús*, impreso en Zaragoza en el año de 1666, expone que la lepra es un padecimiento similar al Fuego de San Antonio o Fuego de San Antón, enfermedad ubicada en el espectro de ergotismo (malestar que se produce por la ingesta de alimentos en descomposición o contaminados con micotoxinas), esta enfermedad produce necrosis de los tejidos y la aparición de gangrena en las extremidades del cuerpo. Durante la Edad Media este tipo de intoxicación era tan frecuente que se crearon los hospitales de San Antonio, este ergotismo gangrenoso también se producía

por el consumo prolongado de pan de centeno contaminado por el hongo *cornezuelo*¹⁸.

La narrativa que expone el padre Josef Fernández en su texto es muy cercana sobre algunos elementos propios de la vida y obra de Jesús de Nazaret: expuesto a injurias y calumnias, se entrega al desvalido, limpiaba y besaba las llagas de los cuerpos de los enfermos de lepra porque de esta forma curaba también las llagas del alma (esta acción es característica en la iconografía de San Lázaro), los bañaba y vestía, los curaba, pedía limosnas para los leprosos, los confesaba y suministraba los sacramentos, construyó el antiguo hospital así como el pabellón de los enfermos más graves por la enfermedad, los que según el relato causaban mayor asco por el estado de sus rostros y sus cuerpos consumidos por el mal, los sentaba en su regazo y les permitía que la hablaran al oído dado que su mal afectaba la voz. La adopción de la praxis de Cristo en la vida de un hombre es la legitimación cultural del cristianismo, esta premisa responde a los lineamientos principales del concilio de Trento.

En este sentido, María Piedad Quevedo (2005) esboza que, la hagiografía sirvió a los intereses de los colonizadores, pues construyó y legitimó el modelo de vida cristiana que, como era de esperarse, debía ser asumido por los integrantes de la naciente sociedad neogranadina. Con base

¹⁸ Esta enfermedad se aliviaba mejorando los procesos alimenticios y curando las llagas que se generaban en el cuerpo.

a la vida y obra de cuerpos místicos como el de los santos, se instituyó la vigilancia y el control sobre los cuerpos durante el periodo colonial. En consecuencia, la exaltación de la praxis cristiana realizada por Pedro Claver sobre los enfermos de lepra se enmarcó sobre ideales medievales matizados desde la óptica de la caridad y la misericordia¹⁹ pero que en el fondo escondían acciones mucho más concretas que se enfocaban en ejercer un control social. La hagiografía, en términos de Quevedo:

reunía no solo un buen número de expresiones de la mística –y era en sí misma una expresión- si no que exponía el ideal de la perfección cristiana que debía ser adoptado por todos los integrantes de la naciente sociedad, permitiendo que el cuerpo fuese aprisionado en la escritura y moviendo a que fuese igualmente aprisionado en la vida diaria (Quevedo, 2005, p.71).

Por lo tanto, sí se asume el postulado de Le Breton (2002) donde el cuerpo es generador de significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva, es posible adjudicarse el ideal, asimismo, en que se expande una idea de comportamiento sobre el colectivo social con base a los cuerpos místicos, los cuerpos malignos cumplen la misma función social con base en los significados éticos de sus malos comportamientos y pecados. Para que el bien tenga sentido social o cumpla con su significado,

¹⁹ La praxis cristiana se instituye sobre la vida y obra de Jesús de Nazaret, pero podemos construir una linealidad y paralelo entre Francisco de Asís y Pedro Claver.

es necesaria la contraparte, no solo del discurso sino también de los cuerpos que los representan. La existencia de los cuerpos malignos en el escenario colonial, objetiviza y sintetiza las posibles condenas que el hombre puede experimentar a causa de sus pecados o acciones por fuera de la moral cristiana.

No obstante, otro elemento que sobresale dentro del universo narrativo propuesto es el adjetivo que se usa para referirse a los leprosos: Hereje-Enfermo esta denominación va más allá del simplismo, marca una distancia entre las enfermedades que afectaban el alma y las que solo afectaban el cuerpo. El valor social que algunas enfermedades tenían y su capacidad de infectar no solo el cuerpo sino también el alma, en tal sentido, se debe trazar un paralelo entre lo individual y el colectivo. La herejía era entendida como el peor de los pecados ya que atentaba contra las enseñanzas y el orden establecido por Dios. La lepra se encontraba enmarcada también dentro del espectro de las enfermedades del alma, por su carga simbólica y su relación directa con el marco de la ética cristiana medieval.

Las enfermedades o pecados que tenían la capacidad de expandir su mal sobre el cuerpo social (colectivo) estaban marcadas con ese adjetivo particular. La paradoja narrativa, discursiva e iconográfica que constituyeron las formas de transmisión de ideales cristianos a través de la figura del leproso, en sí mismos establecen una contradicción o dicho en

términos literarios un oxímoron. El cuerpo del leproso no es solo la lucha entre el bien y el mal, la misericordia o el olvido, la aceptación o la marginalidad, la indiferencia o la caridad, sino también es la condena y la resurrección, el pecado y a su vez la salvación, la rendición bajo el sufrimiento o la redención bajo la aceptación de la culpa y el destino.

La complejidad de este fenómeno visto desde la dialéctica hegeliana le da sentido a la existencia del leproso, en la medida de la comparación con la contraparte que se hace necesaria para darle sentido a la existencia misma del santo. La comparación posibilita establecer criterios de valor que definen su funcionalidad en términos sociales y por lo tanto culturales, con esto no se quiere decir que el leproso es un valor unitario que define la maldad en términos culturales similares al demonio o el diablo. Es la historia de vida del leproso resumida en el pecado lo que le causó su mal, esto permite establecer las comparaciones entre las virtudes cristianas que tienen que demostrar estos cuerpos místicos y el mal que vive a través del leproso. El Hospital de San Lázaro en el afuera y la Catedral en el adentro enmarcan dos escenarios que encontraron lugar en el imaginario colonial sobre la distribución de los espacios en los cuales se construyeron las nuevas urbes hispánicas. El drama que suscitó vivir en medio de las culpas clarifica una sociedad colonial matizada con la idea grecorromana del sufrimiento y de la idealización de la salvación.

3. La lepra y sus formas de organización urbana en la América colonial española

Es evidente que en la fundación de Cartagena de Indias y Lima se encuentran lugares comunes que permitieron la migración a formas de interacción social entre sanos y leprosos durante el periodo colonial²⁰ y así, con base en la información de fuentes primarias y secundarias se han determinado espacios de inclusión y exclusión de los lazarinos para construir una geografía de la misericordia.

3.1 Lima, la ciudad de los reyes

Lima fue organizada por los conquistadores bajo las disposiciones urbanísticas del damero, las cuales habían sido ya utilizadas en Inglaterra y Gales durante el siglo X y difundidas por los españoles en el "nuevo mundo"

²⁰ La complejidad de los procesos sociales y su materialización en las prácticas de la vida cotidiana de estas urbes no es el objeto de esta investigación. Por lo tanto, este apartado se enfoca en mostrar como la organización de la ciudad debe responder a la existencia de un lugar que habitan enfermos de un mal tipificado como el más terrible, portador, de una alta estigmatización social que implico la implementación de algunos dispositivos sociales.

durante el siglo XVI. Las disposiciones del damero consistían en trazar la ciudad como un tablero de ajedrez, donde los lotes o "cuadras" – exactamente cuadradas y encontradas en ángulos de 90 grados–, se distribuían alrededor de una plaza central llamada la Plaza Mayor que era el núcleo de la ciudad colonial y concentraba los edificios que simbolizaban el nuevo poder: la Iglesia, el Palacio de Gobierno, y el Ayuntamiento. El tablero original de Lima preveía que la ciudad tendría 117 cuadras y una extensión de 215 hectáreas, (extensión sólo comparable con la ciudad de México [1530] y el trazado inicial de Buenos Aires [1536]). La plaza, ubicada adyacente al río Rímac, cumplía múltiples funciones: mercado principal, espacio público para las festividades cívicas y religiosas, y punto de concentración militar en tiempos de guerra. En su perímetro se ubicaban las calles principales donde, a manera de privilegio, residían los habitantes más ricos y poderosos de la ciudad (primeros conquistadores, jerarquía eclesiástica y altos burócratas coloniales).

En estas calles, como es fácil suponer, se construyeron las casas privadas y los edificios públicos más grandes y de mejor calidad. La distribución de los lotes del damero en términos generales estaba definida por una consistente correlación entre el estatus social del individuo y la distancia física de su residencia a la plaza central. Es decir, mientras más lejos de la plaza es la distancia, más bajo es el estatus social. Con este principio, los lotes alejados de la Plaza Mayor, pero aún al interior del

damero, fueron asignados a funcionarios de mediana categoría y a las numerosas órdenes religiosas que acompañaban el proceso de conquista. “Las casas, edificios públicos, iglesias y conventos que se construyeron en estos lotes fueron más pequeños y modestos que las construcciones ubicadas alrededor de la Plaza Mayor” (Panfichi y Portocarrero, 2004).

En efecto, las autoridades coloniales consideraron que indios y miembros de otras castas "inferiores" estaban residiendo por toda la ciudad y ocupando lotes previstos para edificios públicos y vecinos notables, cuando el lugar "natural" de estas personas debería estar fuera del perímetro de la ciudad-tablero. Con tal motivo, se alentó la formación de dos núcleos residenciales para las llamadas castas populares: el Pueblo de Indios del Cercado (1571) y el Arrabal de San Lázaro (1563). Ambos núcleos, en las décadas siguientes, tendrían un papel importante en el primer ciclo de expansión de la ciudad fuera de los límites originales del damero. Crecimiento de la ciudad que, como se verá en la siguiente sección, “constituyó un proceso de urbanización de naturaleza distinta al que dio lugar a la fundación de la ciudad” (Panfichi y Portocarrero, 2004, p.18)

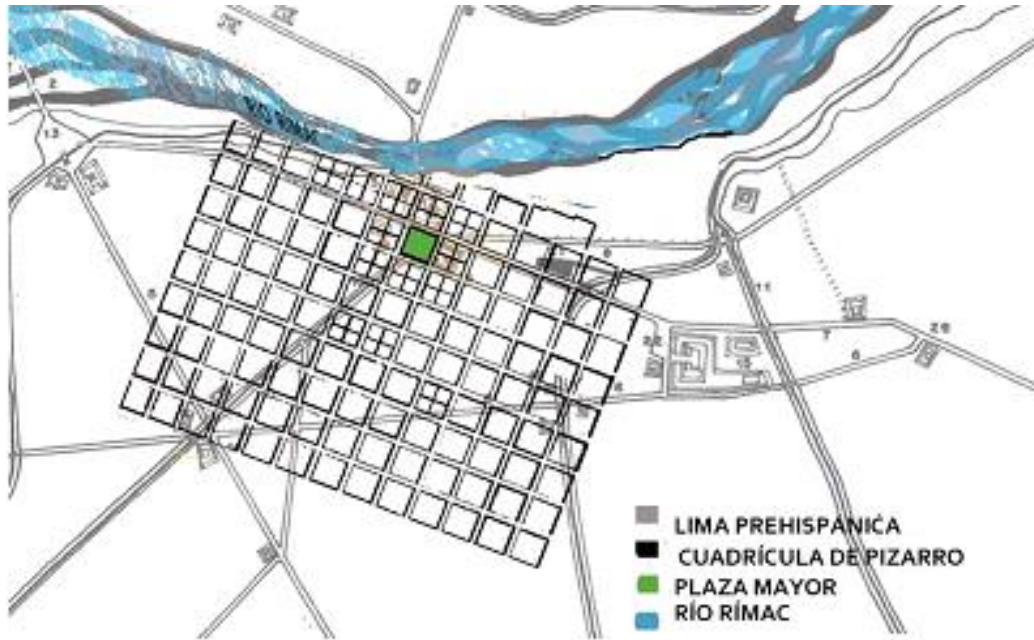
El primer ciclo de expansión de la ciudad de Lima fuera de los límites del damero central es un proceso lento y desordenado que se inicia a mediados del siglo XVI no parece concluir sino hasta la segunda mitad del siglo XIX. En este período, el perímetro de la ciudad se incrementó de 215 hectáreas, previstas en los planos de fundación, a 1,107 hectáreas en 1857.

El patrón de crecimiento urbano fue la formación de diversos barrios que fueron creciendo y conectándose entre sí a partir de puntos urbanos dispersos como parroquias, capillas, bocatomas de agua, hospitales, pequeños mercados, o antiguos caminos indígenas. Las más importantes de estas construcciones eran las parroquias e iglesias que no sólo tenían funciones religiosas sino también la de estructurar la vida social de los barrios que se formaban casi de inmediato en sus alrededores. En ellas se registraban los eventos centrales de la vida de los vecinos: bautizos, bodas y defunciones. Bajo su iniciativa, además, “se organizaban las acciones de caridad, las cofradías y celebraciones religiosas” (Panfichi y Portocarrero, 2004, p.18)

La imagen hace evidente la intención de ocultar las formas de distribución del espacio incaico, pero a su vez, tipifica las formas de ordenamiento territorial hispánico. El Río Rímac se constituye como una frontera natural en este primer trazo del espacio urbano limeño que marca unos límites del lugar entendidos como un adentro y un afuera. Con las lógicas comerciales y portuarias del siglo XVII entre los años 1685 y 1687, se levantaron alrededor de la Lima colonial unas murallas de protección, siendo éstas las que determinarían y condicionarían en aquel momento el alcance de la expansión urbana durante ese período.

Figura 6

Plano de Lima en 1535. Juan Gunther. 1992



Nota: La cuadrícula de Lima fue trazada por Francisco Pizarro en 1535. Debajo subyace la Lima prehispánica con sus construcciones y caminos. A este trazado se le conoce, también, como el Damero de Pizarro (Hamann, 2011, p. 25).

La cuadrícula inicial dentro de las murallas fue ampliándose, fragmentándose y extendiéndose aceleradamente, sobrepasando los límites del damero original, lo cual generó problemas de orden legal sobre la posesión de la tierra. En las disputas legales que se enmarcaban en las necesidades de la ciudad y la redistribución inicial poco ambiciosa ordenada por Francisco Pizarro, participaban desde miembros de la elite limeña, indios libres, curacas y hasta “órdenes mendicantes que se adjudicaban ser

propietarios de ciertos terrenos hacía donde se buscaba ampliar la ciudad” (Coello, 2006, p.45).

El lento crecimiento demográfico que acompañó la expansión urbana fue convirtiendo a Lima en una ciudad con una población muy heterogénea étnica y socialmente. Poco después de fundada la ciudad, en 1574, se calculaba una población aproximada de 10,000 personas. En 1615 la población era de 26,087 individuos, de los cuales 9,630 eran españoles; 1,720, religiosos; 425, criadas de monasterios; 10,386, negros; 1,999, indios; 744, mulatos; 192, mestizos; y 144, japoneses, filipinos, camboyanos e indios de otras latitudes. Dos siglos más tarde, en 1812, la población de Lima era de 63,900 personas. De ellas 18,210 eran blancos o españoles; 10,643, indios; 4,897, mestizos; 10,231, pardos; 17,881, negros; y 2,056, de otras castas (Coello, 2006, p. 48).

Los españoles introdujeron categorías sociales para establecer una estructura jerárquica basada en la pureza de la sangre, aunque este modelo no fue novedoso en la medida que ya se venía aplicando en la Europa medieval sobre moros y judíos; en América, se aplicó y perfeccionó con los debates sobre la humanidad de los nativos y la inclusión de los sujetos africanos. Este modelo social se hizo visible en los paisajes urbanísticos de las urbes novohispánicas, dado que la cercanía al ombligo del damero (la plaza) era sinónimo de estatus social y por lo tanto estos espacios habitacionales fueron exclusivos para los españoles. A medida que se

alejaban los espacios habitacionales de la plaza, estos eran usados por criollos o miembros de las elites incas para el caso de Lima hasta llegar a las periferias donde habitaban indígenas, negros y algunos blancos pobres. En la sociedad urbana, la condición legal y el estatus social regían la posición de los habitantes no hispánicos.

El estatus legal se reflejaba en la legislación, que detallaba las desventajas a que estaban sujetos los indios, los negros y las castas (personas de ascendencia racial mixta). Todas las personas libres clasificadas como negras o pertenecientes a una casta debían pagar tributo y estaban legalmente inhabilitadas²¹ para ejercer cargos públicos o pertenecer a un gremio de artesanos. Los individuos de piel más clara podían superar estos impedimentos legales entrando en las cofradías de artesanos de menor rango o accediendo a puestos inferiores en el cabildo, y por lo general “lograban «pasar por» españoles (personas de ascendencia española o nacidas en España)” (Hoberman y Socolow, 1993, p.14).

En los barrios indígenas que circundaban las grandes ciudades, las poblaciones estaban gobernadas por sus propias autoridades y por cabildos

²¹ Todas las personas de origen racial mixto o producto de mestizaje estaban sujetas a impedimentos legales, y en los primeros tiempos de la colonia se presumía que eran de origen ilegítimo. En teoría, ni los negros ni los mulatos (personas de ascendencia mixta, blanca y negra) podían portar armas; pero en tiempos de grandes emergencias a ambos grupos se les permitía servir en milicias especialmente reclutadas. Los esclavos negros y mulatos estaban, desde luego, sujetos a trabajo forzoso y vivían bajo el control de sus amos (y amas). Los indios, por otra parte, tenían tanto desventajas como beneficios legales. Si bien debían pagar tributos y realizar trabajos forzosos (encomienda, repartimiento y mita), y no tenían autorización para portar armas de fuego ni espada, comprar vino, montar a caballo o firmar contratos legales, estaban exentos de pagar diezmos y alcabalas

establecidos según el modelo español donde los administradores españoles siempre supervisaban los actos de los gobiernos indios, puesto que legalmente se los consideraba como menores de edad. Además, los indios estaban fuera de la jurisdicción de la Inquisición, y no cumplían con el servicio militar.

La raza era una variable social importante: las castas de piel más clara disfrutaban de un estatus social más elevado que los mulatos y zambos (personas de ascendencia negra). Al mismo tiempo, aquellos españoles lo suficientemente afortunados como para pertenecer a una de las corporaciones privilegiadas, fundamentalmente la iglesia y el ejército, gozaban de mayor prestigio social que otros miembros de la sociedad. “La raza, la pertenencia a una corporación, la ocupación y la identificación cultural constituían variables importantes para la determinación de la posición de un individuo en la sociedad urbana” (Hoberman y Socolow, 1993, p.15).

Estas variantes, para el caso de Lima, se expresaron en los dos núcleos poblacionales ya mencionados: el pueblo de indios del Cercado y el arrabal de negros e indios de San Lázaro, y que según Aldo Panfichi polarizaron el crecimiento de Lima hasta el siglo XIX. El primero se estableció en 1571, en dirección este, hacia los Andes, en lo que eran las tierras de la encomienda de Cacahuasi. El pueblo fue construido a manera de "gueto" por el gobernador Lope García de Castro, con el objeto de

concentrar en dicho lugar a los indios que cumplían servicios personales a los encomenderos residentes en Lima y que vivían dispersos por la ciudad. La construcción del pueblo respondió al objetivo colonial de concentrar a los indios en espacios urbanos predeterminados, con el propósito de lograr un mejor control físico y un dominio ideológico más férreo. La concepción arquitectónica del pueblo, rodeado de altos muros, con sólo dos puertas de entrada y salida, y bajo estricta administración, revelaba esta idea de control social.

El segundo núcleo urbano, ubicado en dirección norte, al otro lado del río Rímac, fue inicialmente una zona de matorrales habitada por indígenas del grupo étnico Yunga dedicados a la pesca de camarones. En 1563, durante el gobierno del virrey Conde de la Nieva, se desató en Lima una epidemia de lepra entre los esclavos negros, quienes huyendo del cruel apedreamiento del que eran objeto en la ciudad, buscaron refugio al otro lado del río. Ese mismo año, se estableció en dicha zona un hospital para leprosos y una parroquia adjunta llamada San Lázaro. Alrededor de estas construcciones se formó de inmediato un arrabal habitado por negros enfermos, sus familias que habían sido expulsadas de la ciudad por temor al contagio y sacerdotes a cargo del hospital y la parroquia.

Entre 1573 y 1592, las autoridades coloniales intentaron sin éxito crear otro pueblo indígena en esta área: el pueblo de Indios Camaroneros de San Pedro. Durante esos años, otros grupos de esclavos, negros libertos,

indígenas, artesanos y blancos pobres, convergieron en la zona construyendo casas de vecindad para pobres y solares de recreo para vecinos de mejor condición económica. En 1592 se estableció en el área la Casa de Recolección, más tarde llamada el Convento de los Descalzos. A fines del siglo XVI, el pueblo de indios desapareció como unidad diferenciada y de esa manera el arrabal, el hospital, la iglesia y el nuevo vecindario recibieron el nombre del barrio de San Lázaro. Este barrio, cuyo trazo no seguía la cuadrícula del damero, se comunicaba con la ciudad a través de un puente que, además, servía para darle cierta identidad local. Pronto se ubicó allí una fábrica de pólvora y el quemadero de la ciudad, cuya presencia era rechazada por los vecinos de Lima.

En este mapa del siglo XVIII de la ciudad de Lima²² se puede observar el núcleo urbano externo sobre el cual se extendió la urbe principal y que corresponden al arrabal de negros e indios de San Lázaro donde se encontraba ubicado el leprocomio. La dicotomía del adentro y del afuera es marcada por dos fronteras, las murallas y el río Rímac que ponen de manifiesto el carácter periférico y marginal de la zona donde estuvo ubicado el Real Hospital de San Lázaro.

²² La convención utilizada para encerrar en un círculo negro sobre el mapa fue realizada por el investigador.

Figura 7

Plano de la ciudad de Santa Rosa de Lima. Jacques Bellin. 1754.



Fuente: <https://www.geografiainfinita.com/2018/01/peru-a-traves-de-los-mapas-antiguos/>

Frente a este particular, se empezaron a presentar cuestionamientos respecto al ordenamiento del territorio y su uso, por ejemplo, a comienzos del siglo XVIII, Pedro Rendón Robles, quien fungía como representante de 25 vecinos del arrabal de San Lázaro solicitaba la separación de la parroquia de San Lázaro de la jurisdicción de la catedral, argumentando que aunque hay un puente que permitía el cruce del río y por ende el acceso a la ciudad y al mercado y que las cuadras medían menos que otros barrios se seguían sintiendo separados del principal centro urbano, en comparación con otros

barrios del Belén y las recoleta; dados los argumentos, la respuesta recibida señalaba que nada de esto se oponía a la realidad de estar naturalmente divididos y que al encontrarse en los extramuros de aquel suburbio no necesitaban de puentes para comunicarse enfatizando en el origen y causa de la diferenciación.²³.

Lo interesante de lo anterior permite construir los límites de la ciudad y lo que se entendía por el estar adentro o afuera de la urbe principal; las murallas protegían a los sanos, eran el símbolo que resguardaban el orden del poder político y la salud. Mientras tanto, los leprosos fueron ubicados con otros marginales, negros e indios libres que se constituyeron casi que en un apéndice del núcleo urbano principal. La ubicación de los cuerpos anómalos ya sean por condición racial o física al otro lado del río implicó la imposición de una serie de imaginarios sobre los cuerpos que vivían en el afuera en la orilla contraria. Bajo este contexto, la noción de espacio no como categoría en sí misma, sino como terreno y encrucijada de prácticas de representaciones simbólicas basadas en las formas de uso del espacio, proporciona otra variable explicativa que justifica la marginalidad más allá de sí misma.

Alexandre Coello de la Rosa (2006) expone como sobre estos dos núcleos urbanos van a operar ejercicios hegemónicos y contra hegemónicos

²³ Archivo General de las Indias, Lima 562 (1719-1736) folios 82-83-84-85-86-87. Expediente: Orden de separación de otra parroquia.

de las elites coloniales que tejieron estrategias clientelares para usufructuar el terreno a partir de su venta o compra, parcelación o arrendamientos como fundamentos de un sistema político informal, donde algunas órdenes mendicantes como los jesuitas jugaron un papel protagónico. Pero no hay que olvidar que nunca existió una política colonial en el Perú del siglo XVI, sino varias en permanente lucha y conflicto. La Iglesia y el Estado coloniales son categorías más formales que reales. Los representantes del poder político – corregidores, virreyes, oidores- se enfrentaron con algunos del poder secular –prelados, obispos y arzobispos- para imponer políticas tributarias y de reorganización espacial del Virreinato. Estos a su vez, se esforzaban por imponer la autoridad episcopal en sus extensas diócesis, además de la concentración de la población nativa en congregaciones, pueblos de indios o reducciones, donde las razones giraban alrededor de un principio básico: el de la policía humana y cristiana (Coello, 2006, p. 17). Lockhart (1999) expone la incapacidad de la Corona española para establecer un control burocrático-legal sobre la población mestiza y española resurgiendo la hipótesis de la importancia de las dinámicas locales y su interacción con las formas de imposición de la metrópolis.

A Foucault (2000) se le debe el argumento de que la imposición de los valores culturales dominantes a través del poder disciplinar no sólo constituye un proceso proveniente de las instituciones estatales, sino que es un proceso en el que intervienen varios sectores, entre ellos la religión. Los

diferentes grupos nativos que se encontraron en el terreno sobre el cual se fundó Lima, fueron sometidos a diferentes espacios como reducciones, cercados o pueblos de indios con el “único objetivo de operar una separación topográfica entre los nativos y sus *mallquis* (antepasados momificados) y de las *w’akas* (santuarios o lugares de culto indígena) facilitando el acceso de los sacerdotes a los nuevos asentamientos” (Coello, 2006, p. 50). Evidentemente la estrategia de concentrar a los indios en un solo lugar igualmente respondía a facilitar los procesos de control demográfico de la población nativa y la recaudación del tributo por parte de los alcaldes ordinarios y regidores en los cabildos municipales.

Sin embargo, y con base a los trabajos como los de Steve Stern (1986) ha sido posible determinar que no se puede hablar de un proceso colonial homogéneo, sobre todo para el caso del virreinato del Perú, donde operaron distintas formas de negociaciones que beneficiaron a ciertos grupos sociales incluyendo algunos sectores privilegiados de la sociedad Inca quienes se enriquecieron a partir de relaciones de clientelismo y patronazgo. Es así como el 30 de abril de 1562, el arzobispo de Lima, fray Jerónimo de Loaysa, autorizó a Anton Sánchez, un rico vecino de la capital, la construcción de una leprosería o lazareto en el asentamiento de San Pedro, que posteriormente sería el arrabal de San Lázaro (Bravo, 1764). Pero por otra parte, los indios camaroneros que se encontraban, desde tiempos ancestrales, en el emplazamiento donde se inició la construcción del lazareto no fueron

captados por ningún encomendero u orden mendicante y ante esta situación, el virrey Francisco Toledo (1569-1580)²⁴ con la firme intención de restarle poder a los jesuitas sobre la mano de obra indígena, puso bajo jurisdicción secular virreinal este espacio marginal, el cual, además, se encontraba ubicado en las cercanías de la plaza central de Lima y por lo tanto de los entes del poder secular.

Durante la segunda mitad del siglo XVI, el arrabal de la parroquia de San Lázaro fue víctima de los planes expansionistas de la ciudad de Lima, abriendo paso a una serie de conflictos administrativos sobre la propiedad del territorio que incluyó el traslado de los indios camaroneros a la reducción de cercado bajo la jurisdicción de la compañía de Jesús. Este arrabal estaba poblado también por negros libres y cimarrones que sirvieron para diferentes labores no solo domésticas sino también de albañilería. Siguiendo la propuesta de Coello, el arrabal de San Lázaro proveía de mano de obra fuera del dominio jesuita, lo cual le daba cierta particularidad.

El virrey García Hurtado de Mendoza entró en una disputa con el arzobispo Toribio de Mogrovejo por el vecindario de San Lázaro, puesto que el primero pretendía trasladar a los indios a la parroquia del cercado, así

²⁴ Es considerado como el primer reformador urbanístico de Lima, el cual inicio una serie de transformaciones sociales, políticas y urbanísticas para fortalecer el poder central sobre las dinámicas administrativas que se edificaron en la ciudad de los reyes.

como la urbanización de San Lázaro²⁵, a lo que el segundo se opuso enérgicamente. Los argumentos que presentaron los que estaban a favor del traslado, iban desde la falta de servicios sanitarios y espirituales que perpetuaban el estado de corrupción y miseria en el que vivían indios, mulatos, y negros, hasta las dificultades para ingresar a San Lázaro, ya que los sacerdotes no podían realizar los escrutinios de sus vidas; y, por otra parte, las tierras servían para el pastoreo de ganado generando conflictos entre españoles y los indios del cercado.

Los indios fueron expulsados de sus tierras de forma violenta en 1591, iniciando la parcelación y ocupación de baldíos solo respetando la parroquia de San Lázaro y por lo tanto el hospital con sus leprosos, aunque el virrey Mendoza vendió algunos solares de la parroquia al Cabildo como propios con el fin de venderlos en pública almoneda. Este capítulo de la historia del asentamiento, arrabal y posteriormente vecindario de San Lázaro se configura como la primera etapa del hospital. Aunque las fuentes consultadas no dan cuenta de la situación interna del leprosorio de San Lázaro de Lima, si brindan información de la situación de los leprosos que habitaban en él: los leprosos se encontraban en total estado de abandono debido a las disputas sobre el territorio y la mano de obra indígena, en la medida que el leprosorio quedó ubicado en uno de los espacios por fuera de

²⁵ Para profundizar sobre las disputas clientelistas de las elites en el virreinato del Perú durante el siglo XVI, el trabajo de Alexandre Coello de la Rosa es fundamental.

la jurisdicción de alguna de las órdenes mendicantes como por ejemplo los jesuitas para el caso limeño, obligó a los leprosos a vivir de la caridad pública entre ellas las limosnas (Bravo, 1764). Ahora bien, si se entiende el ejercicio de la limosna bajo el canon de limosnero medieval, el cual implicaba la solicitud de dádivas a las gentes que habitan un espacio, se debe comprender que los leprosos pedían limosnas en algunos caminos o vías públicas de acceso a la ciudad de Lima.

La utilización del espacio por fuera de la urbe central se constituye en un lugar que incluye al sujeto excluido. El afuera durante esta primera etapa marginal en la cual vivieron los primeros leprosos reclusos en San Lázaro implicó una relación con el adentro donde habitaban un conglomerado vario pinto de personas que tipificaremos como sanos (cuerpos saludables desprovistos de las cargas corporales del mal). En contraste, en el afuera, el arrabal era habitado por cuerpos anómalos como indios, mulatos y negros y cuerpos ejemplificantes como los leprosos. Esta masa amorfa que habitó este lugar se constituyó como marginalidad en relación con el bloque urbano central.

En esta primera etapa es posible hablar de exclusión, dado que el arrabal donde habitaron los leprosos se encontraba ubicado en el afuera y a estos no se le permitía el ingreso al núcleo urbano principal. El *allá*, se establece como símbolo de corrupción y decadencia moral por falta de servicios sacramentales, constituyéndose como un lugar no digno para los

habitantes sanos moralmente. Si todas las culturas se fundan sobre sistemas simbólicos basados en modelos de comportamiento que obedecen a una determinada lógica, se podría concluir, que el arrabal de San Lázaro se codificó bajo el raciocinio ideológico de la iglesia católica, ubicando al arrabal de San Lázaro dentro de la estructura pedagógica simbólica que establecía el binario hegemónico del bien y el mal.

El proceso de apropiación de los terrenos del arrabal de San Lázaro, aunque fueron justificados bajo los principios éticos de la moral, implicó el desalojo y traslado de las gentes que vivieron por fuera de la norma (indios, mulatos y negros). Los únicos que no fueron movidos, fueron los leprosos que vivían bajo el amparo del concepto de parroquia, lo cual funda una nueva etapa para el leprosorio dado que se gestan nacientes dinámicas sociales entorno al leprosorio que responden, ya no, al concepto de exclusión.

3.2 Cartagena de Indias, puerto negrero

Fundada por el madrileño Pedro de Heredia el 1° de junio 1533 con el nombre de Cartagena de Indias para diferenciarla de Cartagena del Levante ubicada en España fue situada entre islotes lo que proporcionó uno de los elementos necesarios para construir una ciudad portuaria, su capacidad de defensa militar. Con una escasa población nativa en los alrededores después de la victoria de Heredia sobre los indios de Turbaco,

quienes huyeron hacia el interior del territorio conforme avanzaba la conquista y las fundaciones de ciudades en la cuenca del caribe colombiano²⁶. Aunque una de sus principales dificultades fue el acceso a agua potable, (primera diferencia respecto a Lima), la urbe accedió a este recurso traído desde los Manas de Turbaco, jagüeyes a las afueras de la ciudad o en aljibes públicos distribuidos en toda la urbe.

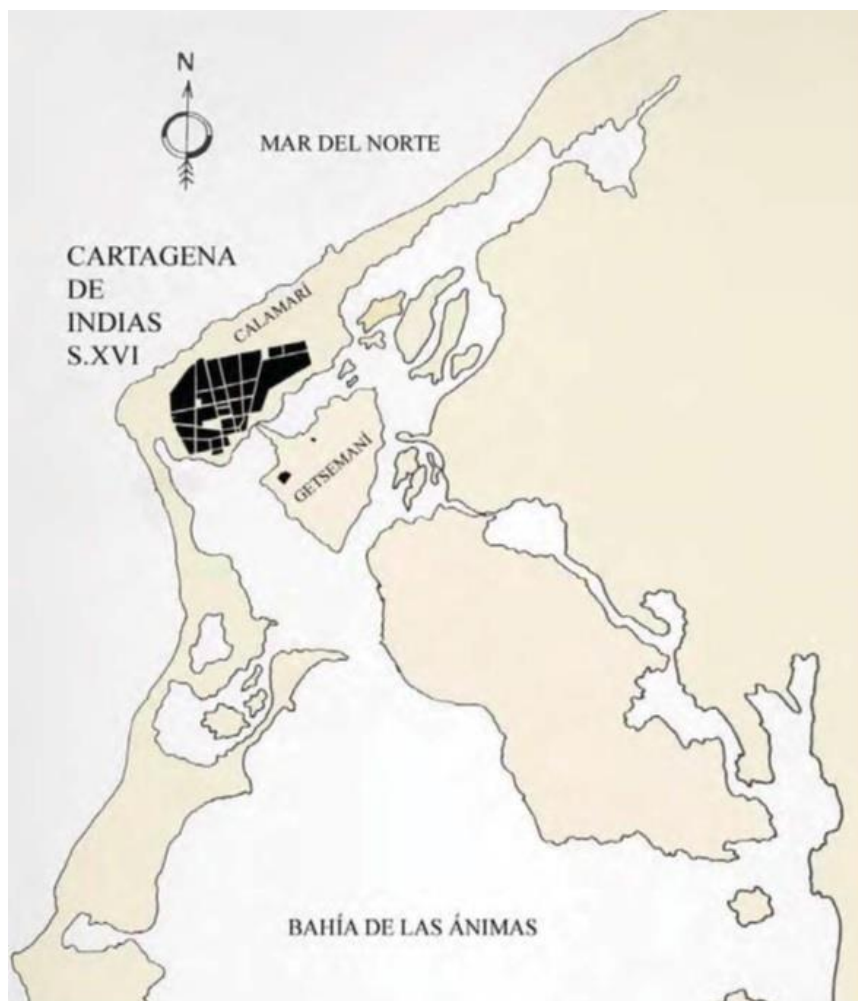
La imagen muestra las capacidades de defensa del sitio, donde predominan dos islotes Calamarí y Getsemaní, a los cuales se ingresa a través de Boca Grande a la Bahía de las Animas. El primer núcleo central urbano se construye sobre Calamarí durante el siglo XVI alrededor de dos plazas públicas: la plaza Mayor o de aparato, y la plaza del Mar, Real o del comercio. Para inicios del siglo XVII inicia el proceso de urbanización de Getsemaní, el cual se configuró como el arrabal de la ciudad y su segundo núcleo urbano. La ciudad permanecería ya inamovible, quedando como vigía del mar Caribe, que muy pronto iba a formar parte del tablero de la política internacional, especialmente de la inglesa, actuando además como llave del interior neogranadino, sobre todo al presentar su puerto unas extraordinarias condiciones, ya que además de mantener suficiente amplitud para que pudiese atracar con toda comodidad la flota española,

²⁶ La presencia de los invasores ya era noticia conocida y difundida entre los nativos de la región caribe, la primera ciudad fundada por los españoles en el hemisferio sur fue Santa María de la Antigua del Darién 1510 por Alfonso de Ojeda con una fuerte oposición por los nativos del lugar, posteriormente fue fundada Santa Marta por Rodrigo de Bastidas en 1525, por lo tanto, la fundación de Cartagena fue un poco tardía.

contaba con un sistema de seguridad constante, dificultando así el ataque de navíos enemigos.

Figura 8

Mapa de Cartagena de Indias en el siglo XVI en su entorno. José Manuel Zapatero. 1979



Nota: Zapatero, J. (1979) *Historia de las fortificaciones de Cartagena de Indias*.

“La razón de todo ello estribaba, paradójicamente en la citada situación geográfica que se complementan con los angostos canales de

Bocagrande y Bocachica, constituyéndose en desfiladeros marítimos que ayudarían a controlar todas las salidas y entradas a la ciudad” (Borrego, Vázquez y Parejo, 2010, p. 185).

Cartagena de Indias fue pensada para convertirse en un enclave para la conquista del territorio continental. En las primeras décadas desde que la urbe fue fundada, partieron expediciones hacia el interior del continente siguiendo las cuencas de los ríos en especial el Magdalena en busca de El Dorado. Las primeras oleadas de oro provenientes del pillaje y el saqueo de tumbas, y, muy a pesar de la resistencia indígena, bandas de saqueadores fueron estableciendo un intercambio comercial incipiente de oro y productos de primera necesidad (Colmenares, 1987). Desde la década de los cuarenta del siglo XVI a causa de nuevas fundaciones en el espacio continental, la actividad de intercambio comercial se multiplicó convirtiendo a Cartagena de Indias, en un puerto donde se recogía el oro. Tomando las palabras del historiador German Colmenares quien expone que este impulso no solo involucró nuevas formas de obtención del oro más allá del pillaje y el saqueo dando inicios a una economía minera, “la búsqueda de tan preciado recurso igualmente significó un avance en las fronteras para seguir manteniendo la producción aurífera por encima de la resistencia de pueblos indígenas que no se sometían al nuevo estatus de esclavos” (Colmenares, 1983, p. 23).

Esta nueva dinámica comercial impuesta en los nuevos territorios conquistados y por la ampliación de la frontera económica, terminó posicionando a la ciudad como la puerta de entrada y salida de la riqueza de los Andes con el comercio transatlántico. Esta apertura económica que ubicó al puerto cartagenero como un epicentro estratégico comercial del Caribe, terminó llamando la atención de navegantes ingleses y holandeses quienes en distintos momentos trataron de tomar la ciudad²⁷.

La asimetría social producto de la distinción de la limpieza de sangre fue el criterio catalizador el cual consolidó las distancias sociales entre los miembros de la sociedad cartagenera. Los europeos entendían la estructura de castas como un árbol donde las ramas más bajas las conformaban africanos y nativos, el nivel medio estaba compuesto por las mezclas entre estos sujetos y los niveles superiores de dicho árbol estaban reservados para los europeos ibéricos. Esta estructura social cuya nomenclatura varió de acuerdo con el lugar pero que mantuvo su lógica, se expresó de igual forma en los territorios de las urbes y Cartagena de Indias no fue la excepción.

Como se ha dicho, el núcleo principal de esta ciudad se construyó sobre el islote de Calamarí alrededor de dos plazas principales, sobre ellas giró no solo la dinámica social sino también económica del puerto. En la plaza mayor se erigió la gobernación, el cabildo, la cárcel, la catedral y el

²⁷ Durante el siglo XVI ocurrieron dos eventos importantes dentro de la ciudad, el primero de ellos fue el incendio general en 1552 y el segundo fue la toma de la ciudad por parte del pirata Drake en 1586.

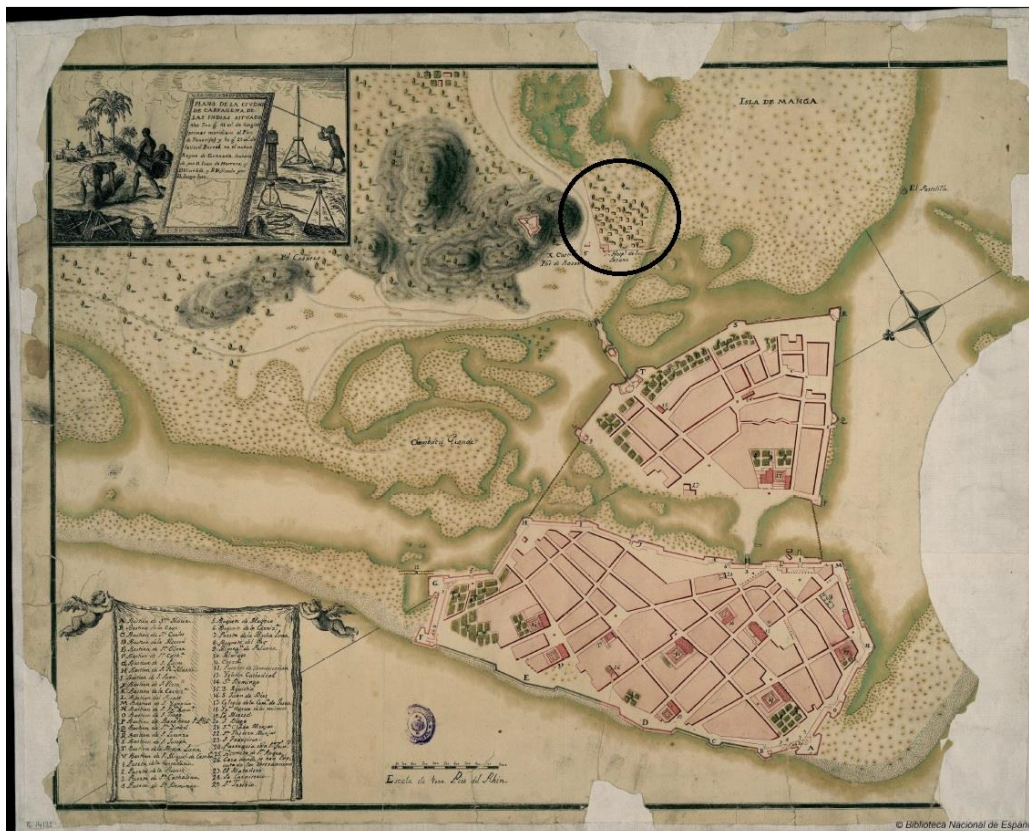
tribunal de la inquisición. En la plaza de aduanas se ubicó la casa de la contratación y algunas carnicerías, en la ciudad igualmente se ubicaron conventos de órdenes masculinas como las de San Agustín y los Recoletos en La Popa y la Merced, y la de los Jesuitas llegados al inicio del siglo XVI, durante el cual se construyeron San Diego y Santo Toribio; y dos de monjas, como los de Santa Clara y Santa Teresa (Urueta, 1887, p. 210).

La convergencia racial, religiosa, política y económica hizo que los núcleos urbanos de Cartagena de Indias crecieran rápidamente y en las primeras décadas del siglo XVII el crecimiento de la urbe y la movilidad social le imprimirían un gran dinamismo, como consta en las descripciones de la época y que recoge Margarita Garrido²⁸

²⁸ La historiadora Margarita Garrido (2007) brinda una descripción de las dinámicas sociales de este núcleo principal de la ciudad, la Plaza Mayor y sus calles aledañas eran espacios de encuentro de vecinos y moradores —donde la mirada y el gesto daban el reconocimiento del lugar social de cada uno—, tanto como espacio de un cierto teatro del poder especialmente visible en las procesiones, las celebraciones y los autos de fe. La Plaza de la Aduana, o las “cuatro calles”, eran espacios del comercio. La Plaza de las Yervas era un lugar más informal donde deambulaban a ciertas horas los esclavos y negros libres, y los encontraba el padre Claver para reconvenirlos por sus gestos. En los conventos habitaban frailes y monjas, así como laicos hombres y mujeres con sus sirvientes, que se recogían en ellos por su propia opción o eran enviados para purificar faltas que habían escandalizado a la sociedad. Las autoridades contaban con una picota pública, como lo atestiguan los autos de buen gobierno que amenazaban a los infractores, pero en los conventos también había instrumentos de tortura para desacatadores. Había un pozo público donde se acudía a sacar el agua en baldes y con polea, y podía ser sitio de encuentro de esclavos y criados. En 1620 Getsemaní ya era una muestra del crecimiento, mezclas y movilidad de la ciudad. Tras pasar la puerta de San Francisco se desplegaba un puente levadizo de 596 pies de largo y 234 de ancho que conducía al arrabal. De los 164 predios descritos en 1620, dejando de lado los seis que correspondían al hospital y a la compañía de Jesús, se encontraban 125 propietarios entre los de casas y solares, de los cuales 28 eran mujeres, cerca del 22%. Allí habitaban funcionarios y militares entre los que se contaban cuatro capitanes, un alférez, un sargento, un teniente, un artillero y cuatro soldados. Dos de los capitanes regidores vivían en sus casas altas, las cuales tenían una o dos pulperías en sus bajos y eran también propietarios de solares; otro capitán tenía dos casas para alquilar, una de ellas con tienda de curtiduría y seis solares, y otro era dueño de solares, con bohíos, “donde viven morenos que los alquila”.

Figura 9

Plano de la ciudad de Cartagena de las Indias. Juan de Herrera. 1753?



Fuente: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000143605>

El artillero del presidio era dueño de dos casas y dos solares. Un vecino, cuyo cargo no está apuntado, pero sí un gran caudal, tiene su casa, casitas para los esclavos y un entable de serrería. Entre los de marina sobresalen cuatro pilotos y siete calafateadores con sus casas, algunos con otra, distinta a la de su residencia, para alquilar y solares; un hombre de la mar, un marinero, tenía casa y solar con casitas, en las que vivían negros libres. Un pescador tenía su casa baja en mampostería; un barbero y un tratante en maderas tenían casas bajas en tablas, y un curtidor, casa alta en tablas. De numerosas casas se dice que tienen corrales y que las bate el mar. Un escribano, un preceptor, un pintor, un sastre y un arriero eran dueños de solares. Fuera de las de los bajos de los regidores, hay otras 16 pulperías y un número igual de pulperos o pulperas. En algunas casas se describen tiendas, una de tenería, otra de serrería y otra de curtiduría, además de dos de barberos. Aunque no aparecen registrados como tales, era muy posible que algunos de estos habitantes de Getsemaní se dedicaran a pequeños negocios —panaderos, vinateros, carniceros, pescaderos, vendedores de sal y aguadores.

En el plano se observan los dos núcleos poblacionales que conformaron la ciudad de Cartagena de Indias y que se configuraron a partir de dos lógicas distantes que involucran a una ciudad comercial y esclavista, mientras que el núcleo principal lo habitan los vecinos principales en los barrios Santa Catalina, La Merced y San Sebastián, Getsemaní se erigió, como un espacio que se permitía ciertas libertades por fuera del orden hispánico y la moral religiosa. Sin embargo, el leprosorio u Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias fue ubicado a las afueras de la ciudad como consta en el mapa.

El simbolismo juega un papel determinante en la distribución de los espacios urbanos establecidos por criterios morales y morfológicos relacionados con la limpieza de la sangre, donde la ubicación espacial responde a categorías sociales de una sociedad altamente sacramental. El centro de poder personificado en la urbanización que se edificó en el islote de Calamarí estaba representado por un patrón de dignidad social que se hizo visible a través del color de la piel; alejarse del centro hacia la periferia implicaba un oscurecimiento de la dignidad en igual proporción al tono de la piel y de igual forma se consideraban la moral y la conducta.

Sí se asume que la frontera moral es Getsemaní, lugar donde habitaron negros libres, esclavos, mulatos, blancos pobres y algunos negocios pequeños, el Lazareto fungía como un polo antagónico del centro

moral donde se encontraba la catedral de la ciudad. A la espalda de Getsemaní, se ubicó el leprosorio, separado por una frontera natural -el brazo de agua de la Bahía de las Animas- que marca un afuera con relación una zona de tránsito periférica con relación al centro. Los leprosos²⁹ y el Hospital donde fueron reclusos cumplían una partitura de este teatro social que involucra a sanos y a leprosos. Además, que los sanos debían ser tipificados en dos clases: los de alta dignidad y los de dudosa dignidad.

Iuri Lotman (1996) brinda una herramienta semiótica para comprender la necesidad de una comunidad de alejar el mal, en lo que él interpreta la relación centro-periferia. Tomando como ejemplo el caso concreto de Cartagena de Indias, el hospital de San Lázaro fue construido el 16 de diciembre de 1592, en la esquina que cae en el último remate de Getsemaní, frente al fuerte de El Boquerón; esto es, muy adentro de la ciudad lo cual originó protestas de los vecinos. En un segundo momento fue trasladado a las afueras, junto al camino real, al pie del monte que hoy en día

²⁹ Este universo semiótico, como lo llamara Lotman (1996), en su texto "La semiosfera, semiótica de la cultura y el texto" está a su vez determinado por una serie de rasgos distintivos que lo delimitan, sin hacer de él un círculo hermético donde las cosas que se desarrollan en su interior lo hacen sin reparo ni colaboración del exterior. Esta delimitación, entonces, debe ser abierta, aquí el concepto de "frontera" (24) se apersona de esa circulación que ha de ser siempre recíproca y constante, este espacio de intercambio entre dos semiosferas, lugar no-físico, abstracto, en el cual ocurren fenómenos muy particulares. Para determinar ese espacio no físico (lo que no quiere decir que no sea real) es necesario primero determinar la relación entre centro-periferia-frontera-periferia-centro. La fijación de este tránsito se da vitalmente en la frontera, allí es donde dos espacios culturales, conscientes de su producción y proyecto histórico, pueden traducir información y pueden intercambiar en un crecimiento mutuo que a la vez permite que cada semiosfera conserve su identidad. Aquí podemos afirmar que el concepto de frontera es imprescindible para explicar el dinamismo del sistema (organismo, universo semiótico) y los continuos desplazamientos que en su interior se producen.

lleva el nombre de San Lázaro. Por muchos años el hospital estuvo localizado próximo al castillo San Felipe, más exactamente estaba ubicado a la salida de la ciudad por la puerta de la Media Luna hacia el este, como narra Juan de Ulloa (Aristizábal, 1998). En dos de los tres momentos en que el hospital de San Lázaro de Cartagena fue movido hacia la periferia, en relación con el núcleo urbano principal, se establece una relación de dominio determinada por una entidad de poder; este poder representado por los organismos de control del establecimiento (denominados en esta relación semiótica como semiosfera de los sanos) establece un lugar de degredo sobre la población leprosa (denominados semiosfera de leprosos) que habita un espacio destinado a ella.

La aceptación de los términos de la condena que impone una semiosfera sobre otra, involucra una relación simbiótica entre los dos núcleos poblacionales que tienen que negociar las condiciones del degredo en la medida que cada semiosfera proporciona unos servicios sobre la otra. Los sanos proporcionan los términos legales para el sostenimiento de los gastos de los enfermos, mientras que los leprosos y su lugar de encierro sigue cumpliendo su papel simbólico dentro de la estructura discursiva y práctica de la ideología religiosa. Dentro de los acuerdos se establecen unas zonas de fronteras que posibilitan la interacción de las dos semiosferas, prueba de ello, son los espacios de inclusión donde les era permitido a los enfermos de este mal pedir limosnas, no solo en Cartagena de Indias sino

igualmente en Lima (Romero-Miranda, 2020, p. 365).

En consecuencia, el aislamiento expresa una decisión del poder público con la finalidad de establecer fronteras que a menudo por razones de Estado se sumerge en formas de exclusión. Así, para el caso de la lepra, el aislamiento o degredo *no* presupone un acto de invisibilidad social donde el enfermo pierde sus derechos y deberes sociales; sí se entiende esta estrategia colectiva como el reconocimiento donde tanto sanos como enfermos aceptan la situación de “los caídos sociales³⁰”. Desde el día de su degredo, los leprosos perdían todos sus derechos como tener propiedad, heredar bienes y celebrar contratos, pero seguían cumpliendo un rol simbólico dentro de las lógicas morales y religiosas de la época. El único derecho al cual tenían acceso los leprosos dentro de esta imposición social era el de la mendicidad y acceso a auxilios o ayudas sociales y estatales, las cuales eran tipificadas en las fuentes como insuficientes.

Sin embargo, la invisibilidad social del leproso en las urbes coloniales se mueve en una ambivalencia de la exclusión por la inclusión y de la negación por la aceptación. Diana Obregón (2002) 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

³⁰ Los adjetivos que se utilizan en este documento para referirse a los leprosos no son un uso irresponsable del autor. Estos son un elemento fundamental de las narraciones e información de las fuentes utilizadas para esta investigación y reposan en el Fondo Lazareto del Archivo General de la Nación de Colombia y en el Archivo General de las Indias.

términos sociales no. La ubicación de los Lazaretos de Cartagena y Lima dentro de las inmediaciones de la ciudad les permitió a sus leprosos construir acuerdos sociales que posibilitaron su subsistencia, zonas de fronteras claramente establecidas dentro del ordenamiento urbano. Las fuentes consultadas en los archivos muestran cómo la cercanía permitió la asimilación social de estos enfermos, de sus constantes apariciones en el mercado público, de las recolectas de limosnas, de las visitas constantes de Fray 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 permiten inferir que dichas conductas se venían practicando desde el momento en que el hospital fue construido en 1608.

Por lo tanto, en los años que van desde 1598 hasta 1786, hubo una creación de vínculos sociales entre los leprosos y las gentes sanas de la ciudad, configurando una serie de prácticas sociales que posibilitaron la existencia de dos grupos poblacionales: sanos y leprosos. Estos vínculos se vieron interrumpidos con la implementación de las nuevas lógicas borbónicas al decretarse el tercer momento de degredo del lazareto, ahora sí, a un espacio por fuera de la ciudad en el sitio conocido como Caño del Loro.

¿Por qué los lazaretos de Lima y Cartagena fueron trasladados a lugares de degredo, como ordenaban los cánones medievales, solo hasta

finales del siglo XVIII y comienzos del XIX? Sí se asume que la respuesta pasa por la implementación de algunos ideales ilustrados, se tendría que afirmar que el cambio de paradigma fue el motor que impulsó dicha medida de alejamiento total entre sanos y leprosos. Esto implicaría afirmar que mientras tuvo vigencia el paradigma religioso sobre la concepción de este mal, el estigma social de los leprosos sirvió como modelo pedagógico del miedo, un referente simbólico dentro de la narrativa del pecado y el escenario donde todo este discurso se convirtió en práctica fue en algunas urbes coloniales.

4. La lepra y la vida urbana en la época colonial

4.1 La lepra en el escenario urbano y su ritualidad

Las dinámicas sociales que se desarrollaron en las ciudades de Cartagena de Indias y Lima parten de la existencia del Hospital de San Lázaro el cual tuvo la función de encerrar y recluir a los enfermos o posibles enfermos de lepra que se encontraran dentro de su jurisdicción. Esta particularidad que tuvieron las ciudades puertos al ser el punto de entrada y salida, no solo de mercancías, sino también de personas, entre ellas, las ya mencionadas o Veracruz, Santo Domingo y La Habana; les asistió la responsabilidad de incluir entre su red de hospitales uno con las características particulares que tratara espiritualmente a los enfermos de este mal con el ánimo de mitigar las dificultades que de por sí acarreaba su existencia.

Estas dinámicas sociales se movieron en dos superficies, la primera con base en la asistencia pública y privada que recibieron los enfermos de

lepra, entre ellas, auxilios económicos para su manutención, producto de la caridad y la beneficencia pública que a su vez, marcó unos derroteros urbanísticos en términos de espacios de inclusión y de exclusión; y la segunda se enmarca en el plano discursivo y semiótico que codificó praxis sociales entre dos grupos poblacionales que dentro de las lógicas higiénicas medievales no debían tener contacto alguno.

Uno de los caracteres fundamentales del proceso de invasión y conquista de los nuevos territorios fue la fundación de urbes. El impulso dominador se sustentaba desde el asentamiento de espacios urbanos que debían regular las formas de vida en los nuevos territorios. Para establecer estos criterios de dominación del espacio las “Ordenanzas” estipulaban una serie de sugerencias que pasaban desde la importancia de la escogencia del lugar, la fertilidad de sus tierras hasta la cantidad de campos destinados para la agricultura y el pastoreo. De igual forma homogenizaba procesos como el tamaño de la plaza central, el emplazamiento de las principales edificaciones, el tamaño de las calles y los lugares de intercambio comercial.

Además, se debían tener en cuenta las posibilidades de defensa del sitio y sus posibilidades de gestionar una buena higiene, por ejemplo: la dirección de los vientos, el acceso a agua potable, las características climáticas, el control de las plagas, las costumbres y prácticas sociales entre otros. Todas estas particularidades configuraron cierta similitud en los procesos de dominio territorial donde los hospitales cobraron vital

importancia en el afán de mitigar problemas propios de la salud pública, sobre todo, en ciudades portuarias cuya responsabilidad no solo era el ingreso y egreso de mercancías sino también el control en el manejo del personal que ingresaba y salía.

Es por ello, que Cartagena de Indias y Lima, aunque poseen cualidades particulares, respondieron bajo las lógicas de las ordenanzas de formas similares a la construcción del espacio de sus respectivas urbes. Estos factores comunes (ciudades puertos y el rol de las ordenanzas en las lógicas de dominio del espacio) posibilitaron la realización de un ejercicio de contraste para establecer similitudes y diferencias en el manejo de una problemática común, los leprosos.

Sin embargo, la idea que surge de la relación de la ciudad y la compasión posibilita el resurgimiento de vetustas ideas poco trabajadas por las ciencias sociales y son precisamente aquellas que plantean a las ciudades coloniales como organismos vivos; el concepto de como la ciudad respira y el lugar que deben ocupar los entes que la habitan para que esta encuentre un equilibrio entre las ordenanzas y la cosmogonía cristiana de cómo debe funcionar la ciudad de dios.

Las urbes coloniales fueron un laboratorio social, un experimento donde se implementaron criterios religiosos con la idea de exportar un modelo civilizatorio basado en los paradigmas de la evangelización y la categorización racial del ser humano. La narrativa de dominados y

dominadores o vencedores y vencidos fue dando forma a nuevas estructuras urbanas que desde la organización del espacio respondían a los mismos criterios; pero, las lógicas sociales fueron tan diversas que el simple hecho de homogenizarlas se consideraba un error.

Por lo tanto, más allá de establecer una narrativa descriptiva de las ciudades puertos y sus características, este apartado tiene el objetivo mostrar cómo se configuró la relación entre los leprosos y el escenario de la urbe donde habitaron. Esta idea inicial involucra tener en cuenta dos características, los procesos sociales y la distribución de los espacios para con base en ellos, intentar establecer principios y criterios de un fenómeno social particular que se desarrolló en algunas urbes como Cartagena o Lima sino también en La Habana o Santo Domingo.

En el trabajo de David Harvey (1977) *Urbanismo y desigualdad social*, se sostiene que las distribuciones de los espacios de las urbes parten necesariamente de un ejercicio de categorización fundamentado desde la teoría de la naturaleza del espacio basado en su significado social. Harvey, plantea la tesis del espacio relativo y relacional, sustentado en la relación que existe entre los objetos que lo componen y como estos se relacionan entre sí, donde finalmente lo que le da sentido al espacio es la práctica humana.

El espacio posibilita ser comprendido desde las lógicas del monopolio del control social dado que establece una correspondencia entre

lo permitido y lo prohibido. Esta correspondencia que se muestra natural bajo la óptica bimodal de la tradición judeocristiana, lo concibe como espacio relacional dado que en él se tejen relaciones sociales y económicas que involucran a los sujetos y materializan las prácticas sociales. Por lo tanto, comprender el fenómeno social de la presencia de los leprosos en algunas urbes coloniales, implica, la necesidad de extraerlo de la categoría de invisibilidad social, con el cual ha sido explicado, no solo porque las fuentes lo ubican dentro del entorno urbano, sino también porque el tratamiento social de los leprosos en las colonias, aunque partió desde los fundamentos religiosos y sociales medievales se distanció fuertemente de su punto de origen.

Foucault (2000), expone dos modelos, el primero de ellos en la relación entre leproso- ciudad y el segundo con base a la peste-ciudad. Durante la edad media la exclusión de los leprosos era una práctica social que implicaba, en principio, una partición rigurosa de una regla de no contacto entre un individuo (o un grupo de individuos) y otro. Se trataba de la expulsión de esos individuos al exterior, más allá de los muros de la ciudad, lejos de los límites de la comunidad, constituyéndose así dos grupos ajenos. La expulsión del leproso implicaba la descalificación -tal vez, no exactamente moral, pero en todo caso sí jurídica y política- haciéndolos ingresar a una zona de muerte, permitiendo que sus bienes fueran transmisibles. En síntesis, se trataba de prácticas de exclusión, rechazo y

marginación, como se señalará hoy, lo cual también se extendía a “quienes se consideraban locos, otros enfermos, criminales, desviados y niños pobres” (Foucault, 2000, p. 50).

Es así como la ciudad en estado de peste se dividía en distritos; los cuales se organizaban en barrios y en ellos se aislaban las calles, asignando vigilantes e inspectores que se encargaban de resguardar y mantener aislada a la población enferma. Dentro de cada territorio se expresaba un poder continuo en dos sentidos. El primero denotaba una estructura jerárquica que ejercía una vigilancia permanente y donde la información habría de registrarse y el segundo sentido suponía en la cuarentena un ejercicio de control del cuerpo y de los cuerpos. En la cuarentena no se trataba de expulsar, sino de establecer, fijar, dar su lugar, asignar sitios y definir presencias, sin rechazo. No era entonces una partición masiva entre dos grupos de población: la que es pura y la que es impura, la que tiene lepra y la que no, se trataba, por el contrario, de una serie de diferencias finas y constantemente observadas entre todos los individuos: “individualización, por consiguiente, división y subdivisión del poder, que llega a coincidir con el grano fino de la individualidad” (Foucault, 2000, p. 51).

Por lo tanto, las pestes se convierten en fenómenos sociales, pues posibilitaban este tipo de reflexiones que incluían variantes como la población, las enfermedades y la ciudad. En el continente europeo, sobre todo, a mediados del siglo XIV, la peste azotó con mayor fuerza. La peste fue

una enfermedad infectocontagiosa producida por el bacilo *Yersinia Pestis*, aislado en 1894 en Hong Kong durante el inicio de una epidemia, por el biólogo suizo Alexandre Yersin (Carreras, Mitre, y Valdeón, 1985). La enfermedad no sigue un cuadro clínico idéntico y cuenta con tres mutaciones: la bubónica, la pulmonar y la septicémica (que es una combinación de las dos anteriores, todas letales, sobre todo en población infantil).

Los médicos medievales afrontaron distintos dilemas para comprender y frenar la propagación de la peste, pero la respuesta inicial se dio desde el orden mágico religioso, en la medida que para esta época las enfermedades eran entendidas como un castigo divino, más aún “con la alta mortalidad que empujaba asumir este fenómeno bajo la lupa de esta clase de providencialismo” (Carreras, Mitre, y Valdeón, Julio, 1985, p.20)³¹.

En el fondo, desde el punto de vista del tratamiento y de la contención de la enfermedad, el remplazo del modelo de la lepra por el modelo de la peste corresponde a un proceso histórico clave que se podría considerar como invenciones positivas del poder: la reacción a la lepra es una reacción

³¹ Pero bajo los presupuestos del pensamiento hipocrático, sustento del conocimiento médico del periodo, la primera hipótesis del contagio que provocaba la peste era debido a la corrupción de aire. “Esta tesis ya se encontraba en los escritos hipocráticos Epidemias I y III e igualmente desarrollada por Galeno en *De differentiis febrium*, y en el Canon de Avicena se encontraba su posición más acabada” (Carreras, Mitre, y Valdeón, Julio, 1985p. 21). En estos manuscritos se señalaba que el aire perdía su pureza por las condiciones climáticas o la influencia de los astros con la Tierra, este principio conllevó a considerar al aire como un factor fundamental en la escogencia de los sitios en donde se debían construir las ciudades, pero afectó de forma radical la lógica del ordenamiento urbano.

negativa, una reacción de rechazo y marginalidad; la reacción a la peste es una reacción positiva, inclusiva, de observación y de formación del saber. Se pasa de una tecnología del poder que expulsa, excluye, prohíbe, margina y reprime, a “un poder que es por fin un poder positivo, un poder que fabrica, que observa, un poder que sabe y se multiplica a partir de sus propios efectos” (Foucault, 2000, p. 52).

Los mecanismos del poder que se ejercieron sobre los leprosos fueron variados, pero efectivos, ya sea para rechazarlos o negarlos como para invisibilizarlos, perviviendo incluso en la sociedad actual³². En todo caso, el modelo de exclusión de los leprosos, donde el individuo a quién se expulsaba para purificar a la comunidad, desapareció entre finales del siglo XVII y comienzos del XVIII (para el caso europeo) en la medida que fue disminuyendo el número de enfermos de este mal, matizando el control social sobre la población enferma.

Sin embargo, lo anterior no operó para las ciudades puertos en las colonias españolas, el análisis de las fuentes permite observar que operaron dinámicas sociales que superaron el miedo, la exclusión o la distancia frente al leproso. Los diálogos entre lo global y lo local, exponen como operaron las lógicas del poder imperial bajo los intereses locales, que, para el caso de la

³² En las sociedades actuales, ya no es el leproso el sujeto a rechazar o invisibilizar. El protagonista cambió por otros seres humanos tipificados como marginales que habitan lugares de destierro, tales como, alcantarillados o debajo de los puentes. Los mecanismos de rechazo o invisibilización social de los cuales fueron instrumento los leprosos, perviven hasta nuestros días. Otros enfermos han sufrido rechazo similar, en su momento los enfermos de SIDA fueron víctimas de estos mecanismos de control.

lepra fue posible evidenciar continuidades con base a las representaciones sociales de los cuerpos enfermos de este mal, la norma del no contacto entre sanos y leprosos nunca sucedió, por lo menos, para el caso de las urbes mencionadas. En las colonias se evidenció una resignificación del cuerpo leproso que sirvió de excusa discursiva para los ejercicios del poder religioso. La marginalidad para el caso de las colonias americanas y en especial Cartagena y Lima no implicaba una acción de rechazo o exclusión del cuerpo leproso, esta resignificación se sustentó desde las experiencias de San Francisco de Asís, el cual funda una nueva concepción sobre la caridad basado en los valores cristianos.

4.2 Marginalidad o degredo, formas de control social

No todos los procesos de marginalidad social recaen sobre excluidos y no todos los excluidos son marginales, esta ambivalencia entre conceptos es una forma categórica de intentar comprender las tensiones sociales que se gestaron alrededor de la lepra. El estigma social que se edificó de este mal impregnaba de igual forma con el mismo concepto negativo a su hospital. También se debe matizar el concepto de hospital cuando de lepra se habla, ya que, para las colonias, aunque en el tinero los lazaretos se llamaban hospitales, en la realidad, la mayoría de ellos no pasaba de ser leproserías cuyo único fin era el de albergar a los leprosos hasta el final de sus días. Esta

heterogeneidad generalizada debe enfocarse desde lo local, respetando las particularidades de cada uno de los lugares donde se encontrase un espacio de reclusión para los leprosos.

Ahora bien, la idea de la exclusión y la marginalidad social en el caso de la lepra necesariamente conduce a la construcción de nuevas clasificaciones sociales, teniendo en cuenta el aparato ideológico desde el cual se parte, sin perder de vista que la lepra era una enfermedad que fractura algunos de los condicionamientos sociales de la época colonial como casta o raza y género. Esta perspectiva de análisis de este fenómeno social, en el periodo estudiado, posibilita realizar comparaciones sobre otros fenómenos sociales situados en lugares distintos pero con características similares, así como contrastar formas de exclusión social diferentes y procesos de marginalidad social atravesados por el imperativo religioso y comunitario de la caridad y la asistencia social sobre el enfermo de lepra, teniendo presente la legitimidad de las medidas sociales impuestas a este grupo de enfermos, ya sea desde las cosmovisiones teológicas dominantes, o bien desde las nuevas concepciones científicas que para la época generaron una nueva categoría como la raza de lazarinos.

Los procesos sociales tipificados como marginales durante el periodo colonial están inmersos dentro de las lógicas simbólicas de una sociedad sacramental. El afuera o el adentro como categorías que racionalizan el espacio público o el espacio de la ciudad, imponían rituales de exclusión que

aplicaban para las personas acusadas de poseer la enfermedad, y así darles la categoría de leproso. Kristen Block (2017), expone que para el caso de los leprosos en las colonias británicas y francesas incluyendo las islas del caribe, la exclusión y la separación de los leprosos fueron totales, dado que esta enfermedad era considerada como una abominación de la impureza socavando la total integridad del cuerpo humano. Para Rod Edmond, “el cuerpo leproso es la más horrenda manifestación (instancia de muerte), infección mortal de por vida, algo de lo que se debe rechazar” (citado por Block, 2017, p.283). Aunque los argumentos para este caso particular recaen sobre ideales raciales, en las concepciones políticas de estos lugares, la lepra es un peligro para los propósitos del imperialismo; sobre los leprosos se debía ejercer un control no solo de su cuerpo sino también uno sobre su circulación en un espacio. En este mismo sentido argumenta Megan Vaughan (1991), una de las pioneras de los estudios basados en la relación de la biomedicina y el colonialismo en las misiones de leprosos en las colonias británicas en África, como las biopolíticas del imperialismo producen exclusiones y segregaciones en algunos momentos mesuradas de los leprosos.

El estigma del cual fue víctima el leproso iba más allá de las representaciones del pecado en su cuerpo. Para el caso de las colonias británicas, la lepra era un enemigo de la producción agrícola dada la capacidad de contagio de la enfermedad, este condicionamiento se mueve

dentro de la esfera del otro. Este tipo de exclusión condenó al leproso a cargar su culpa expuesta en una anormalidad que los convirtió en unos antagonistas con relación a la población no enferma.

Pero los antagonismos no solo se limitaron al espectro enfermedad-contagio, como en el caso de las sociedades occidentales medievales, los cuales se estructuraron con base a la procedencia del sujeto o a su linaje. Este tipo de rechazo social configuró procesos de marginalidad social sobre judíos o moros por solo mencionar algunos casos. En las colonias hispánicas en América, la marginalidad estaba sustentada bajo el concepto de cuerpos corruptos. Si se establece un ejercicio comparativo entre la marginalidad colonial y medieval, se encontrarán similitudes importantes, tales como: la estigmatización de un grupo social basados en su ascendencia, su ubicación generalmente en los extramuros de la ciudad y procesos de alteridad, por lo tanto, durante el periodo colonial esto aplicó para negros libres, pueblos de indios, mendigos y enfermos de lepra. Es decir, hubo una continuidad de una práctica urbana medieval que recobró nuevos matices en los espacios locales coloniales, sirviendo además de ejemplo para tipificar el concepto de cuerpos corruptos o cuerpos con capacidad de transmitir a otros sus males.

Dentro del marco temporal colonial se puede afirmar la existencia de procesos de marginación social de un grupo humano en particular con la consolidación de las estructuras de poder. El surgimiento de una nueva elite

posibilitó asimismo el surgimiento de fenómenos de rechazo social situando en el margen urbano a quienes eran excluidos³³.

Las nuevas estrategias del poder se soportaban en categorías como la raza, la pertenencia a una corporación, la ocupación y la identificación cultural, constituyéndose en variables importantes para la determinación de la posición de un individuo en la sociedad urbana (Hoberman y Socolow, 1993, p.33).

Ana Paulina Malavassi Aguilar (2003) plantea que para los primeros siglos del periodo colonial es más factible sustentar la idea de una marginalidad a una segregación. Los documentos consultados dan muestra que la cercanía de los leprosorios y en algunos casos la construcción de estos en las inmediaciones de la ciudad, infiriendo que la marginalidad social se encontraba asociada a la caridad y la mendicidad. Esta hipótesis desarrollada por Malavassi, es un punto de encuentro, dado que las fuentes trabajadas para el caso de Cartagena de Indias y Lima ubican al hospital en cercanías de la urbe, generando dinámicas sociales entre sanos y leprosos.

La ubicación geográfica de los leprosorios da cuenta de la estima y los temores que algunos sectores sociales poseían hacia los leprosos. La selección del sitio para albergar a los infectos usualmente es conflictiva, así,

³³ Aunque el tema de la marginalidad es muy poco trabajado para el periodo colonial, el trabajo realizado por Geoerges, B., Charlotte, A. y Michel, B. (1998) *Poder y Desviaciones, Génesis de una sociedad mestiza, siglo XVI y XVII*. Es uno de los textos que permite inmersión a los procesos sociales que condujeron a la marginalidad social durante el periodo colonial.

por ejemplo, en Costa Rica la cercanía a poblaciones y la dirección de los vientos, fueron elementos que se valoraron con sumo detalle para construir los hospitales de San Lázaro y evitar el peligro de contagio para los sanos. Además, por ejemplo, el leprosorio de La Habana fue situado en un vecindario habitado por los miembros menos deseados de la sociedad:

No podía ser más inhumano y desgarrador el cuadro que constantemente se ofrecía a la vista de los pacientes de lepra rodeados por el cementerio, el Hospital de Dementes, la Casa de Variolosos y las célebres canteras de presidio. Se trata de un vecindario donde se combinan la muerte física y la muerte social, donde hay tumbas para los muertos y también para los vivos. Es un sitio donde la sociedad entierra a todos aquellos elementos que le causan tribulación e impotencia. Sin embargo, esto no es óbice para los conflictos comunales, que afloran cobijados por el supuesto miedo al contagio, pero que en realidad se originan en la disputa por el espacio vital. Por ejemplo, los enfermos de La Habana en varias ocasiones sufren el corte del suministro de agua por las poblaciones vecinas, que alegan que los leprosos están contaminando las fuentes con su presencia. En parte es posible que medie el temor, pero también debe considerarse que Cuba históricamente ha padecido problemas de suministro y distribución de agua; de ahí que, la comunidad sana no esté dispuesta a compartir un bien tan preciado como escaso con un grupúsculo de desterrados sociales (Malavassi, 2003, p. 18).

En síntesis, para Malavassi (2003) durante el período colonial no se percibe una continuidad en la estigmatización de los leprosos con respecto al medioevo; es decir, no se da una asociación entre la lepra y la corrupción moral, situación que se demuestra ante la ausencia de un discurso de la Iglesia con respecto a dicha enfermedad. Además, la meta de aislar al enfermo se torna ilusoria en la medida que los leprosarios que se construyeron no garantizaban condiciones higiénicas y de atención a los internos, haciendo que estos circularan y tuvieran contacto con otros pobladores (sanos y enfermos)³⁴.

Sin embargo, esta investigación se distancia de la conclusión anterior, dado que las fuentes trabajadas exponen una continuidad de los imaginarios medievales, reducir el fenómeno social de convivir con leprosos a la variante de la marginalidad implica dejar por fuera variables como la religión. La caridad, es un condicionante del discurso cristiano que se edificó bajo una nueva reinterpretación del cuerpo de Cristo, este elemento discursivo se tradujo en una práctica social ampliamente difundida entre las sociedades occidentales medievales a partir del siglo XI la cual implicó, el surgimiento de lugares de la piedad. Otro argumento que amplifica la continuidad del imaginario medieval, son las enseñanzas de San Francisco de Asís replicadas

³⁴ Pilar Gardeta Sabater (1999), Discurso sobre una enfermedad social: La lepra en el Virreinato de la Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX, 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), desarrolla ampliamente los debates médicos del último período colonial, entre los cuales aborda ampliamente las teorías contagionistas y no contagionistas de la Lepra.

por sacerdotes de las órdenes mendicantes que hicieron presencia en algunas urbes del continente americano, permitiendo que dichas comunidades religiosas asumieran la administración de los leprosorios para hacer expiación.

Es por ello por lo que la ciudad y la distribución de los espacios cobran un valor mayor en este análisis dado que posibilita descubrir cuáles fueron los lugares y los momentos de encuentros entre leprosos y sanos, pero a su vez, comprender cuales eran los sitios prohibidos para ellos dentro de estas urbes. Esta percepción del problema permite establecer, con base en las fuentes, cuáles fueron esas fronteras urbanas que existieron en Lima y Cartagena que facilitaron el contacto social entre sanos y leprosos, que en teoría no podían tener roce entre ellos. Esta hipótesis plantea una lógica de la distribución del espacio de doble cara, estar adentro de los extramuros de la ciudad garantizaba seguridad y orden, pero el estar afuera de ellos implicaba lo contrario: desorden e inseguridad.

Las fronteras naturales dentro del entorno urbano del adentro y afuera son necesariamente los límites internos de la ciudad, los caminos que conducen al afuera, los puentes que conectan ambos espacios o las entradas y salidas fiscales como las garitas. Este paisaje urbanístico colonial matizado por la jerarquía de los espacios sociales, por la ubicación y clasificación de las gentes que habitaban dichas urbes, también se caracterizó por la ubicación de espacios del riesgo como por ejemplo el Hospital de San Lázaro.

El estatus de un leproso en términos legales era nulo, en ese sentido es posible afirmar con certeza que la invisibilidad social reposaba bajo los tecnicismos de la ley en los tiempos coloniales, esto explica la pérdida de las categorías de vecino o habitante inclusive la de siervo o plebeyo. Según Susan Socolov (1993) en la introducción del texto *Ciudades y sociedad latinoamericana colonial*, la intención de habitantes iguales ante la ley nunca fue un ideal ibérico. En ese sentido, la construcción de una sociedad basada en la pureza de la sangre concedió distintos niveles de derechos y deberes en estas sociedades coloniales que se traducían en el uso de los espacios de la ciudad. Aunque las distancias entre las categorías raciales de la época colonial eran evidentes, los espacios marginales periféricos ubicados en las afueras de estas ciudades brindaban una serie de matices que se deben tener en cuenta a la hora de realizar un análisis que ubica al leproso como un actor social. En consecuencia, la reflexión debe ser atravesada por los elementos simbólicos del cuerpo enfermo y sus representaciones sociales, su lugar dentro del esquema de la ciudad y los espacios de encuentros con cuerpo social sano.

Contraer lepra despojaba de imposiciones sociales establecidas por la sociedad colonial a los vecinos y habitantes de las urbes, el leproso asumía una nueva condición matizada por la representación del pecado, la miseria y la caridad. Por lo tanto, estas representaciones tuvieron un lugar en la estructura organizativa de las ciudades. En este sentido, hablar de lugares

de la miseria o del espanto conducen a las funciones que fueron designadas para ciertos espacios y los mecanismos de inclusión o exclusión a partir de zonas de frontera que nacen de señales naturales que muestran las proximidades a factores riesgo. Esta hipótesis de la existencia de fronteras sociales en las ciudades de Lima y Cartagena surge del análisis de la distribución de su espacio y de la ubicación de los Hospitales de San Lázaro.

La ubicación de los lazaretos marca un afuera con relación al adentro. Los límites del orden y el origen del desorden son características antagónicas que en un primer vistazo categorizan la exclusión de las gentes que habitan en el afuera, pero que claramente en las dinámicas propias de este tipo de urbes muestran la inclusión en la vida urbana de los leprosos generando espacios de encuentros o espacios frontera.

La biopolítica y la anatomopolítica, justifican desde la lectura sintomatológica de la lepra las prácticas socioculturales de la exclusión durante los siglos XVI al XVIII en las colonias americanas, pero no necesariamente este enfoque permite la explicación de prácticas sociales que van en el sentido contrario de la exclusión. La caridad, debe ser entendida como un proceso de reconocimiento del desvalido socialmente, lo interesante para este caso particular del leproso son las prácticas caritativas franciscanas que fijaron nuevas lógicas al ejercicio de la caridad. Pero el biopoder ejercido desde mediados del siglo XVIII ubicó al leproso como un enemigo de la salud pública y del desarrollo económico, la prueba de ello es

la intención de sacar de las inmediaciones de las urbes los hospitales de San Lázaro y ubicarlos en espacios alejados de las ciudades aplicando la antigua norma del degredo.

El degredo se asume como una política de aislamiento para enfermos o delincuentes, que nace de una preocupación por la salud y el bienestar de la comunidad para restarle terreno a la muerte frente a períodos de pestes o enfermedades como la lepra³⁵. 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.

El degredo, 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 que data de las antiguas civilizaciones de occidente y que posteriormente se practicaba en los pueblos del mundo medieval, se convirtió en un ritual obligatorio. Así, por ejemplo, en la Biblia, en el Levítico, se ordena que el leproso debiese 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 “un juicio espiritual y no médico, el sacerdote solamente juzgaba espiritualmente y no la gravedad de la enfermedad” (Obregón, 2002, p 34). Por otra parte, también se ha

³⁵ Sobre la información sobre el degredo: Alzate, A. (2007). *Suciedad y Orden, Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810*; Rodríguez, A. (1999); y Silva, R. (2007). *Las epidemias de Viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*.

interpretado esta ceremonia como un caso excepcional de epidemiología racional en la antigüedad y que ha ejercido una influencia en la práctica de salud pública hasta nuestros días, donde el control de enfermedades como la lepra involucra diagnóstico diferencial, aislamiento, cuarentena y desinfección.

La prohibición de comunicarse con los leprosos en vida trascendía a la muerte y con una censura corporal, no se permitía enterrarlos en cementerios y sepulcros comunes. Sus cadáveres se transportaban a entierros particulares. Durante el padecimiento de la enfermedad, se creía que la putrefacción, como anticipo del fallecimiento, hacía que el cuerpo exhalara vapores que contaminaban el aire y por ende se aumentara el contagio. Esta creencia dio pie a que se realizaran en algunas iglesias ritos particulares para separar a los leprosos de la comunicación con los sanos, por ejemplo, lo ya relacionado con los porrochos, como una ceremonia especial de traslado del paciente fuera de los muros de la ciudad. A lo cual, el doctor Josep Bravo (1761) relataba:

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 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 pidiereis 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 esta canasta con los cuales recibid la limosna y acordaos de rogar a vuestros benefactores (p. 36).

Es así como el doctor Pedro Josep Bravo exponía cómo el elemento religioso, médico y la relación muerte-lepra impulsaron el aislamiento o degredo como medida de contención de la enfermedad. Por otra parte, si la creación de los hospitales para lazaretos en los puertos los conecta con una tradición mercantilista, las prácticas sociales frente a la lepra se mantienen ancladas a prácticas 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 Metrópoli, sin embargo, estas estructuras mentales y sociales, sí configuran nuevas realidades teniendo de fondo la herencia del mundo europeo. El degredo 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.

Las características del degredo en el escenario colonial se encuentran documentadas y es necesario precisarlas. Rodríguez (1999) 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.

Silva (2007) 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, en Cartagena, se separaba a los viajeros en un lugar de degredo hasta que el protomédico de la ciudad y las autoridades sanitarias los examinaran y descartaran cualquier probabilidad de contagio a la población.

Con lo anterior es posible encontrar dos puntos de vista diferentes del mismo concepto; mientras que para Rodríguez (1999) el degredo consiste en la acción de separar o aislar al ente contaminador, para Silva (2007) 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 lo tanto, al degredo se

le atribuye el 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 Castro (2005), se convierte así en la concreción empírica de un modelo ideal, que como se ha dicho, buscaba la instauración social de un orden, entendido este como una solución en medio de una crisis, en tal sentido, el degredo era comprendido como una “zona higiénica”. Para el caso de la lepra en la ciudad de Cartagena, la exclusión y en concordancia con la afirmación de Platarrueda y Agudelo (2004), 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 Michel Foucault (1975), que las sociedades construyen lugares, rituales, valores e imágenes destinados a poner distancia a suprimirlas; Sevilla (1995) 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 se entiende el degredo como una medida transitoria o definitiva de separación del ente contaminador, se deben clasificar las formas de degredo que existieron en el mundo colonial y preguntarse si esta política de salud pública funcionó de la misma forma por fuera del escenario europeo español.

Para responder a esta pregunta, se pueden establecer cuatro niveles de formas de degredo que se dieron en la Nueva Granada; i) como una

medida transitoria para viajeros entre una ciudad y otra; ii) como una prohibición del tránsito de toda clase de enseres entre ciudades en periodos de pestes; iii) como una medida de separación momentánea de algún enfermo mientras se recupera, esta medida es conocida actualmente como cuarentena y; iv) 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 la enfermedad. 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 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 lazarinos (Montoya y Flórez, 1910, p. 18).

Este proceso de segregar, aislar o someter al degredo a algunos miembros de la comunidad es lo que Moore (1990) 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 gobernar. En 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 leprosos que pedían limosna; además, el número de enfermos había aumentado, por tal motivo se debía trasladar el hospital de a otro sitio (A.G.N., 1796, p. 322).

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.

Aunque en Cartagena y Lima se encuentran formas similares de aislamiento de los leprosos en el marco de una marginalidad periférica para el siglo XVIII, cada urbe respondió desde sus dinámicas internas. El degredo como una forma jurídica de separación total del enfermo de lepra de la población sana solo se va a lograr con la aplicación de normas higiénicas a finales del siglo XVIII, para finales del siglo XIX los leprosos en Colombia y Perú serán reubicados en pueblos para ellos, como en Agua de Dios (Departamento de Cundinamarca) para el primero y el departamento del Amazonas para el segundo.

4.3 La caridad y las fronteras urbanas

La caridad se convierte en un elemento clave para el cristianismo, siendo esta una virtud teologal que se entiende desde la acción por la que se ama más a Dios por sí mismo sobre todas las cosas y al prójimo por ese mismo amor a Dios. Sin embargo, con el paso del tiempo, la caridad se empezó a entender como la mera acción de donar y se instrumentalizó para conseguir indulgencias o la salvación eterna, inclusive, se llegó a confundir con las obras de misericordia que en un principio alentaban a la solidaridad sin retribuciones; y acciones como visitar a los enfermos y a los presos, dar

de beber y de comer a quien tiene sed y hambre, salvar al cautivo, vestir al desabrigoado, recoger a extraviados y peregrinos y enterrar a los muertos, se transformaron en la base de un sistema de recolección y depósito de donaciones que financiaron la construcción y el sostenimiento de leprosarios e iglesias.

Para Richard Sennett (1997) el ejercicio de la caridad fue clave en la configuración del diseño urbano desde la alta edad media hasta el inicio del renacimiento. Así, por ejemplo, para el caso de la ciudad de París, en el año 1250, la introducción de la Biblia de San Luis y el conocimiento del sufrimiento del cuerpo de Cristo en la cruz indujo a los parisinos a crear espacios de la ciudad destinados al ejercicio de la caridad.

La caridad fue la acción práctica que significó un puente de comunicación entre las semiosferas representadas por los sanos y los leprosos; estas formas de asociación no solo variaron según los espacios permitidos por la comunidad sana, sino que también en sí mismos, significaron lo que Lotman (1996) determina como las negociaciones de frontera. Los hospitales, la limosna, los auxilios sociales y la disposición de crear ciertos impuestos destinados para la manutención de los leprosos fueron configurando un circuito de asistencia social hacia estos enfermos a mediados del siglo XVIII, que se entienden no solamente desde la virtud del buen cristiano sino también a partir de las negociaciones de frontera.

Iuri Lotman (1996) aporta una serie de conceptos desde la semiótica para comprender este fenómeno de caridad para el caso de los leprosos. En tal sentido, aborda la comprensión de este fenómeno desde la virtud del buen cristiano y la pobreza, dignificada por el evangelio y utilizada como 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 la caridad; esta virtud cristiana constituía otro medio primordial de salvación. De aquí el encuentro de ambas en los monasterios, cabildos, obispados y entorno a los 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 peregrinos (Soriano, 1972, p.47).

La figura del pobre y de la miseria eran características que convirtieron al lazarino en el primero que debía recibir la asistencia social. Esto se hizo claro, específicamente en el documento de Pedro Fermín Vargas (1795), 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. No obstante, esta relación social basada en la caridad se

superponía sobre el miedo e imagen infundida por varios siglos incrustada en la tradición medieval.

Ubicar la caridad dentro de un determinismo religioso conduciría a un error evidente. La misericordia y la ayuda al prójimo son elementos que se encontraban alojados en la tradición y prácticas religiosas de la sociedad colonial, pero estos circuitos de ayuda también respondían a la necesidad de control que se debía ejercer a estos enfermos. La comunidad pagaba un precio por el método utilizado, la segregación o el degredo obliga a la sociedad a crear mecanismos de ayuda para suplir de las necesidades básicas a los leprosos que, durante los siglos XVII y XVIII, eran rotulados como seres miserables e infelices y portadores del pecado.

Así mismo, como las prácticas de asistencia social (caridad) de sanos hacia leprosos significaron una serie de negociaciones en los que se han tipificado cómo frontera a partir de la propuesta de Lotman. La figura de Jesús entra a mediar entre estas dos semiosferas; esto quiere decir, que estas prácticas sociales posibilitaron la aplicación de una geografía de la piedad en la medida que el espacio urbano se convirtió en el escenario para objetivarlas. Esta propuesta permite comprender cómo se configuró la marginalidad del leproso y cómo se conectaron nuevas variantes semióticas que hacen parte de las representaciones del enfermo de lepra, entre ellas, la mendicidad. Esta estrategia de ingreso económico permitió la subsistencia de los leprosos a los cuales se les habilitaron espacios en las inmediaciones

de la ciudad para recibir la dádiva por parte de los habitantes de Cartagena de Indias y Lima.

Otra variante que justifica la existencia de los hospicios es la materialización de la piedad cristiana, la creación de hospicios en la mayor parte de ciudades en el viejo mundo se debe a este propósito. Para Stuart Woolf (1989) no hubo una brusca transformación de un modo medieval a un modo moderno de abordar la pobreza. La asistencia a partir del siglo XV (especialmente dentro de las ciudades italianas que él estudia) se canalizó a través de una forma discriminatoria y es por ello por lo que se prefirió hacerla por medio de estructuras institucionales (hermandades, hospicios, montes de piedad) en lugar de personalizar la limosna, librándose así de la responsabilidad que esto conllevaba. Señala también que en muchos casos la caridad se hizo estrictamente urbana lo que explica por qué los vagabundos asaltaran las ciudades. El significado de la beneficencia incluye entonces una contradicción interna: los bienes y las rentas de la iglesia, así como las obras de misericordia de los fieles, están destinadas a atenuar las desigualdades sociales, no a suprimirlas. La limosna tiene por destino preservar la estabilidad del orden social que es en lo que consiste la paz (Chuhue, 2016, p. 32).

Las obras de caridad hicieron parte de la política colonial por Isabel la Católica, Carlos V y Felipe X. Por ejemplo, el 7 de Octubre de 1541 el Rey Carlos V y el Cardenal Gobernador ordenaron:

Encargamos y mandamos a nuestros virreyes, audiencias y gobernadores que con especial cuidado provean que en todos los pueblos de españoles e indios de sus, provincias y jurisdicciones se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana³⁶.

La existencia del hospital como un lugar de alivio materializa la piedad real, ya que fue la forma de expresar la preocupación que sentían los monarcas por la salud de sus súbditos. Felipe II en 1587, Felipe III en 1612 y Felipe IV en 1624, en sus instrucciones para los virreyes señalaron que estos estaban obligados a visitar anualmente los hospitales, vigilar su construcción, la distribución de sus rentas, para que se “llevara un mayor consuelo y alivio a los enfermos”:

Mandamos a los virreyes del Perú y Nueva España que cuiden de visitar algunas veces los Hospitales de Lima y México y procuren que los oidores por su turno hagan lo mismo cuando ellos no pudieran por sus personas y vean la cura, servicio y hospitalidad que se hace a los enfermos, estado del edificio, dotación, limosnas y forma de distribución, y porque mano se hace, con que animaran a los que administran a que con el ejemplo de los virreyes y ministros sean de mayor consuelo y alivio a los enfermos y a los que mejor asistieron a su servicio favorecerán para que les sea parte de premio. Y asimismo mandamos a los presidentes y gobernadores

³⁶ Recopilación de las Leyes de Indias (1680). Libro I. Título IV. De los hospitales y cofradías. Ley I. Que se funden hospitales en todos los pueblos de españoles e indios.

que en las ciudades donde residían tengan este orden y cuidado (Chuhue, 2016, p. 34).

La estructura caritativa que operó con base a la asistencia no solo de los leprosos sino también de otros miserables que hacían parte del escenario social colonial, posibilitó la captación de recursos económicos para asistirlos. Esta estrategia fue ampliamente utilizada por las órdenes religiosas para asegurar su existencia en las colonias y sustentar sus obras pías. Los dictámenes del Concilio de Trento acordaron que los hospitales dependían de la iglesia por ser instituciones religiosas, aun cuando los fundadores y las personas que atendiesen en este espacio fuesen laicos. Esta relación entre lo religioso y lo laico es clave, ya que refleja que la iglesia necesitaba de la beneficencia privada para dar un sentido de vigencia y existencia en su funcionamiento. El monopolio económico que ejerció la iglesia sobre esta clase de recursos sirvió de base, como en el caso limeño, de un proceso la apropiación de tierras cuyo fundamento jurídico fueron la constitución de parroquias en barrios marginales ubicados a las afueras de las urbes, pero dentro de las inmediaciones de la ciudad.

4.4 La ciudad y el reformismo ilustrado

Hablar de ilustración en las colonias americanas es un tema complejo por los distintos nodos que se tendrían que incluir desde lo político, lo social, lo económico y lo científico; sumado a ello, la inclusión de algunas medidas

e ideas ilustradas generaron los movimientos emancipatorios republicanos de inicios del siglo XIX en todo el continente y con ellos, procesos de inestabilidad política en algunas de las nacientes repúblicas³⁷. Sin embargo, el impulso ilustrado permitió la concreción de medidas que se llevaron a cabo en Lima y Cartagena en la segunda mitad del siglo XVIII para afrontar los retos y situaciones que presentaban para la salud pública y el orden social la situación de los leprosos.

Sin duda alguna, la sombra teórica de Foucault (1975) es un componente importante cuando se habla de este tipo de medidas las cuales conciben a la población como una entidad con potencial bajo las lógicas de la productividad económica. Aunque de fondo, en el escenario cultural, más allá de las dicotomías del poder primaban tensiones entre lo tradicional y lo moderno que surgieron alrededor del tratamiento de la lepra y su asistencia.

El tránsito de lo individual a lo colectivo como una estrategia para el control de las enfermedades y las epidemias impactó directamente al escenario urbano porque implicó la transformación de espacios ajustados a los nuevos criterios higiénicos. La higiene y el funcionamiento de la medicina preventiva como instancia del control social, debía ampliarse a

³⁷ Las luchas internas entre intereses macroregionales como la gran nación de Bolívar o los intereses micro regionales expresados desde las necesidades locales fueron caldo de cultivo de discusiones y conflictos internos que en algunos casos duraron todo el siglo XIX, como el caso colombiano. Estos inconvenientes atrasaron el desarrollo del proyecto ilustrado y con ello la modernización de las naciones latinoamericanas.

partir de una concepción colectiva que tiene como objetivo principal el bienestar común.

Una muestra de lo anterior tiene que ver con la intervención del espacio urbano en general. La ubicación de los diferentes barrios, su humedad, su exposición, la aireación de toda la ciudad, su sistema de alcantarillado y de evacuación de aguas, la situación de los cementerios y de los mataderos, la densidad de la población, se constituyen en factores que juegan un papel decisivo en la mortalidad y la morbilidad de los habitantes. La ciudad con sus principales variables espaciales aparece como un objeto de medicalización. Mientras que las topografías médicas de las regiones analizan datos climáticos o hechos geológicos que no pueden instrumentalizar y que sólo sirven para sugerir medidas de protección o de compensación, las topografías de las ciudades esbozan, aunque sea en términos de proyecto, los principios generales de un urbanismo concertado.

La ciudad patógena dio lugar en el siglo XVIII a toda una mitología y a temores muy reales (el osario de los Inocentes fue en París uno de esos lugares simbólicos saturados de miedo); esta ciudad patógena favoreció en todo caso un discurso médico sobre la morbilidad urbana, así como una intensa vigilancia médica de todo un conjunto de remodelaciones, construcciones e instituciones (véase, por ejemplo, J. P. L. Morel: *Dissertation sur les causes qui contribuent le plus a rendre cachectique et rachitique la constitution d'un grand nombre d'enfants de la ville de Lille* (París, 1812) (Foucault, 2000, p. 328).

De un modo más preciso y más localizado, las necesidades de la higiene reclaman una intervención médica autoritaria en determinados espacios considerados focos privilegiados de las enfermedades: las prisiones, los navíos, las instalaciones portuarias, los hospitales generales en los que se concentraban vagabundos, mendigos, inválidos, e incluso los hospitales mismos donde la organización médica era la mayor parte de las veces insuficiente, y donde se reavivaban y complicaban las enfermedades de los pacientes, cuando no se difundían al exterior gérmenes patógenos. “Se aíslan así en el sistema urbano zonas que hay que medicalizar con urgencia que deben constituirse en puntos de aplicación del ejercicio de un poder médico intensificado” (Foucault, 1999, p. 336).

Estas regulaciones que se centran en la higiene sirven de fundamento de la biopolítica, la cual sienta sus bases en las colonias españolas a finales del siglo XVIII. Las urbes sufren transformaciones paliativas que no corresponden al desarrollo total de una propuesta administrativa como los cambios que implicaron el total de las reformas borbónicas, generando resistencias que pasan por la tensión entre lo moderno y lo tradicional.

Sin embargo, la aplicación de las reformas borbónicas 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 naciente modelo el cual se comprenderá dentro del proceso de la modernización

tardía colombiana, de acuerdo con Silva (2005) en su escrito: *La Ilustración en el virreinato de la Nueva Granada*, 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 (2007) 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 universo moral cristiano como una segunda conquista espiritual. A menudo estos dos aspectos se superponen, pero sirven a los mismos fines. “Esta estrategia de control de la sociedad colonial pasa entonces, inevitablemente, por el cuerpo de los súbditos” (Alzate, 2007, p. 12). 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 orden (Alzate, 2007). Este proceso incorporó 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 limitada” (2005, p. 26).

Ahora bien, no solo desde el ámbito del conocimiento, sino también desde su influencia social, el Estado adquiere cada vez más un papel protagónico; para Santiago Castro (2005), 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 mundo” (Castro, 2005, p. 186). En este escenario de saber-poder que propone Castro (2005), 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.

Richard Chuhue Huamán (2016), expone que una de las posibles fórmulas para medir el accionar borbónico en la Lima de la segunda mitad del siglo XVIII son algunas disposiciones sobre los hospitales, se pasa de una piedad barroca a una caridad ilustrada. Aunque esta forma de caridad solo fue visible en el discurso, si trató de implementar nuevos comportamientos entre los habitantes de la ciudad. Un ejemplo de ellos fueron las disposiciones respecto a la vagancia que fueron establecidas en España en

el siglo XIV con una ley dada por Enrique II en las Cortes de Toro de 1369; sus sucesores repitieron dicha medida, aunque con algunas variantes las mismas se insertaron en el Título 14 del Libro 8 de las Ordenanzas Reales de Castilla de donde pasaron a la Nueva y a la Novísima Recopilación. En la época de Felipe II, la vagancia no constituye de por sí un delito, pero se ordenó abandonarla y la resistencia a renunciar a ella fue un hecho punible que se castigó por lo general con el destierro. Con Felipe V se le consideró delito penado con galera y azotes.

Para los gobernantes Borbones no era delito, pero los vagos eran destinados, si eran útiles, al servicio militar de la Armada. La Constitución de 1812 volvió a imponer la consideración a la vagancia como un delito, pero con el carácter especial de agravante (Chuhue, 2016, p. 41).

La caridad, nunca estuvo mal vista hasta que llegó el siglo XVIII. La mendicidad y la vagancia eran parte casi natural del paisaje limeño de dicha época, lo cual fue combatido por las ideas foráneas que condenaban dichas prácticas por no favorecer al desarrollo del Estado ni el progreso de la sociedad. Por tanto, en los centros piadosos ya establecidos (como el caso de las Amparadas), así como en los que se volvían a organizar (el Hospicio de Pobres fundado sobre el ejemplo de la Casa de Niños Huérfanos), “se buscó impregnar dicha ideología de amor al trabajo como virtud que erradicaría

los males del tiempo mal empleado, que solo produce nefastos resultados para la comunidad” (Chuhue, 2016, p. 53).

4.5 La limpieza de la sangre y leprosos en el periodo colonial

La lepra, es una enfermedad que ha sufrido una serie de transformaciones epistemológicas a lo largo del tiempo. Desde su asociación con el pecado, de podrición del alma, como corrupción del cuerpo, de enfermedad infecciosa y por supuesto como una enfermedad que habita en linajes de humanos de menor rango.

Trabajos como los de Megan Vaughan (1991), Jane Sung Hae Kim (2012) y Kristen Block (2017) sustentan la idea que es imposible no incluir esta variante dominante en sociedades que estuvieron bajo el yugo colonialista. Aunque estos trabajos se enfocan en escenarios colonialistas del siglo XVIII y XIX como Asia Oriental, Oceanía, África Occidental y algunas islas del gran Caribe, el ejercicio del poder colonial pasa por la colonización de los cuerpos. Un trabajo que apunta en el mismo sentido, pero se enfoca en el período medieval es el de Ephraim Shoham-Steiner (2014), quién expone, que durante esta etapa al pueblo judío se le sumó un estigma más del cual eran acusados, ser portadores del mal de San Lázaro.

La biopolítica se posiciona como un concepto hegemónico en este tipo de trabajos, impulsando diferentes cuestionamientos a la historia de la

lepra, produciendo lecturas sintomáticas de las prácticas socioculturales de la *exclusión*. En este sentido, la segregación se establece como un patrón universal de conducta donde entran en juego intereses de toda índole. Por lo tanto, el degredo como medida higiénica para controlar el surgimiento de una enfermedad, igualmente significa un control corporal que permite establecer diferencias raciales entre dominadores y dominados.

La construcción de la otredad pasa por establecer formas para controlar el cuerpo, codificaciones corporales que establecen diferencias biológicas que marcan una referencia con ese otro dominador. Es bien sabido que los europeos colonizadores empezaron a suponer diferencias fundamentalmente biológicas con los africanos, para el siglo XVIII el naturalista francés Buffon aclaró que los amerindios o nativos americanos eran en todo sentido inferiores a los europeos. Estas diferencias raciales sustentaron la posibilidad de transmisión de enfermedades de una raza inferior a una superior, consecuentemente, es posible pensar en el surgimiento de un condicionante racial para el caso de la lepra en las urbes coloniales. Asumir esta postura es entender a la lepra como una sinonimia, dado que en ella se conjugan diferentes adjetivos relacionados con el mal y que pasan indiscutiblemente por el concepto de la raza. Esta ampliación conceptual del mal propone una relación causa- efecto, en donde, la asignación de esta enfermedad a una casta en particular antepone formas de posible contagio agregándole un factor hereditario.

Según Max Hering (2008), antes que la población afrodescendiente fuera codificada bajo el concepto de limpieza de sangre durante los siglos XVI y XVII, fue el antijudaísmo racial y peninsular el que sentó las bases de esta estrategia de racialización colonial. La limpieza de sangre se advierte en el marco estudiado como un racismo antijudío que operó con base en elementos conceptuales como el contagio, la impureza, la herencia y la “raza” como defecto del linaje. Estos principios discursivos, en la cotidianidad, se traducían como un sistema manipulable que excluía o incluía, según la impureza o pureza del candidato fabricada por la voz pública. No se excluía por la pertenencia religiosa, se excluía por el origen del cual se temía se pudiese derivar un comportamiento inmoral debido a la impureza de la sangre. Con el giro antijudío, el racismo se considera su argumento central porque a partir de imaginarios sobre el pasado, la herencia, el cuerpo y el contagio, se excluye y se hace inferior en términos operativos, y “antijudío (no antisemita) porque su fundamentación teológica-aristotélica pertenece a una tradición anterior a la modernidad” (Hering, 2008, p. 13).

El nuevo matiz que se incorporó en Hispanoamérica fue que la limpieza de la sangre se articuló con el color de la piel. Las articulaciones de fronteras sociales entre grupos se expresan de formas múltiples que se representan a partir de mecanismos simbólicos que establecen estigmas sociales, como las nociones de pureza de la sangre. A mediados del siglo XV,

la doctrina de limpieza de sangre se trasladó del campo religioso al campo social, de la ausencia de antecedentes heréticos a la prueba de nobleza. Según esta doctrina, la fe religiosa no cristiana dejó de ser una cuestión de elección para convertirse en una mácula inherente y heredada por la sangre. Al convertirse la religión en un atributo cuasi hereditario se estableció una estrecha vinculación entre pureza de sangre, matrimonio endogámico y (como prueba de la primera) nacimiento legítimo y el término raza, hace referencia a la estructura familiar del linaje como el medio de conservar y transmitir la calidad -o en su defecto, la degeneración o impureza-étnico-religiosa de las personas en función de las uniones matrimoniales desiguales. En este sentido, la nobleza o limpieza absoluta -entre los otros estamentos- denotaba calidad y se justificaba a partir de la raza. Sin embargo, a principios del siglo XVI raza también hacía referencia al linaje maculado, y consecuentemente evocaba la impureza de la sangre, para generar distinciones sociales entre judíos, moros y cristianos (Coello de la Rosa y Dieste, 2016).

En un sentido genealógico, la raza no tenía nada que ver con el determinismo biológico (s. XIX), sino que se hacía referencia a la pureza/impureza de la sangre que se transmitía inevitablemente de generación en generación por medio del linaje con el fin de establecer los límites sociales entre: minorías y mayorías religiosas (Coello y Dieste, 2016, p. 221).

Tras el descubrimiento de América los estatutos de limpieza de sangre se aplicaron no solo a los judíos (1492) y moriscos (1609-1614) que rechazaron la oportunidad de integrarse en el nuevo orden religioso, sino también a todos aquellos “hijos de la tierra de sangre impura” de quienes se desconfiaba por estar mezclados con negros y con indios.

Los indios se enorgullecían de su pureza de sangre, pero muchos españoles consideraban que eran descendientes de las diez tribus de Israel. Asimismo, la rápida aparición de mestizos en todos los rincones del Nuevo Mundo difuminó las concepciones del linaje y el fenotipo como bases para la idea de raza (Coello y Dieste, 2016, p. 227).

En consecuencia, en el escenario de las colonias americanas el trato hacia los nativos se tradujo en un rápido descenso poblacional, lo cual facilitó la llegada de africanos traídos en condición de esclavos, insertándolos en el organigrama social basado en las castas y encontrando en ellos un nuevo objetivo de estigmatización social debido a su color de piel y culpándolos de ser portadores de la lepra.

Esta idea altamente difundida durante el período colonial fue retomada por el doctor Antonio Pérez en su escrito *Tratados de Contagio*, quién, en calidad de Protomédico del Real Hospital San Lázaro de Cartagena, realizó observaciones sobre la situación médica de los lazarinos, este ilustrado, planteó que la lepra no era un problema endémico de una región

en particular; porque siendo así solo la deberían sufrir los de una sola parte del virreinato, pero en el hospital se encontraban recluidos 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. A lo que el médico agregaba:

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 contagiosa (A.G.N., 1776, p. 232).

Este fragmento del documento del médico Antonio Pérez recoge de forma categórica los postulados anteriormente expuestos, en la medida que el indio no es culpable, los blancos se enferman de lepra por culpa de la lactancia de las negras y por averiguaciones la elefancia o mal de San Lázaro proviene de África, concluyendo de esta forma que cuando los blancos sufren de lepra no la contagian y tampoco supone algún peligro para la salud pública, todo lo contrario, para el caso del negro. La disgregación que hace el médico Pérez entre lo indio, lo negro y lo blanco, se encuentra fuertemente vinculada a los paradigmas de la limpieza de la sangre como portadora de

virtudes o portadora de vicios que se hacen visibles en la oscuridad de la piel.

En este mismo sentido se pronuncia el francés Mr. Raymond, celebre médico de Montpellier (Libro traducido al español por Antonio Alcedo en 1786) en su texto *Disertación médico-histórica sobre la elefancia y su distinción de la lepra con noticias acerca del escorbuto, fuego de san anthon, peste, lue venérea, otras dolencias cutáneas inmundas y la historia física de los tiempos y climas*:

Así mismo la lepra, hace estragos en otros países marítimos de África, especialmente en Negricida, donde hay de una especie llamada yaw, aunque más bien es galico (un tipo de lepra), cubre con verrugas toda la cutis del cuerpo, pero cede al uso interno del azufre, del antimonio, siempre que a este siga el tailimo o salvación producida por mercurio y que termine con sudores excitados por los leños oportunos a este fin. Muchos negros de los que van de África a las Indias Occidentales enferman de elefancia, conocidas en las islas inglesas de América bajo el nombre de mal de coyunturas. Esta misma epidemia ejerce sus estragos en Angola. (p. 122)

El doctor Josep Bravo (1761), plantea que:

Al primer engaño pudo dar origen, que suelen abundar *negros enfermos de lepra* y con menos pudor se dejan ver, juzgan más comúnmente los médicos, que proviene de la complicación y contienda de los humores contrarios que se juntan con la *sangre*

melancólica, gruesa, acre y ligosa que destroza la piel y la figura de los vasos que cubre y aflige con un prurito o comezón, ardor interminable y conduce mucho a contraerla, la calidad de las comidas, su mal uso y la depravada constitución y hábitos de los cuerpos en que influyen el aire ardiente, tosquedad de vestidos y descuido en las limpiezas de las habitaciones (p.75).

Según las concepciones médicas de la época los negros son más proclives a contraer lepra no por el desequilibrio humoral que es el causal de la mayoría de los males bajo las concepciones hipocráticas, sino por la suma de un ingrediente que se mezcla con este problema “sangre melancólica”. Esta asociación directa con el linaje recae según el padre en unos malos hábitos de sus cuerpos mostrando una asociación sociobiológica al mal.

Más adelante, el doctor Josep Bravo (1761) en el mismo documento argumenta:

En ambas causas es constante cuanto pueden influir la naturaleza de los negros y su temperamento, siendo oriundos de un clima extremadamente ardiente (a lo que se atribuye que fuese el mal de la lepra tan frecuente entre los árabes y egipcios) y la crasedad de los impuros alimentos de que los negros usan o sus padres, que les transfieren en la sangre el fermento del mal; pues fuera de los antropófagos, hay castas que no excusan animal, ni sabandija que les sirva de vianda, a que se añade el desaseo de los cuerpos y su fetidez aumentaba con la grosería de las ropas y la dureza de la cutis

que pone su piel más dispuesta a la virulenta incrustación que da el accidente elefantico. Que por el aspecto le llamaron también leonino y satiriaco y suele ser tal, aun en los sanos la grosedad del cutis en los pies que resiste al delicado y penetrante filo de la lanceta, según la experiencia de los sangradores (p.77)

Aunque el concepto de raza sea tan conflictivo debido a que puede ser entendido como un anacronismo para el siglo XVIII, Santiago Castro (2005) 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 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 sociobiológicas (Castro, 2005). La postura de Castro propone una línea de análisis totalmente distante de la propuesta de Max Hering (2008). Bajo las lógicas de Castro, con relación a una estrategia de hegemonía social, las consideraciones iniciales dadas al origen de la lepra por parte de los médicos criollos, donde la culpa recae sobre la población africana y esclava como los portadores de este mal³⁸, no puede asociarse bajo el esquema de la pureza

³⁸ En los informes médicos de los facultativos de neogranadinos como Juan De Arias son claras las expresiones en cuanto a las diferencias de la lepra africana y la española. (A.G.N., 1799)

de sangre en la medida que priman disposiciones de orden estamental y económico por lo menos para la segunda mitad del siglo XVIII.

Según Santiago Castro (2005), en el siglo XVIII la clasificación de las “razas” toma un nuevo rumbo cuando deja de ser un concepto que servía para ubicar los orígenes genealógicos de los individuos y comienza a tener un tinte científico social construido por Kant. En la mirada de Quijano (2014) sirve de móvil para hacer una clasificación basada en la raza y en la geografía que justifique una posición subalterna que valide la extracción de recursos que alimentó al esplendor moderno. La explicación kantiana combinaba lo moral con lo físico y dio como resultado el postulado universal que sostenía que las razas de la tierra eran cuatro: blanca, amarilla, negra e indígena americana. Los principales atributos físicos de la raza se fijaban en el color de la piel, y aquellos morales se situaban en la capacidad o incapacidad de actuar moralmente:

Si los indígenas americanos estaban en el último escalón de las razas significaba también que eran incapaces de la actitud moral para la cual el blanco está plenamente capacitado, la misma que le hace protagonista de la Historia del Progreso (Carrillo, 2017, p.46).

Las fuentes que sustentan esta investigación apuntan en la dirección de la propuesta teórica de Hering, dado que los discursos coloniales alrededor del mal de San Lázaro son asociados a la población africana basados en una escala moral que se sustenta con los niveles de melanina de

la piel. El médico Juan de Arias, protomédico de la ciudad de Cartagena de Indias en la última década del siglo XVIII, redactó un informe el 23 de febrero de 1799 (A.G.N., págs. 652 – 674), en el que manifestaba su oposición a la existencia de relaciones íntimas entre lazarinos y a la formación de familias de leprosos, ya que esto propagaba la enfermedad y creaba una nueva raza, la raza de los leprosos, evocando el carácter hereditario del mal en los términos teóricos de Hering. Cuando el médico Juan de Arias hablaba de la creación de una nueva raza se encuentra evocando la metáfora de la mula³⁹(Castro, 2005). La postura de Castro propone una línea de análisis totalmente distante de la propuesta de Max Hering, si se entiende desde postura temporal. Bajo las lógicas de Castro, con relación a una estrategia de hegemonía social, las consideraciones iniciales dadas al origen de la lepra por parte de los médicos criollos, donde la culpa recae sobre la población africana y esclava como los portadores de este mal⁴⁰, no puede asociarse bajo el esquema de la pureza de sangre en la medida que priman disposiciones de orden estamental y económico por lo menos para la segunda mitad del siglo XVIII. Ambos concuerdan que el discurso de la raza se instrumentaliza para aplicar mecanismos de control social.

³⁹ El cruce de dos animales de la especie equina, caballo y burro, da como resultado a la mula. El término mulato, casta mestiza del periodo colonial, hace referencia al cruce de la raza blanca y la negra.

⁴⁰ En los informes médicos de los facultativos de neogranadinos como Juan De Arias son claras las expresiones en cuanto a las diferencias de la lepra africana y la española.

El censo general de Cartagena 1777 (que incluyó a los habitantes reclusos en el hospital de San Lázaro) indicó que la urbe contaba con 118.378 habitantes, siendo la segunda provincia con mayor población solo superada por Tunja que contaba con 259.612 habitantes. Llama la atención que solo el 8,1% de la población corresponde a esclavos; el 11,3% a población indígena; 16,4% blancos y 63,8% a mestizos (Aguilera y Meisel, 1997, p.27). Es interesante, ver como para el conteo de los enfermos de lepra desaparece la categoría de casta en el padrón del mismo año.

Figura 10

Relación de enfermos y sanos del Hospital Real de San Lázaro. 1777.
Cartagena de Indias

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

921

Hospital Real de San Lázaro: los Enfermos; se distinguen con una L. a la margen. Y Sanos con una S.

Casas	Nombres	Edad	Estado	Patria	Oficio
1 ^a	S. Ag ^{ta} 4 ^a S ^{ta} Cris ^{ta} na P ^{ra} nc ^{es} Capellan.				
	S. Duob ^{ra} de Cuebas. Socio ^{ra}	22	Salvato	Santa Fe	Sacerd
	S. D ^{na} Francis ^{ca} C ^{on} ce ^{pc} o ⁿ Cac ^{er} es	32	Caraca	Caracas	
2 ^a	S. Francis ^{ca} Car ^{ra} ta Refugiada	33	Caraca	Caracas	Procur
	L ^{da} Juan ^{ta} de la Rosa P ^{ra} nc ^{es}	32	Salvato	Caracas	
	L ^{da} Tomas ^{ta} Miranda	37	Cap ^{ta} ta	Soledad	
	L ^{da} Maria ^{ta} de los Re ^{ys} P ^{ra} nc ^{es}	11	Caraca	Soledad	
	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	22	Caraca	Caracas	
3 ^a	L ^{da} D ^{na} Ju ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Caraca	Caracas	
	S. Sebastian ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	22	Salvato	Caracas	Procur
4 ^a	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Paula ^{ta} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	11	Salvato	Caracas	
	L ^{da} Olaya ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Donella	Caracas	
	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Donella	Caracas	
5 ^a	L ^{da} Cur ^{ra} to Lazaro	26	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Rosa ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	22	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	11	Donella	Caracas	
6 ^a	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	30	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Maria ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	48	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Carlos ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Caraca	Caracas	
	L ^{da} Josef ^{ta} P ^{ra} nc ^{es}	12	Salvato	Caracas	

Fuente: A.G.N. (1799) Fondo San Lázaro, Folio 921

Mientras que para la población general sana la casta sigue siendo un criterio primordial del organigrama social colonial, para la población que habitaba en el hospital de San Lázaro la norma se obvia. En el conteo general se incluyeron a las personas sanas que vivían en el hospital y a ellos tampoco se le tuvo en cuenta su categorización por casta (A.G.N., 1799), este hecho puede responder a un criterio de homogenización del padrón o ser leprosos y habitar con ellos implicó una nueva tipificación social de lo marginal. La lepra, al estar en el polo opuesto de lo normal desdibuja las normas legales y sociales que rigen la vida cotidiana de los cuerpos normales.

Si se asume esta hipótesis como cierta, el valor y el lugar de los leprosos dentro de la estructura social colonial estaría tipificado bajo códigos morales y sociobiológicos de cuerpos anormales que habitaban un lugar a las afueras de la ciudad. Se concede pues una justificación semiótica en el nivel simbólico que rodeó la vida diaria de los enfermos de lepra y los habitantes sanos que vivieron en el hospital de San Lázaro demostrando las formas de asimilación social que existieron entre sanos y leprosos. Las fronteras sociales entre los núcleos poblacionales de Cartagena y Lima (Islote Calamarí, Getsemaní y la periferia de San Lázaro) refuerzan la hipótesis de las representaciones que giran alrededor del lugar y de los usos sociales del espacio que se habita.

La clasificación de los cuerpos pasa por el espacio geográfico de la configuración de la urbe colonial impactando sobre sus dinámicas sociales,

el hecho que el lazareto rompiera con el código de la casta es significativo en la medida que invita a pensar en una nueva configuración del esquema social pensado desde lo local. Margarita Garrido (2007) expone que en Getsemaní habitaron militares de rango medio, negros y negras libres, blancos pobres que en su mayoría servían como mano de obra o desempeñaron algún oficio marcando una distancia con la elite de la ciudad que habitó el Islote de Calamarí. Por fuera de estos dos espacios habitaron unos leprosos que vivieron en núcleos familiares en casas, algunos de ellos o ellas con oficios conocidos como sastre, pintor o zapatero demostrando articulación laboral (A.G.N. 1799).

Más que hablar de raza, lo que evidencia la fuente es una nueva característica que se le suma al linaje de la población afrodescendiente que habitó en Cartagena hasta 1780. La ubicación de lo negro dentro del esquema de casta responde a características sociobiológicas que se le endilgaban a la población negra. Las fuentes son abundantes, desde expedientes judiciales, procesos de redhibitoria, documentos oficiales o las memorias de San Pedro Claver donde lo negro debía ser despojado de su animalidad. A todo esto, la asociación de la lepra con lo negro hace parte de la idea del orden natural por lo tanto asociado al linaje africano.

4.6 La etiología de la lepra, debates médicos

Mientras 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 Hansen (Obregón, 2002). Este hallazgo científico posibilitó por primera vez que la comunidad médica se pusiera de acuerdo en torno al agente causante de este mal, dejando atrás las especulaciones vividas en el siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX⁴¹. Las enfermedades infecciosas no provenían, como se creía antes, de los cuerpos fluidos, es decir, gaseosos o de miasmas:

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 producirlas (Obregón, 2002, p. 170).

Ahora bien, la comunidad intelectual (Ilustrada) y médica de finales

⁴¹ 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.

del siglo XVIII vivió un momento de renovación de su saber, uno de cuyos momentos cumbre fue el ya mencionado descubrimiento de la vacuna de la viruela que impactó sobre el conocimiento médico de ese 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 leprosos y el tratamiento a seguir, aunque sólo se haya convertido en un discurso utópico. Siguiendo la línea de exposición que Santiago Castro (2005) 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 combatirlas” (Castro, 2007, p 152). 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.

Estas nuevas interpretaciones modernas hicieron de los galenos, formados en España durante el siglo XVIII, los embajadores de nuevas ideologías ilustradas, ya fuera como asesores de gobernadores o del virrey.

Es así como se pueden establecer las relaciones entre el discurso médico ilustrado y su puesta en marcha en el escenario neogranadino.

Como ya se ha explicado, durante el período colonial las apreciaciones sobre la lepra fueron totalmente diferentes y 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 la enfermedad, 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 observado” (Sills, 1979). 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; en caso contrario, el enfermo, sufre ciego a la significación de sus síntomas. Las manifestaciones 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 de la época, casi en concordancia, describían la sintomatología de la enfermedad de la siguiente manera:

una 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 (A.G.N., 1799, pp. 550 – 618).

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 pies (Gardeta, 1999, p. 407).

A lo que José Celestino Mutis la consideraba como

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 cuerpo (A.G.N. 1795. pp. 18 – 22)⁴².

Este desconocimiento fue alimentado por el miedo social y el rumor; era casi 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 padecer la enfermedad. En caso tal que el rumor fuera cierto, el leproso era denunciado antes las autoridades locales para que éstas

⁴² Como se verá más adelante, 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 Mutis, Isla y Vila.

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 otros (A.G.N., 1975, p. 12).

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 colonias⁴³.

Otros médicos, 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 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 nosológica⁴⁴.

⁴³ 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*.

⁴⁴ 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

4.6.1 Contagionistas versus infeccionistas

Existieron, a grandes rasgos, dos modelos explicativos sobre la transmisión de la lepra 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 (infeccionistas), el combate de la enfermedad se hacía mediante el tratamiento individual, “con el cual se pretendía contrarrestar el desequilibrio humoral producido por la enfermedad” (Alzate, 2007, p. 77). Bajo estos dos criterios se movieron los ilustrados neogranadinos al momento de lanzar sus hipótesis sobre este mal, e incluso algunos combinaron ambos criterios sobre las formas de contagio.

Varios pensadores ilustrados apoyaron la hipótesis de que la lepra era contagiosa, entre ellos se destaca el ilustre José Celestino Mutis, quien proponía que el aire y el aliento, eran algunos causantes del contagio⁴⁵; las

⁴⁵ 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 dichos tratados, *De la naturaleza del hombre*, se consagra que cuando una

personas sanas no debían hablar con un leproso si su hedor era insoportable, debido a que el aliento del lazarino podría infectar 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 quienes argumentaban que la lepra era causada por una especie de fermento de la sangre, siendo más común en lugares con temperaturas altas, infiriendo que aquellos que tenían lepra y vivían en sitios donde las temperaturas son bajas, al ser trasportados a clima caliente perdían la vida (A.G.N., 1795).

Según Pilar Gardeta (1999), 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,

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, Barcelona, Ariel, (1972), pp. 252-253.

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” (Gardeta, 1999, p. 407).

En el informe de Mutis sobre la enfermedad de Ignacio Bermúdez se señala:

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 (A.G.N., 1795, pp. 12-26).

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 XVIII (A.G.N., 1795). Existieron pensadores de la ciudad de Cartagena que expresaban que la lepra no era contagiosa y

otros opinaban totalmente lo contrario. Empero si los lazarinos 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, situación que posibilitó la oportunidad de probar hipótesis 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 diciente aún fue observar que algunas mujeres que se habían casado con leprosos no contrajeron la enfermedad.

Es así como Juan de Arias en 1799, en el informe acerca de la situación de los lazarinos de Cartagena. Antes de entrar en algún debate o asumir alguna postura a favor o en contra de los leprosos realiza una introducción sobre el devenir histórico de la lepra, apoyándose en los documentos de otros médicos de la talla de Guillermo Cullen, Sauvages, Caspal y Antonio Pérez de Escobar, (mostrando la conexión discursiva y metodológica entre los médicos neogranadinos y las metrópolis europeas que los colocaba en la vanguardia del conocimiento médico-científico), sostiene una postura infeccionista de la lepra, argumentando que el único criterio para seguir insistiendo en el degredo y el 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 occidente” (A.G.N., 1799, pp. 652-674). 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 por su manejo de las discusiones médicas de su momento, sino también por sus 22 años de servicio como protomédico de la ciudad de Cartagena, los cuales dedicó al tratamiento de los leprosos internos en el Real Hospital de San Lázaro.

Su labor lo llevó 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 propuso 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 y, además, llama la atención sobre la urgencia de ejercer mayor control sobre los enfermos. Se convirtió en un defensor de la observación como un medio para encontrar formas de tratamiento; según Arias esto sería posible si se dividían a los enfermos por niveles de gravedad; se instituyera la separación de hombres y mujeres y se les suministrara una mejor alimentación (A.G.N., 1799). Consideró que el aislamiento no era el camino para el tratamiento de los leprosos ya que el cambio de sitio del hospital de Cartagena empeoró su

situación, sustentándose⁴⁶ desde la nosología, advirtiéndole que los vicios que aparecieron en esta comunidad fueron producto del traslado 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. 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,

⁴⁶ Desde el texto de Guillermo Cullen se puede 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 o 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, las semejanzas de las especies constituye el género, la de los géneros el orden, y la convivencia de las ordenes 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 (1800, p. 4).

no solo del virreinato, sino también de Europa. Mientras que Mutis e Isla hablaban desde la teoría para el caso de la lepra, “Arias lo hacía desde su experiencia como protomédico de Cartagena a finales del siglo XVIII” (Gardeta, 1999, p. 410)⁴⁷.

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 tomó 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 enfermedades. 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.

⁴⁷ 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.

En consecuencia, el médico Juan de Arias defendió su postura anticontagionista y, en 1799, sostuvo 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 y también con personas sanas y agrega: “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 3º o 4º generación” (A.G.N., 1799, pp. 652 – 674). En este mismo sentido, Arias expuso que había obispos que bañaban a los enfermos con agua bendita y los había visto dándoles caricias sin experimentar contagio alguno, al igual que transeúntes que por razones de fuerza mayor llegan a estos hospicios y no se habían enfermado.

Respecto a las uniones maritales entre leprosos y sanos, Arias comentaba:

Yo mismo tengo varias experiencias vistas en esta ciudad, que en este hospital conviven enfermos y sanos, se casan 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 (A.G.N., 1799, pp. 652-674).

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 España (A.G.N., 1799, pp. 670).

Arias agrega 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 recluidos 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.

Y, por otra parte, la posición europea frente al tema de la lepra, entendida como una afectación producto de un mal venéreo, produce por lo menos sospecha, 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, como ya se ha mostrado en este capítulo. La lepra atacó a las personas de todas las castas y mezclas, ya que los casos de elefanciácos que se presentaron en las provincias de la Nueva Granada no representaron sólo a un grupo étnico en particular.

Es así como Juan de Arias también defendió la hipótesis de la transmisión de la enfermedad a través de los esclavos, atribuyendo su propagación a la lactancia de las esclavas a los hijos de los blancos (como ya se ha señalado previamente), puesto que una “casta pura” como la blanca no podía ser el factor portador de este mal, afirmación que resulta 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 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 África, 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 leprosos, debido a que este puerto fue la entrada del comercio negrero; por consiguiente, esta peste se propagó vía del río Magdalena y llegó a Mompós, el Socorro y posteriormente al resto del territorio.

En el sentido opuesto se pronunció Sebastián López Ruiz, quien atribuía el origen de la enfermedad a cierta depravación y corrupción 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 leprosos que se mantenían sanos durante toda su vida.

Las anteriores 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 errores al pensar que cualquier infección en la piel era diagnosticada como lepra. El miedo social era innegable teniendo en cuenta las características de la enfermedad que se han mencionado en el transcurso del escrito, ya que sólo era necesario presentar alguno de los síntomas para ser diagnosticado como leproso, hasta el mismo Juan de Arias tuvo que sacar a varias personas que equivocadamente estaban admitidas como leprosos en el lazareto de Cartagena (A.G.N., 1799), poniendo en evidencia la relación entre el miedo social que producía la lepra y cualquier tipo de afección cutánea, 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 (1999), el médico español radicado en Santa Fe desde 1784, Honorato Vila, quién desde un prisma ecléctico, defendió el contagio y no contagio de la enfermedad. Vila afirmaba que la lepra tenía la misma vía de transmisión que 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 pudiesen 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 elefancia” (Gardeta, 1999, p. 411).

Asimismo, 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 enrarecida 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 contagio (Gardeta, 1999, p. 416).

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 (A.G.N., 1798, pp. 1-19).

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 la enfermedad. En los debates y discusiones sólo hicieron parte un grupo limitado 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 (1910), *Contribución al estudio de la lepra*, se relaciona un informe que envió Leblond al gobierno, un largo estudio sobre la elefancia, que a opinión de los autores adolece de escaso “valor científico”, pero que son relevantes desde el punto de vista histórico porque registra las ideas dominantes de la época. Un apartado del estudio en mención señala:

(...) 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 los 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 falanges” (Montoya y Flores, 1910, p. 42).

Y así, como posible tratamiento, se sugería el uso de mercurio y el traslado del enfermo a locaciones en clima frío. Además, no consideraba necesario aislar al leproso cuando este estuviera en el primer estado de su enfermedad, aunque para quienes se encontraban en la tercera fase del mal, si se debiera aplicar con rigurosidad la ley, es decir, segregarlos. 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.

4.6.2 La existencia de un posible tratamiento curativo

Debido a la diversidad de propuestas etiológicas sobre la enfermedad, no hubo 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” (Gardeta, 1999, p. 417).

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. Tal fue el impacto inicial que causó la noticia de la posible cura de la lepra 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 Reino (A.G.N., 1805, pp. 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, para esto 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 los doctores Diógenes Tafur, Josef Vicente Villareal y el cirujano Josef Paistan, quienes 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, utilizando como medicamentos la quina y el mercurio (A.G.N., 1805, pp. 558-560).

5. Los hospitales de San Lázaro y el impulso ilustrado en Cartagena y Lima durante la época borbónica

En los siglos que van desde el XVI hasta mediados del siglo XVIII se asiste a la instalación y puesta en marcha de una estructura caritativa que pasó por la construcción de hospicios que brindaban atención a cierto tipo de población que se caracterizaría como pobre y que, al no contar con recursos para pagar los servicios de un médico, para el caso de los enfermos, asistían a instituciones que les ayudaran de forma gratuita.

Es así como las instituciones hospitalarias de la época tuvieron como objetivo atender a los desposeídos y, más que brindar tratamiento médico para algunas enfermedades, básicamente respondían a un modelo de encierro que intentó ofrecer alivio a los enfermos⁴⁸. Esto explica por qué la

⁴⁸ Los trabajos que abordan el estudio histórico de las instituciones hospitalarias, la medicina y el asistencialismo son realmente abundantes. Los fenómenos sociales que se desprenden desde la institución hospitalaria entendida como una forma de asistencialismo es una línea de investigación de la historia y antropología de la medicina, por lo tanto, se enfocan en el desarrollo de esta institución. Trabajos de investigadores como Monserrat Carbonell Esteller (1997) el cual aborda las formas de asistencialismo en Barcelona durante el siglo XVIII; Josep M. Comelles y Ángel Martínez Hernández (1993), quienes trabajan

mayoría de esas instituciones estuvieron ligadas y bajo el mando de alguna orden religiosa, coexistiendo con administraciones laicas, prestando servicios dentro del concepto de obras piadosas.

Consecuentemente la institución hospitalaria contaba con la protección de los monarcas quienes disponían sobre los dineros del erario para el sostenimiento de dichas casas de la misericordia, existiendo así, gracias a la voluntad real, en el marco ideológico de la cristiandad. La investigadora Ana María Carrillo (2017) plantea que las funciones de los hospitales fueron cambiando con el tiempo, de manera paulatina, encontrando maneras de transformarse a medida que el Antiguo Régimen iba muriendo.

La tesis de Foucault construida a partir de la observación de los sistemas asistenciales franceses sugiere un entendimiento radicalmente distinto concebido durante el siglo XVIII alrededor de los “problemas sociales” como la pobreza, la enfermedad y el sufrimiento; y sus maneras de regularlos. Este proceso, conceptualizado bajo el nombre del *grand renfermement*; ha sido cuestionado posteriormente por Postel y Quénel (2000) pues “no parecía ser totalizante y absoluto como lo había planteado el filósofo francés; o no funcionaba como un modelo explicativo aplicado a

temas alrededor de la relación de la cultura y la enfermedad, son solo algunas de las obras angulares de esta especialidad. Para el caso de la historia de la medicina y los hospitales en Colombia y Perú se sugiere revisar los trabajos de Emilio Quevedo (1993-2007), Hugo Pece (1961) y Marcos Cueto (2003).

otros contextos geográficos como los territorios cercanos de Aragón, Cataluña y Valencia” (citado por Comelles, 2006, p.19).

En la tónica de gobierno diferenciado aplicado en las Indias, ya sea por voluntad o por defecto, el sistema de encierro impulsado en el siglo XVIII tiene algunas particularidades que lo diferencian del sistema parisino sobre el que se construyeron las tesis del gran encierro. Esta historia debe buscar diferencias importantes desde sus puntos de partida tales como, un gobierno imaginado, unas funciones pastorales y evangelizadoras inaplicables en Europa, una creciente élite local con intereses ajenos a su propio territorio, la insondable distancia que los separaba; entre muchas. Esta investigación dialoga en términos muy cercanos a los propuestos por Ana María Carillo en la medida que reconoce las dinámicas sociales propias de cada territorio trabajado, pero trata de establecer bajo un marco ideológico patrones de conducta frente a un mismo fenómeno social, convivir con leprosos.

En tal sentido, Carrillo (2017) expresa que en el centro de los postulados de las instituciones de asistencia indianas del siglo XVIII estaba la función del Estado paternalista frente a los individuos, regulando sus comportamientos y conductas; definiendo su vida material y espiritual como simiente de la felicidad de las naciones. En esta dinámica funcionaba el utilitarismo con una fuerte dosis católica mediada principalmente por la intervención de los individuos en el funcionamiento de las instituciones, y la

persistencia de la cultura popular en las prácticas de acogida. Lo que involucraba también prácticas indígenas de medicina, atención y concepción del bienestar. En esta coyuntura, la obtención del bien común y el orden, como sinónimos de bienestar espiritual y moral, eran conseguidos a través de la buena conducta de la colectividad y de cada individuo tanto en beneficio del bienestar económico (postulado liberal) como en beneficio moral de la colectividad cristiana.

Desde mediados del siglo XVIII y con la introducción de lo que se ha denominado el impulso ilustrado se evidencia un cambio en el péndulo del tratamiento hacía el asistencialismo al pobre y al enfermo. La inclusión del paradigma de la higiene impuso nuevas normativas frente al tratamiento de ciertos problemas sociales regulando algunas conductas mal sanas, limitando el gasto del erario, estableciendo formas de control fiscal sobre el gasto en manutención de enfermos, pero, sobre todo, transformando la institución hospitalaria.

La especialización del hospital pasaba por recobrar el espacio natural del conocimiento médico que eran el estudio y la observación de los enfermos, por lo tanto, esta acción implicó restarles terreno a las órdenes religiosas que hasta la fecha habían sido las rectoras frente al alivio del enfermo. Las contradicciones epistemológicas sobre el tratamiento de las enfermedades incluyeron nuevas configuraciones sobre el espacio y los usos de espacio, más que buscar alivio el nuevo paradigma impuso la idea del

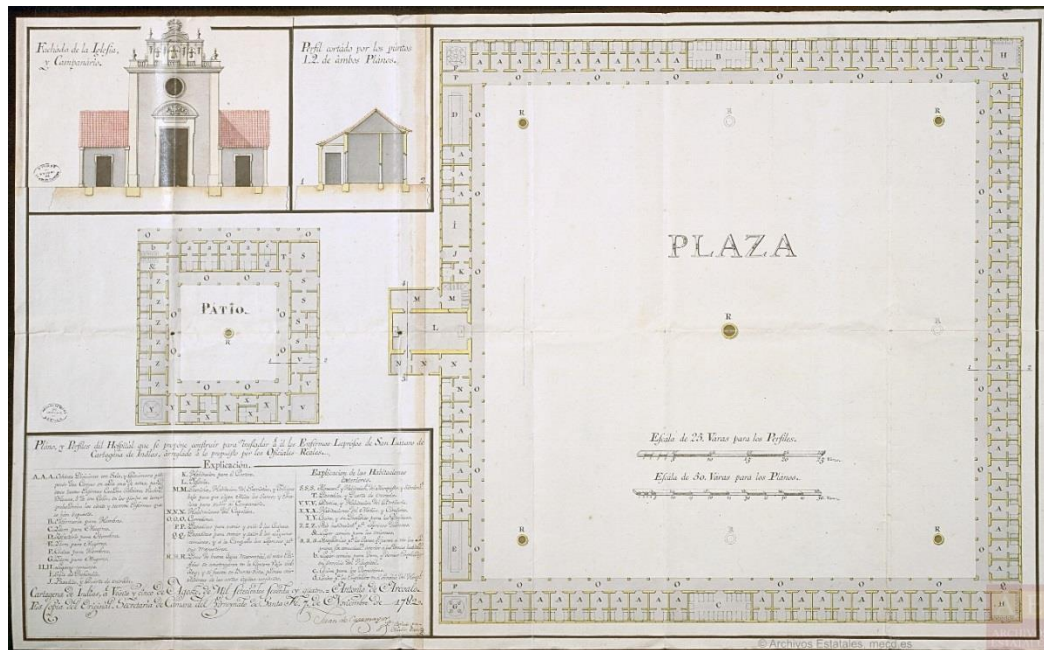
tratamiento. El alivio del cuerpo material pasa por el tratamiento médico, no por las consecuencias de la enfermedad sobre el alma. El cuerpo nuevamente es zona de conflicto epistémico, dado que las lógicas del precapitalismo ven al cuerpo como una variante dentro del sistema productivo, por lo que controlar los males que aquejan a dicha variante brindará un mayor control sobre los procesos económicos. Renán Silva (2007) plantea que entender las reformas borbónicas como un recetario de normas que buscaban cuantificar formas de recursos, es una completa insensatez, en tanto que dichas reformas se enmarcaron en el auge de la biopolítica, dado que estas son, sin duda alguna para el caso hispánico, uno de sus intentos de modernidad estatal.

Prueba de la intención del impulso borbónico son los planos de los nuevos Hospitales de San Lázaro que debían ser construidos a lo largo ancho de las colonias: Cartagena de Indias, Campeche (México), Caracas y La Habana, dan muestra de la intención de extinguir el problema de la lepra bajo los preceptos medievales, el degredo o aislamiento total bajo nuevos criterios de disciplinamiento del cuerpo leproso⁴⁹.

⁴⁹ Los planos de los hospitales de San Lázaro fueron obtenidos de las bases de datos digitalizadas del Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

Figura 11

Plano y perfiles del hospital que se propone construir para trasladar a los enfermos leprosos de San Lázaro de Cartagena de Indias, arreglado a lo propuesto por los oficiales reales. 1782. Con fachada de la iglesia y campanario.



Fuente: Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

Figura 12

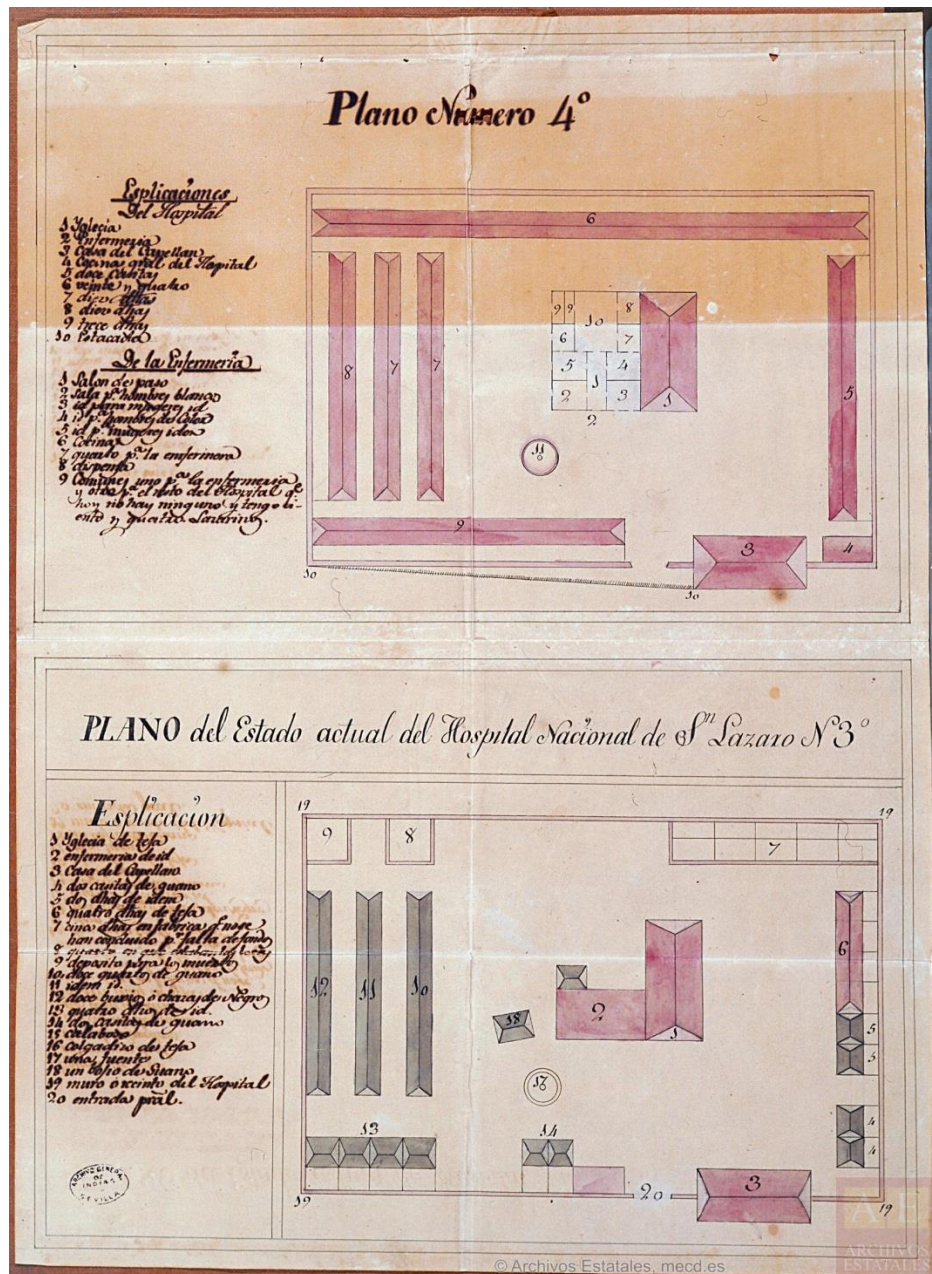
Plano y perfiles del hospital que se propone construir para trasladar a los enfermos leprosos de San Lázaro de Cartagena de Indias, arreglado a lo

[illegible]

237

Figura 13

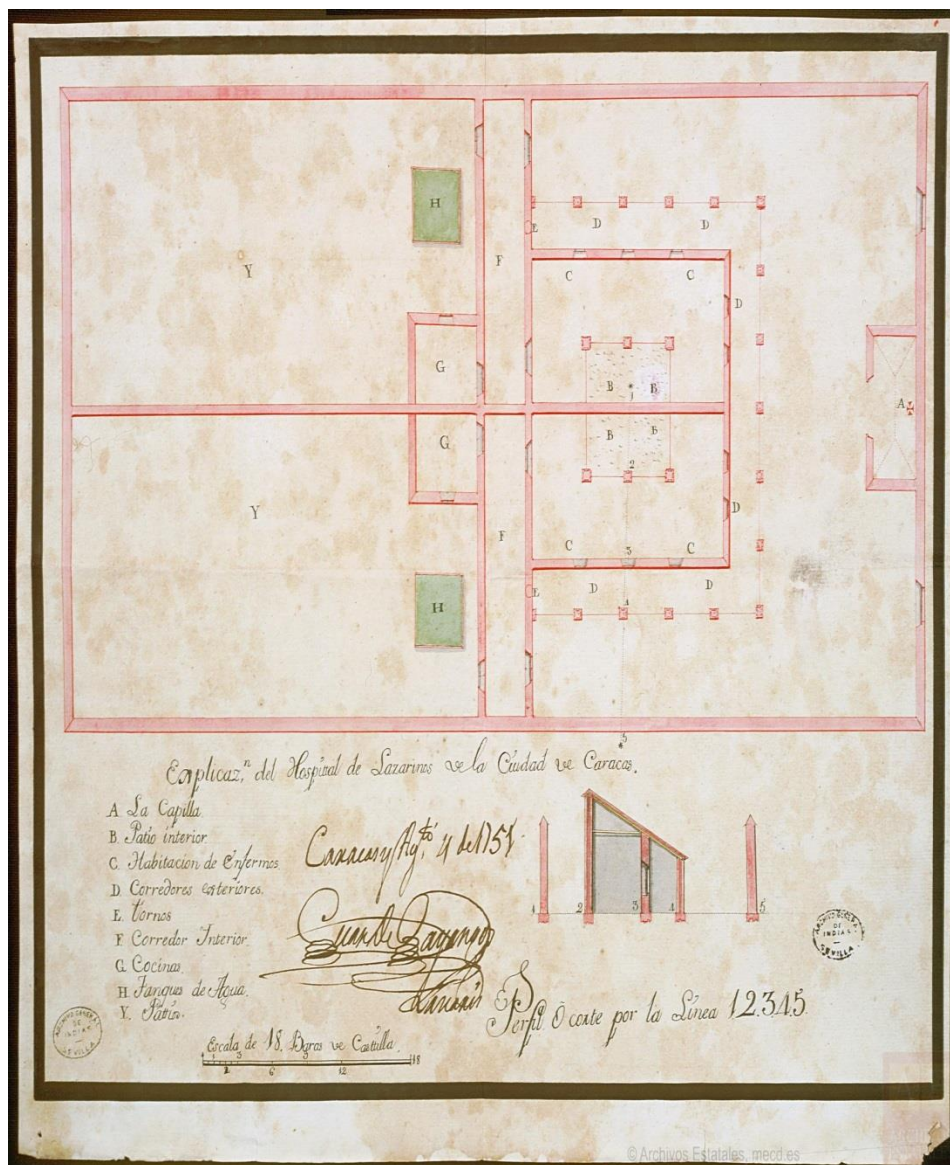
Plano del hospital que se propone construir para trasladar a los enfermos leprosos de San Lázaro de La Habana. S.f.



Fuente: Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

Figura 14

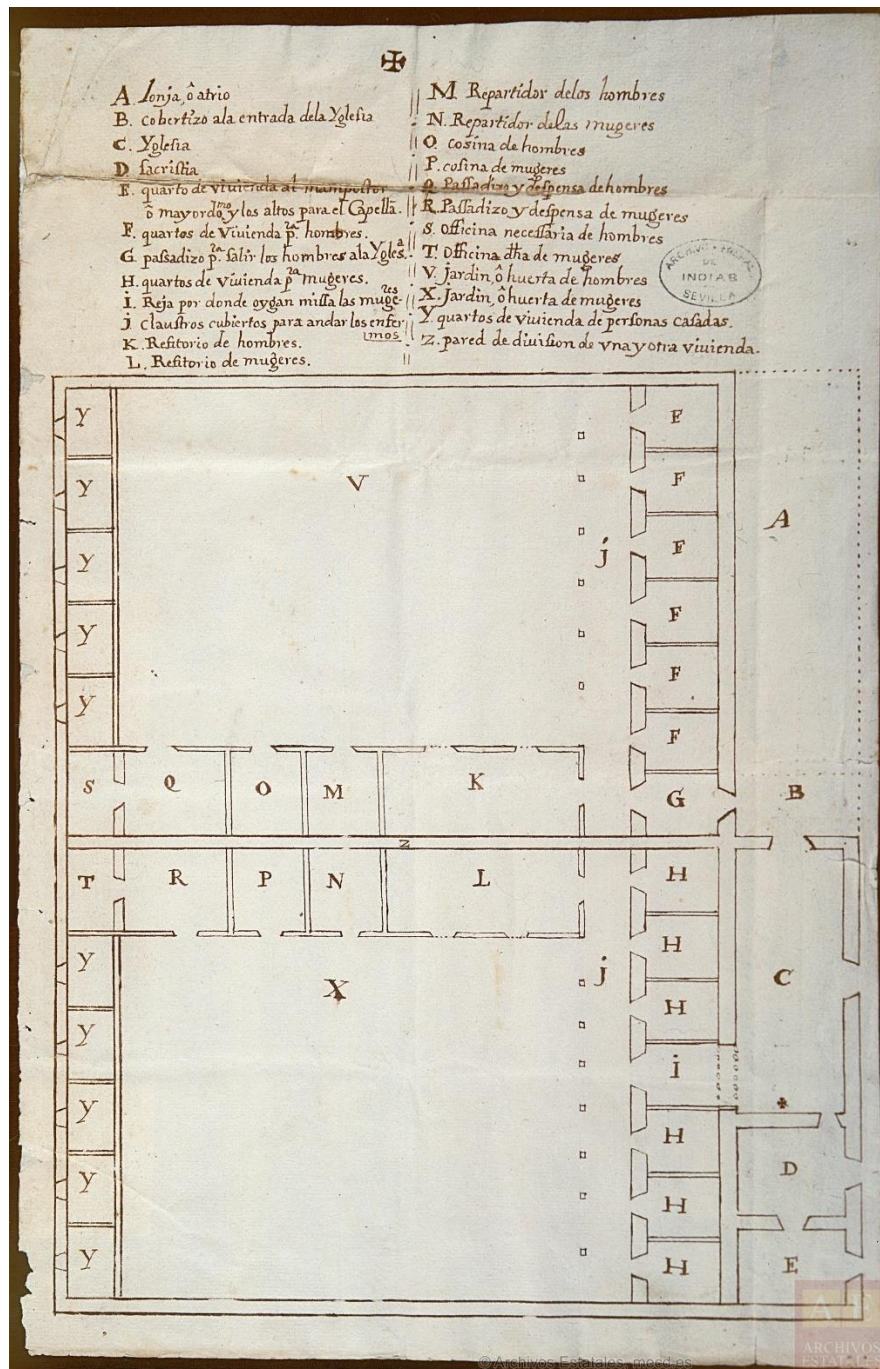
Explicación del Hospital de lazarinos de la Ciudad de Caracas. 1751.



Fuente: Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

Figura 15

Plano del hospital que se propone construir para trasladar a los enfermos leprosos de San Lázaro de México. S.f.



Fuente: Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

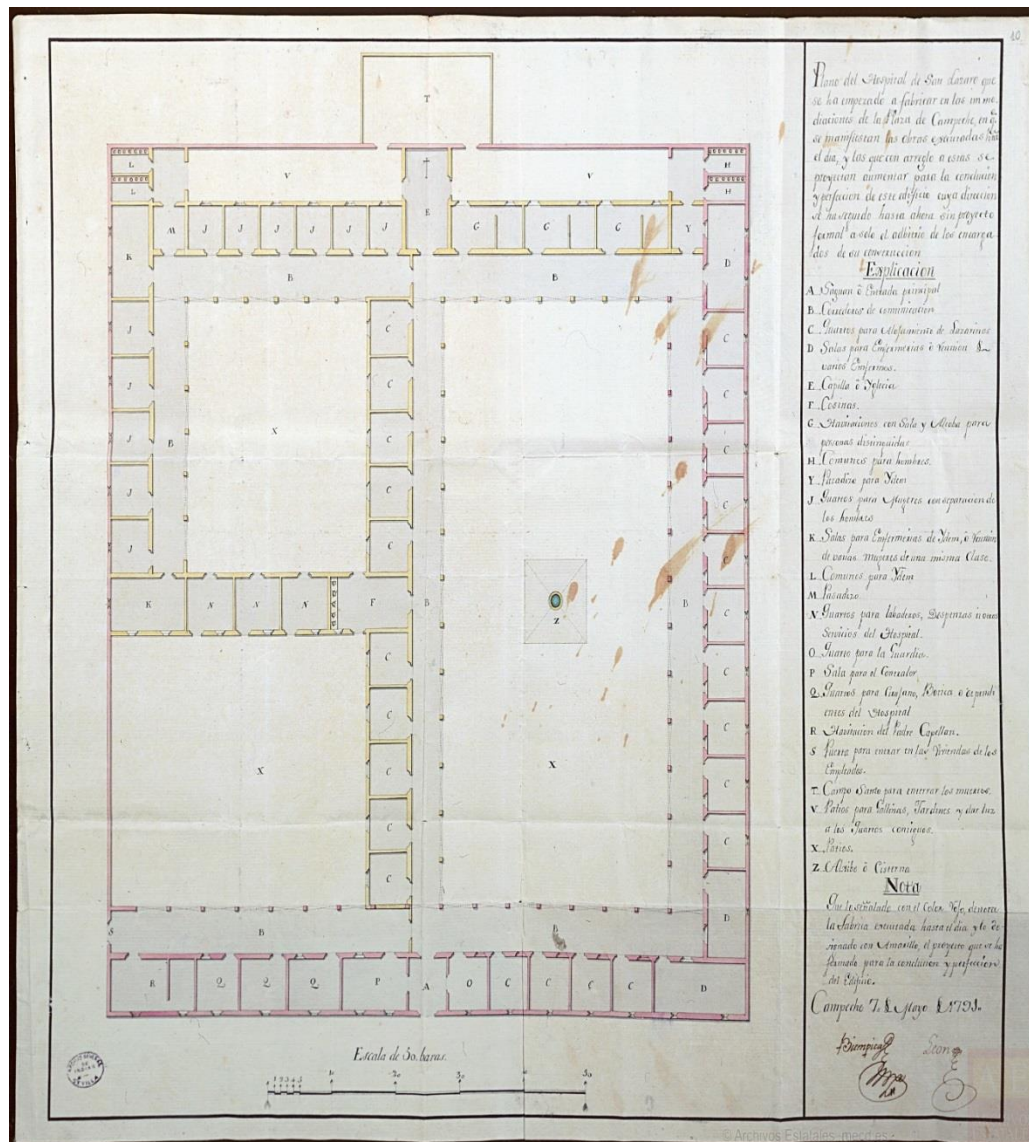
Plano, perfil y elevación de un Hospital de San Lázaro que se proyecta construir extramuros en la Plaza de Campeche en la Costa de Sotavento. S.f.



ARCHIVOS
ESTATALES

Figura 17

Plano del Hospital de San Lázaro. Campeche. 1791.



Fuente: Archivo General de las Indias (Sevilla-España). Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS

Del estudio de los planos se deduce que el hospital de Cartagena de Indias contaba con el número mayor de enfermos de lepra de las colonias

hispánicas al compararse las dimensiones del proyecto con base en los planos de cada hospital; el hospital de San Lázaro de dicha ciudad contaría con 80 de cuartos destinados para cada enfermo de lepra, donde se pretendía colocar de a dos enfermos por recámara, además de contar con una enfermería y una cocina para los hombres y tres para las mujeres, para un total de 170 enfermos, que fueron proyectados, ubicándolos por color o filiación familiar.

Además, algunas propuestas de organización de los hospitales, como por ejemplo la del protomédico Juan de Arias para el caso de Cartagena, planteaban la separación por sexo y estados de enfermedad de los leprosinos. Las simetrías de los espacios respondían a estrategias de control del cuerpo, individualizados y separados. Aunque el único hospital de San Lázaro que fue terminado con los lineamientos del proyecto fue el de Campeche en 1794, en Cartagena los leprosinos fueron trasladados a un islote que se ubica al frente de la bahía conocido como Caño de Loro, cumpliendo con el objetivo principal de garantizar el no contacto entre sanos y leprosinos y así regular los procesos biológicos de la enfermedad que para el caso de quienes padecían lepra debían ser controlados.

El carácter individualista del que parte la nueva propuesta de hospital viene avalado por las ideas de que la enfermedad se propaga a través del contagio y la de la prevención del cuidado de la salud de ese cuerpo social que es la población, mostrando su relación sobre los beneficios

en el aparato económico. Por lo tanto, la idea del “dejar morir” se convierte en una regulación social impuesta por la norma, es el tránsito de un poder privado o civil a público. “El poder no tiene influencia sobre la muerte, pero sí sobre la mortandad” (Foucault, 1976, p. 217). Entendiendo así que la medicina se configura, en términos de Foucault, en un saber/poder que se aplica sobre el cuerpo y la población, pero, para el caso de los leprosos lo que se observó fue un *dejar morir*.

Aunque la arquitectura hospitalaria se muestra estructurada bajo la premisa de la cura, buscando la función de la medicalización y su efecto, en el caso de la lepra, esta estaba destinada a convertirse en un espacio de laboratorio donde por fin, bajo efectos de la observación, se estudiaría el comportamiento de la enfermedad cuya única salida era la muerte.

Por otro lado, la división se convirtió en sinónimo de ritualidad y orden jerárquico dirigido por el médico, lo cual significó un desprendimiento con la iglesia, dado que antes de las reformas, el directo responsable de la institución era el sacerdote que dirigía la parroquia. Esto hizo evidente que el individuo vigilado se convirtiera en el objeto del saber y de la práctica médica.

Otro elemento importante para comprender es cuál parte del impulso ilustrado pasó por las variables espaciales de la ciudad como objeto de la medicalización basado en las nuevas políticas higiénicas. Más que apuntar al encierro de enfermos leprosos como se venía haciendo en los

hospitales de San Lázaro de Lima y Cartagena de Indias, el disciplinamiento, los procesos de observación y comportamientos de la enfermedad son muchos más claros en la propuesta de los planos de los nuevos hospitales de San Lázaro.

5.1 El impulso ilustrado y la reorganización de los espacios hospitalarios

Los cambios que sufrió el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias en la segunda mitad del siglo XVIII deben ser entendidos en el marco de las reformas ilustradas que fueron impulsadas por el protomédico de la ciudad Juan de Arias. La aplicación del mandato real reestructuró las formas de relación social entre sanos y leprosos de aquella urbe creando una red de hospitales para lazaretos en el virreinato. En este sentido, la población de lazarinos internos en el hospital fue caracterizada en 1777 a partir de un censo que evidenciaba intenciones políticas y económicas, impactando así a la comunidad de enfermos.

Para el caso cartagenero y en especial para el tema de los leprosos en la segunda mitad del siglo XVIII, la búsqueda de fuentes señaló 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 Castro⁵⁰ en representación del Rey ante las autoridades de la

⁵⁰ El plan presentado por Francisco Álvarez, sólo se llevó a cabo hasta 1789, año en el cual

gobernación de la ciudad de Cartagena de Indias (A.G.N., 1789, tomo 6, folio 921). Donde se proponían unas nuevas ordenanzas sobre los impuestos que debían ser destinadas para la manutención del hospital. El Plan, que incluía la forma de invertir ese dinero teniendo presente el traslado del Hospital a otro sitio, propuso la creación de una junta para que lo presupuestado por el rey se cumpliera. El segundo eje es un documento que contemplaba 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 brinda un primer enfoque sobre esta población, el no poseer otra fuente con la cual compararla, la limita a un elemento descriptivo, pero, aun así, es de vital importancia para arrojar algunas luces sobre quienes se implementaron estas normas.

5.2 Disposiciones arancelarias para el sostenimiento de los lazaretos

La búsqueda de fondos para la manutención del Hospital de San Lázaro fue el problema administrativo más grande al que se enfrentó durante su funcionamiento en la segunda mitad del siglo XVIII tal y como se deduce de la documentación conservada del periodo en el que Antonio Tatis fue administrador del Hospital (A.G.N., 1789, tomo 6, folios 313-389). Por medio de una Cédula Real, expedida el 3 de junio de 1781, se señalaba,

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.

respecto al sostenimiento del hospital de San Lázaro que: “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” (A.G.N., 1789, tomo 6, folio 314).

Este impuesto buscaba palear el problema de los fondos necesarios para el funcionamiento del lazareto y debía cobrarse en todo el virreinato⁵¹. Otras ayudas que recibía el hospital provenían de la sociedad civil que, en su mayoría, consistían en recolectas mensuales encabezadas por las parroquias locales. Sin embargo, es por la disposición de la Cédula Real que las otras provincias de la Nueva Granada decidieron no enviar sus lazarineros a Cartagena, entre otras razones, debido a lo costoso del viaje, a la posible muerte de los enfermos durante el trayecto y a la negativa de los dueños de las embarcaciones de hacerse responsables de trasladar a los leprosos, pero especialmente por la protesta que encabezaron las provincias de Panamá, Quito, Socorro, San Gil, Girón, Vélez, Cali, Tunja y Santa Fe⁵² que reclamaban “descentralizar” el lazareto de Cartagena y crear nuevos hospitales de leprosos en las otras provincias del Reino, lo que llevó a la Metrópoli a

⁵¹ Además de los impuestos, hubo otras medidas en las que “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 Lazareto.” Cedula Real, AGN. Fondo Lazaretos. Tomo 6-1785. Folios 313-351.

⁵² Propuesta y Plan para la creación de Hospitales para leprosos, AGN. Fondo Lazaretos, Tomo 6-1784. Folios 412- 432.

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 formular el 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 el plan fuera presentado nuevamente luego de algunos años. En agosto de 1800, el fiscal del rey 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 Cartagena (A.G.N., 1801, tomo 6, folios 412-432). Así mismo, era partidario de que, tanto a los enfermos como al hospital, les beneficiaría el que, los primeros, estuvieran cerca de sus familias ya que se haría más fácil y placentera su subsistencia y las limosnas para el segundo ascenderían. Para esa fecha cada gobernador, excepto el de Guayaquil, había informado ya sobre las rentas que podrían disponer para tal fin.

El 30 de octubre de 1800, el Virrey Mendinueta⁵³ expidió un decreto por el que se “suspendía la conducción obligatoria de los leprosos de las provincias de Panamá, Quito y Popayán al lazareto de Cartagena,

⁵³ Pedro de Mendinueta y Múzquiz (1735-1825), militar español y Virrey de la Nueva Granada entre 1789 y 1793 (*Diccionario Biográfico electrónico de la Real Academia de la Historia*, disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/16394/pedro-de-mendinueta-y-muzquiz>).

permitiendo que se les atendiese en los hospitales generales o en pequeños lazaretos provisionales” (Montoya y Flores, 1910, p. 40)⁵⁴. Esta medida buscaba que el número de enfermos que deberían seguir asistiéndose en el hospital de Cartagena disminuyera considerablemente y así se dispondría de los recursos suficientes para trasladarlo al sitio de Boca Grande. No obstante, en 1807 Santa Fe permanecía aún sin hospital para lazaretos (Gardeta, 1998), dificultando la puesta en marcha, tanto del plan, como del decreto. Solo se encontró un registro del año de 1787 del envío de 11 elefanciácos que habían sido reconocidos por el doctor Laureano Gómez, médico del batallón acantonado en Panamá, y el Licenciado Miguel Calvo, cirujano del mismo batallón, enviados desde la ciudad de Panamá a Cartagena (Montoya y Flores, 1910).

Los lazaretos u hospitales para leprosos durante el siglo XIX pasan por un período de estancamiento debido a los procesos de independencia que surgen en los virreinos, tanto así que por más de 20 años fue aplazado, hasta que los nuevos gobiernos se enfrentaron al desafío de organizar a las futuras naciones y así fue como en el congreso de 1833 se proclamó la “ley

⁵⁴ Cabe señalar que, 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 negro. 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.

de lazaretos”, la cual ordenaba 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, Mompós, Mariquita y Santa Marta (Martínez, 2006, p. 31).

Como conclusión, el interés por mejorar los procedimientos de la lepra, reorganizar el funcionamiento de los lazaretos y fundar nuevos hospitales es muestra del deseo de convertir al Estado en el eje orientador de los factores que intervienen en la vida social, en el caso de las enfermedades, desde las nuevas normas higiénicas o políticas de salud pública, hasta la ampliación de los centros de salud. Estudios como los realizados por Santiago Castro y Adriana Alzate muestran como hubo un proyecto civilizador que trató de implementarse a finales del siglo XVIII con las reformas borbónicas, las cuales, se podría afirmar, se sintieron 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. 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.

Se puede afirmar que el concepto de lazareto no se modificó sino hasta mediados 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 de las dinámicas del modelo económico.

5.3 Censar los leprosos, una política higienista

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 proceso de traslado de 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 fue muy difícil, debido a la falta de precisión de algunos informes o a la exageración de otros, pues como ya se ha mencionado, no todos eran remitidos al hospital de San Lázaro de Cartagena. Sin embargo, desde la década de 1770 se comienzan a empadronar y a censar todos los lazaretos del virreinato⁵⁵. Para 1772 existían en el leprosorio de Cartagena 104 elefanciácos, que sumados con los del virreinato, de acuerdo con Vicente Restrepo, eran “520 enfermos [...]”, suponiendo que solamente la mitad de los atacados por este mal hayan sido remitidos a los sitios dispuestos para ello, por las gobernaciones locales” (Montoya y Flores, 1910, p. 15).

La provincia sobre la cual existió menor claridad sobre el número de leprosos fue la del Socorro, ya que en los memoriales, quejas y reclamos que enviaron al Virrey, para negarse al pago de los impuestos, el gobernador de esta villa varió intencionada y considerablemente el número de enfermos.

⁵⁵ Se dispone del censo original de Cartagena, los otros datos son indirectos tomados del texto *Contribución al estudio de la lepra* de Montoya y Flores de 1910.

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 lazarinos (Montoya y Flores, 1910, p. 35).

En contraste, tres años antes, 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 su construcción se empezaba 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]” (Montoya y Flores, 1910, p.15).

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 con la enfermedad mujeres. Esta cantidad, dista del cálculo del informe presentado, ese mismo año, de cuatro mil leprosos, evidenciando, la intención de exagerar los datos para llamar la atención de las autoridades

virreinales y obtener el permiso de construcción de otro lazareto en la ciudad.

A partir de los datos de Montoya y Flores (1910), se pueden 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]; Porres [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] (p. 30).

Un glosario de apellidos como el presentado, permitiría realizar algunos análisis sobre estudios de pertenencia regional y familiar para darle un mayor sostenimiento al concepto de *regiones endémicas* afectadas por la lepra y la posibilidad de catalogar la cantidad de leprosos por apellidos abre un escenario de significación racial que permitiría dar una visión sobre la casta más proclive a contraer la enfermedad o pudiendo reforzar la hipótesis que la lepra fue uno de los elementos que rompió la ya desgastada sociedad de castas coloniales, aunque para el caso cartagenero, los apellidos no

tendrían utilidad puesto que su lazareto albergó leprosos de todo el reino⁵⁶. Pero el empadronamiento de los leprosos da una luz frente a esta discusión dado que el concepto de casta como catalogación social no hace parte de este.

El censo de lazaretos de 1777 contabilizó en Quito 30 leprosos que para 1798 había descendido a 28 enfermos reclusos, “15 mujeres y 13 hombres” (Montoya y Flores, 1910, p. 30), contrastando con los 127 leprosos reclusos en el hospital de San Lázaro de Cartagena para la misma fecha.

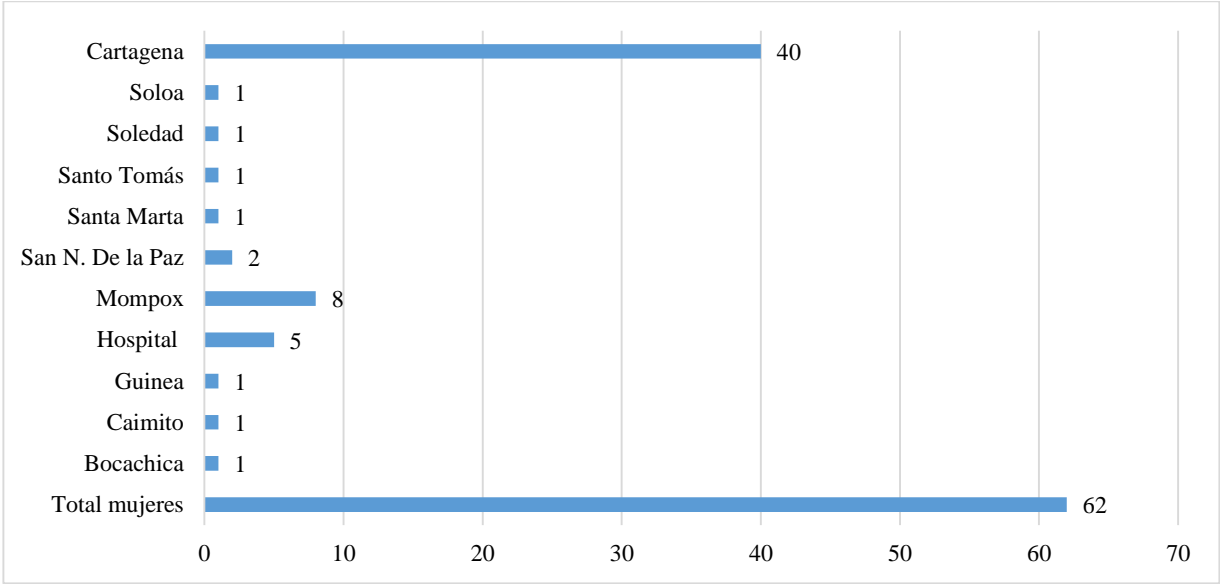
El censo del Real Hospital de San Lázaro en Cartagena de Indias, realizado en 1777, mostraba que de 125 leprosos que registró, 34 procedían de sitios o poblaciones diferentes a Cartagena; entre ellas estaban: San Nicolás de la Paz, Sabana Grande, Tolú, Caimito, Cincerín, Simití, Barú, Santa Marta, Santo Tomás, Guinea, Mompós, Sinú, Bocachica, Galicia, Soledad, Saloa, Palenque y Santa Rosa, y otros palenques y resguardos que en su gran mayoría correspondían geográficamente a la región de la Costa Atlántica y que seguían 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

⁵⁶ 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 distantes como Quito o Panamá.

empezado a albergar sólo leprosos de su área de influencia sociopolítica, tal y como se puede ver en las gráficas subsiguientes.

Figura 18

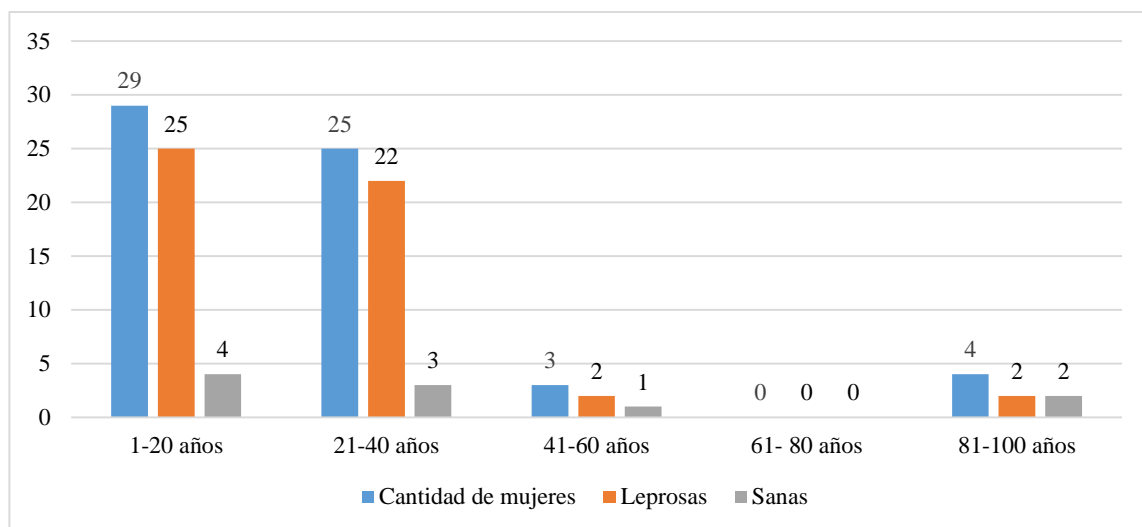
Lugar de origen de mujeres recluidas en el Real Hospital de San Lázaro



Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

Figura 19

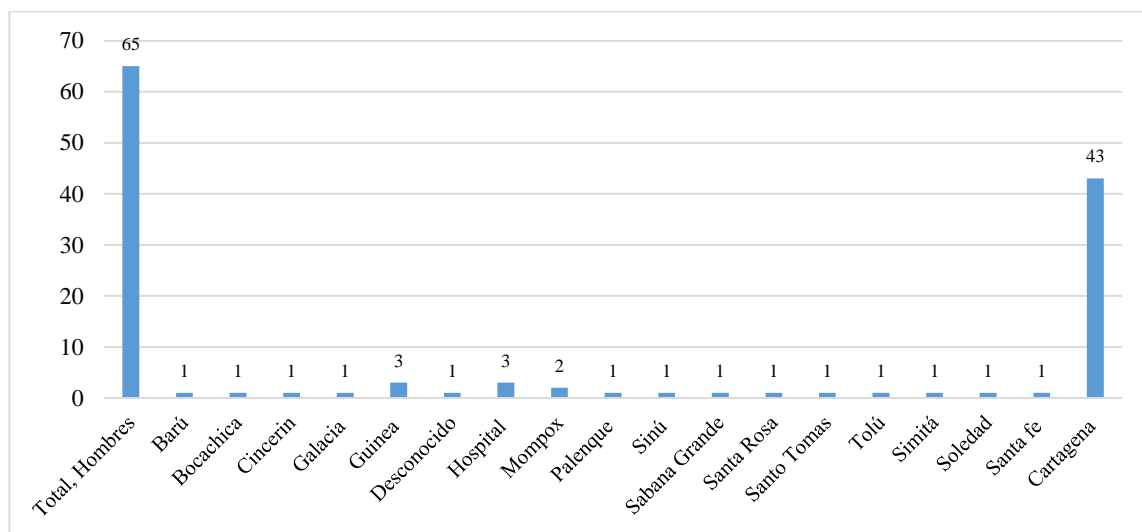
Mujeres internas en el RHS



Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

Figura 20

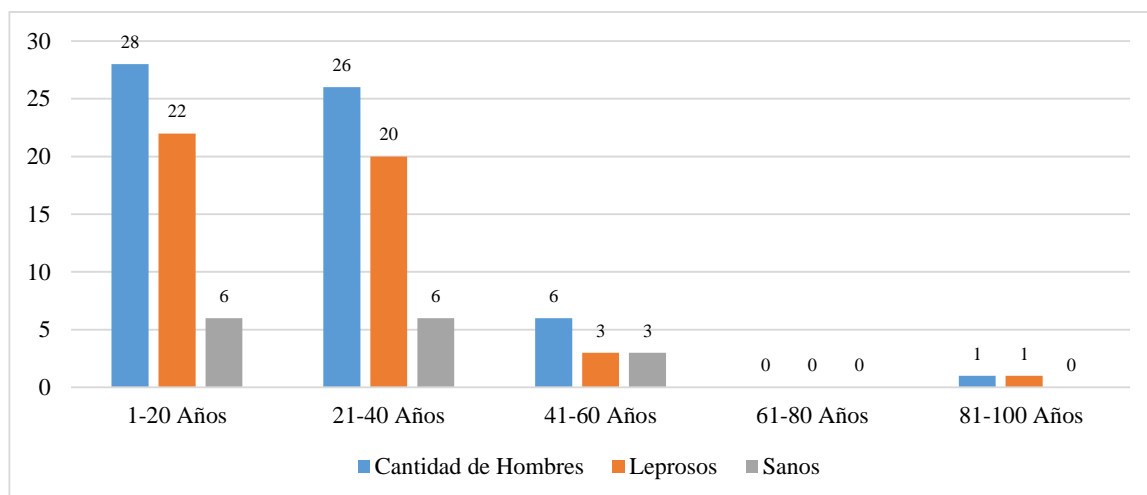
Lugar de origen de hombres internos en el RHS



Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

Figura 21

Hombres internos en el RHS



Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923

Es evidente que durante el siglo XVIII se dejaron de enviar leprosos al Real Hospital de San Lázaro provenientes de ciudades distantes como Quito, Panamá, Santa fe, Popayán o Santa fe de Antioquia y de las villas del Socorro y San Gil.

Además, el censo demostró que la mayoría de los enfermos recluidos en el hospital tenían como lugar o patria a Cartagena; 92 leprosos son de este lugar de origen. Este hecho 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 estas preguntas, es posible formular dos hipótesis que nacen de la información que brinda la documentación consultada.

La primera responde al hecho de que los lazarinos formaron familias dentro del hospital; las cartas e informes de los protomédicos que trataron a los enfermos y el censo de 1777 muestran que hubo quejas de los vecinos de la ciudad frente al número de leprosos, a la necesidad de controlar “la raza de lazarinos” y proponer la separación de sexos, ya que estos leprosos transmitieron la enfermedad a los hijos que nacieron de estas uniones.

La segunda, responde al hecho de que, aunque el lazareto de Cartagena recogió la mayoría de los leprosos que existieron en el Virreinato a inicios del siglo XVII pero, como se ha mencionado anteriormente, la falta de infraestructura de comunicaciones y transporte, sumada a la negativa de las provincias de enviar a los enfermos al hospital de San Lázaro por los costos y riesgos que acarreaba llevarlos hasta allá, implicó que dicho lazareto tuviera como zona de influencia a los lugares geográficos próximos. 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 Quito (A.G.N., 1777, Tomo Único, folios 919-923). 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.

Por otra parte, la organización y la construcción del hospital permiten dilucidar características económicas y sociales de quienes hacían parte de dicha estructura. El lazareto 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 leprosinos. En estas “casas” vivían los leprosinos con sus familiares y agregados. Las familias más grandes eran de 7 a 9 enfermos y las pequeñas estaban constituidas por 2 a 3 enfermos (A.G.N., 1777, Tomo Único, folios 919-923). 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 Cueba (A.G.N., 1777, Tomo Único, Folios 919-923). Estas son las únicas personas que aparecen con un oficio relacionado con el cuidado y atención de los leprosinos, las casas restantes estaban destinadas para los leprosinos. Este punto en particular muestra que antes del traslado del hospicio, este ya se encontraba organizado por núcleos familiares.

Básicamente el leproso no podía ejercer una práctica laboral, debido a que la separación y exclusión debía ser total, pero entre ellos existieron personas que practicaron algún oficio, entre ellos: un zapatero, un jornalero, dos “bolleras” (persona dedicada a la elaboración y venta de bollos) 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, lo cual respalda la hipótesis de que los leprosinos asumieron

su condición social, siendo la mendicidad una de sus fuentes fundamentales de ingreso.

A continuación, se presentan 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.

Tabla 1*Mujeres en el Lazareto de Cartagena 1777*

Rango de Edad	Cantidad de mujeres	Leprosas	Sanas	Patria	Oficio	Estado civil
1-20 años	29	25	4	2 Mompós, 1 Soledad, 1 Santa Marta, 25 Cartagena	1 bollera	1 casada, 1 viuda
21-40 años	25	22	3	2 Mompós, 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 Mompós, 2 Cartagena	Desconocido	2 viudas 1 casada
61-80 años	0	0	0	0	0	0
81-100 años	4	2	2	1 Mompós, 3 Cartagena	1 bollera	3 viudas 1 Casada

Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923.

Tabla 2*Hombres en el Lazareto de Cartagena de 1777*

Rango de Edad	Cantidad de Hombres	Leprosos	Sanos	Patria	Oficio	Estado Civil
1-20 Años	28	22	6	1 Río Sinú, 1 Santo Tomás, 1 Bocachica, 25 Cartagena	Desconocido	1 viudo, 1 casado
21-40 Años	26	20	6	1 Santa Rosa, 2 Mompós, 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

Fuente: A.G.N. Fondo Lazareto. 1777. Tomo Único. Folios 919-923.

Se debe señalar que, según los datos que ofrece el censo, en el hospital convivían 125 personas, entre los cuales 97 estaban infectadas con lepra y 28 personas se encontraban sanas o por lo menos no manifestaban la enfermedad en cuestión. El análisis de los datos muestra 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.

La conformación de familias de leprosos y los matrimonios entre estos, permiten dilucidar que el discurso médico ilustrado y las regulaciones legales iban por caminos distintos. Por tanto, 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 de evitar que los enfermos salieran al centro y se mezclaran con la población sana. En 1792, cuando el hospital fue movido hasta la Isla de Tierra Bomba, ubicada en el sector de Caño de Loro, no hubo un control estricto sobre la vida de los enfermos; al observar la ubicación del hospital por fuera de los circuitos sociales de la ciudad de Cartagena se entiende que la situación médica empeoró, ya que no era sencillo que los médicos se transportaran hasta el islote para atender a 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 el análisis del censo, la totalidad de los niños(as) que vivieron en el Hospital para 1777 eran los 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 sintomatología alguna, 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 posteriores. Según el padrón el leprosorio fue habitado por 12 niñas que se encontraban entre un rango de edad de 1 a 12 años de las cuales 3 se encontraban sanas y 9 eran leprosas; el caso de los niños es bastante similar, de 13 niños entre el mismo rango de edad 8 estaban sanos y 5 eran leprosos. Este dato revela que, al pasar la enfermedad de una generación a otra, el criterio ilustrado de separar a los leprosos por sexo se consideraba una prioridad.

Es curioso que entre la documentación estudiada no se menciona, para el caso europeo, niños leprosos, ni discursos ideológicos religiosos que expliquen la continuidad de esta enfermedad que en un primer momento era comprendida con base a la culpa del pecado. Los nuevos paradigmas de la medicina, por el contrario, si trataron de dar explicaciones sobre este fenómeno a partir de los debates etiológicos de la enfermedad.

Además, el porcentaje de niños sanos respecto al de las niñas era mayor. Esto implicaría que la teoría 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.

5.4 El impulso ilustrado, una utopía necesaria

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, el manejo de las basuras y otros cambios que introdujeron las reformas en especial en Cartagena de Indias. La reubicación del hospital de San Lázaro 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 restructuración de la institución hospitalaria (Alzate, 2007).

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 el sostenimiento; el pago de los médicos, el presbítero, la alimentación, las ropas y su lavado; la garantía de recursos y de los arbitrios que se podían destinar; y el programa del gasto de los recursos. Para el 5 de abril de 1759, el señor Francisco Álvarez de Castro, en representación del rey, presentó ante las autoridades de la gobernación de la ciudad de Cartagena de Indias, un documento titulado *Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena* (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553), el cual proponía las nuevas ordenanzas sobre los impuestos que debían ser destinados para la manutención del lazareto de la ciudad 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 gobernador, el obispo, oficiales del ejército y el regidor más antiguo. Este documento en su tercera cláusula expresa la motivación y justificación 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 (Folio 472).

La intencionalidad del mandato del rey era clara, ya 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 publicaciones anteriores se ha demostrado 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 (Romero, 2015, p. 75). Estos elementos en particular, el del aislamiento, la separación del leproso y el 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 *Plan de Gastos y Arbitrios para el Real Hospital de San Lázaro de Cartagena* 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 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 1755 (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

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- (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

Siendo la atención médica un eje fundamental sobre cualquier clase de enfermo y más aún 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 (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

Teniendo presente que los tratamientos médicos de la época para la lepra eran paliativos, necesitaban 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 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 (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

Esta empresa necesitaba una búsqueda importante de recursos para garantizar su manutención que se obtenían desde el cobro de rentas por fiestas, la renta por ventas de esclavos y hasta herencias que hayan quedado sin cobrar.

Además, el plan contemplaba una entidad territorial independiente de leprosos bajo la supervisión de las autoridades pertinentes. 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 (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

La designación de un mampostor (administrador) para el gobierno y administración de las rentas del hospital, además, que tuviera funciones judiciales más la facultad de contratar personal, muestra como el lazareto seguía estando bajo el mando del Estado. Por otro lado, una de las principales preocupaciones de la Corona y su administración, radicaba en 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 enfermos, en pocas palabras, 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 consignamiento 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 (A.G.N., 1759, Tomo 6, Rollo 6, Folios 469-553).

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 haya rentas posibles (A.G.N., 1760, Folios 549-550).

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.

El primero de ellos hace referencia al cambio de sitio del Leprosorio. En el plan presentado a nombre del rey se advertía sobre el peligro que significaba convivir con los leprosos y más aún en una ciudad puerto como Cartagena. El señor 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 crecidos 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, médico y cirujano y no se malgastarían las limosnas diarias que al pasar por delante del hospital contribuyen los piadosos (A.G.N., 1760, Folios 549-550).

El otro desacuerdo que planteaba el administrador García se centraba en lo que refiere a rentas fijas y contingentes debido a que los valores propuestos desde España no correspondían con los costos anuales y gastos reales del hospital; en tal sentido el documento 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 año (A.G.N., 1760, Folio 546).

Ahora bien, aunque la problemática sobre el traslado del Real Hospital de San Lázaro se trató durante 1759 y 1760 en dos documentos oficiales donde se propuso la creación de una junta para llevar a término el mandato real, y sólo hasta inicios de 1780 se retomó 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 proyecto sería llevado a cabo por el ingeniero militar Antonio Arévalo y su construcción comenzó en 1781 bajo los planos y las medidas presentados por él, las cuales consistían en un sencillo pero amplio edificio de base cuadrada, con plaza en pórticos y anchos 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 la construcción quedó inconclusa y así, en ese lugar fueron recluidos los leprosos siete años después.

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 paja (Aristizábal, 1998, p. 149).

El ingeniero militar Antonio Arévalo⁵⁷ 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 (A.G.N., 1781, Folios 398-401). Dicho lugar, teniendo en cuenta que no existían muchos fondos para la construcción, se constituyó como un espacio en donde encerrar a los leprosos. Sin embargo, para 1790, el sargento de las milicias del batallón Mangos 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 lugar (A.G.N., 1791, Folio 631).

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 lazarinos 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 leprosos 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

⁵⁷ Antonio Arévalo y Porras (1717-1800), arquitecto, teniente general e ingeniero militar que concluyó las obras del castillo de San Fernando y otras fortificaciones de Cartagena, y algunas obras civiles como el aludido Hospital, la plaza de Cartagena o la Casa y Tribunal de la Inquisición, entre otras ((*Diccionario Biográfico de la Real Academia de la Historia*, disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/21402/antonio-arevalo-y-porras>).

arbitrio, pretenden destinar estas rentas para asistir a los lazarinos de sus provincias y para sostener el hospital de degredo en la prevención de las viruelas (Caballero, A. 1789).

En el apartado sobre el “gobierno económico” se lee: “Separación de los lazarinos: 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 mandado” (Caballero, 1789).

Indudablemente surge la pregunta del porqué se tardó 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. Aun cuando las fuentes documentales no responden con claridad esta pregunta, sí brindan ciertas pistas que 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 debía formarse para tratar la problemática del traslado del leprosorio se reunió hasta el 2 de abril de 1774 (A.G.N., 1774, Folio 505); dicha junta no se pronunció sobre el traslado del hospital y sólo lo hizo hasta comienzos de 1781 por las ampliaciones y

modificaciones que se le debían realizar a la ciudad de Cartagena de Indias bajo las consignas económicas y borbónicas de reordenamiento territorial, es en ese momento en el que el hospital finalmente es trasladado.

Para el caso de los leprosos, el señalamiento social fue una constante, pero el tema del destierro y el degredo no. El argumento que permite afirmar esta hipótesis se basa en la ubicación que tuvo el hospital destinado a su encierro, 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, en Cartagena se empiezan a implementar las reformas borbónicas y así trasladar el hospital, lo cual significó el destierro y degredo de los leprosos de la escena social de la ciudad, cortando con ello, los circuitos caritativos que habían construido ambos grupos poblacionales (sanos y leprosos).

Así mismo, la reorganización territorial y espacial que introdujeron las reformas borbónicas implicaron la puesta en marcha de un modelo higienista que, para el caso de Cartagena, incorporó por primera vez el respeto de los cánones europeos que planteaban la separación total entre sanos y leprosos. Por lo 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 que, en términos de Foucault, se asociará con la “biopolítica”.

Las transformaciones que trajeron consigo las reformas ilustradas entendidas desde la biopolítica, representaron una intromisión violenta en el *habitus* de los leprosos, fundado en las prácticas sociales que estos enfermos lograron construir mientras que el hospital se 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, sino 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 enfermedad (Castro, 2005, p. 145). 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 y, por lo tanto, el objetivo primario de las reformas, no el leproso.

Esta práctica médica ilustrada también poseía un carácter político que exigía la intervención del Estado para asegurar la institucionalidad de esa ruptura con los leprosos. En este sentido, el incremento de la productividad se debe garantizar con políticas de salud pública y que para el siglo XVIII las medidas para combatir la enfermedad respondían al afán de reorganización del imperio y que animadas por la Ilustración lograron

restarles poder a las explicaciones mágico-religiosas de la lepra. Por tanto, todas las acciones impulsadas por los Borbones y en cabeza de José Celestino Mutis significaron un sometimiento de lo privado a lo público.

Adriana Alzate plantea que los intereses borbónicos condujeron a una reforma sanitaria que se articulaba con las reformas político-económicas para establecer unas políticas de salud pública. El proyecto constituía, de cierta manera, una “civilización de costumbres” que “buscaba crear sujetos sanos, obedientes y productivos con base en las prácticas ligadas con el canon definido por los ideales ilustrados” (Alzate, 2007, p. 13). 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 virreinato se encontrara en las inmediaciones de la ciudad, cuando los cánones medievales e higiénicos eran explícitos 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, debido a la importancia geopolítica y económica que representaba para el imperio español, también fue objeto de numerosas disposiciones urbanas, que, justificadas por el crecimiento poblacional experimentado durante el siglo

XVIII, 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 el hospital (Alzate, 2007).

Sin embargo, 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 los leprosos. En tal sentido y como ya se ha afirmado, fueron las políticas de reordenamiento territorial las que impactaron sobre la cotidianidad y la relación establecida entre sanos y enfermos en Cartagena, así como la asimilación de leprosos que fueron rechazados de otras provincias del virreinato antes del traslado 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 el cambio de sitio del hospital fue el único logro de las reformas borbónicas sobre los leprosos reclusos 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 en el departamento de

Cundinamarca y en ese mismo año, el lazareto de Cartagena fue bombardeado por la Fuerza Aérea Colombiana⁵⁸.

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

5.5 El lazareto después del traslado a finales del XVIII

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.

⁵⁸ Noticia registrada por el periódico EL TIEMPO, Bogotá-Colombia, 1950, miércoles 20 de septiembre: Los enfermos de Lepra fueron trasladados al hospital de Agua de Dios en Cundinamarca. Tras ser desocupado el caserío de la isla, la Fuerza Aérea colombiana bombardeó Caño de Loro como medida de limpieza para erradicar cualquier rastro de lepra.

El cambio de sitio del Lazareto 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 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 bastante ni aun medicamento 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 1807 [Primera parte] (A.G.N., 1807, Rollo Único. Folios 372-375)

Es claro 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 tratos 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 social* que partió de una preocupación particular (Castro, 2005). Este hecho muestra una transformación de las prácticas sociales que antes del traslado del hospital habían construido sanos y leprosos; una relación contradictoria, puesto que se basaban en el temor

social que producían los enfermos debido a la posibilidad del contagio y además a 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, el traslado del Hospital representó un reto en la búsqueda de nuevas formas de auxilio hacia los 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 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 “Amigos de los pobres” agrega que:

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 asignó 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 1807. [Segunda parte] (A.G.N., 1807, Rollo Único. Folios 372-375)

En segunda instancia, el documento hace relación al problema de los malos gastos de los impuestos del leprocomio por parte de su mampostor. Estos señalamientos generan una pregunta: si existían 6 tipos de auxilios, ¿por qué el hospital se encontraba en tal 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” 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 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 interiores (A.G.N., 1781. Tomo 6. Folios 339-340).

Según la relación de Caballero y Góngora, citado por Montoya y Flores (1910), en 1789 el real Hospital de San Lázaro tenía las siguientes entradas:

- Renta fija: 1.246 reales;
- 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 (p. 25).

Las cuentas del virrey no concordaban con las cuentas que mostraba el administrador del hospital donde sus entradas anuales ascendían a 15.142 reales, que al compararse con la cantidad de ingresos anuales que ofreció el administrador Tatis con el total de ingresos del hospital que relacionó el virrey, existía un faltante de 9.657 reales, situación que confirmaría la acusación que hicieron los “Amigos de los pobres” y que además se agrava dado que los gastos de funcionamiento del hospital ascendían a 10.572 reales, quedando un remanente considerable y del cual no hubo reporte.

La situación del lazareto se agravó por el aumento 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, estos fueron insuficientes y mínimos en comparación con la situación real del leprosorio, dado que no había médicos, medicinas, camas, ropa y los enfermos estaban mal alimentados e incluso empeorando su estado de salud.

Es evidente que sí existió una vigilancia del destino de los fondos de los leprosos y la preocupación de los entes sociales, aunque se mantenía en el miedo y la marginalidad, demostraba que algunos de los vecinos de Cartagena estaban preocupados por la situación de abandono, pobreza, miseria y olvido de los leprosos. Estos postulados 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 los que consideraban unos hijos miserables. Aunque, el Estado excluía, como lo evidencia el traslado del hospital, la sociedad abrió 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 la comunidad de enfermos. Situación donde el caos y el libertinaje que se vivió en este sitio de reclusión de enfermos fue producto del abandono, y el ocio terminó reforzando hábitos que afectaron los procesos de curación, cuidado, vigilancia y observación de la enfermedad en el cuerpo de los lazarinos.

La constitución de este hospital que con propiedad podría llamarse destierro los hace más desdichados, por que como es amenera (sic) 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 suerte (A.G.N., 1809, Tomo 6, Folio 671).

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 maíz (A.G.N., 1795, Tomo 6, Folio 368).

Desafortunadamente los avatares del proceso de independencia significaron una ruptura con las fuentes primarias en la medida que no se sabe más de los leprosos hasta su traslado a Agua de Dios en la segunda mitad del siglo XIX. La creación de una nueva institución de leprosos (con la función de segregar, alejar o degradar) bajo las mismas lógicas de finales del siglo anterior, demuestra que las medidas que se conocen como modernas en los albores de la república, tienen su lugar de nacimiento en el periodo colonial, por lo menos, frente al tema de la lepra y sus medidas ilustradas.

5.6 Las dicotomías del poder y la lejanía de los santos

Con la urbanización del arrabal de San Lázaro en Lima surgieron nuevas dinámicas sociales que se diferencian de cuando este se encontraba fuera del casco urbano. Durante el siglo XVI el hospital estaba ubicado a las afueras de la ciudad, sin embargo, producto del proceso de expansión

urbana en el siglo XVII, el lazareto quedó localizado dentro de la ciudad. El nuevo núcleo urbano terminó abrazando al lazareto. ¿Qué impacto tuvo este proceso de urbanización sobre los leprosos? ¿Se gestó algún tipo de modificación en las relaciones sociales entre sanos y leprosos? Y a partir de estos interrogantes es posible plantearse si el hospital se debe a la parroquia o la parroquia al hospital.

Antes de dar respuesta a estos interrogantes es clave señalar un espacio de análisis que no fue incluido anteriormente y responde al hecho de exponer la relación entre los santos peruanos y los leprosos. Desafortunadamente para el caso limeño, las referencias frente a este particular son muy pocas lo cual demuestra que el lazareto de Lima era casi un plus de la parroquia; según Hugo Pece (1961), pionero de los estudios sobre la historia de la medicina en Perú, el hospital de San Lázaro era considerado una institución menor dentro de la infraestructura hospitalaria colonial de la ciudad. En contraste, los hospitales mayores (denominados así por ser grandes establecimientos de salud) contaban con servicios básicos de salud, enfermería y además contaban con médico y cirujano permanente, así como asistentes y ayudantes necesarios. Dentro de sus amplios claustros contaban con ropería, botica, panadería, servicios higiénicos, redes de agua, depósito, aves, cultivo de plantas medicinales entre otros; “los hospitales mayores de Lima durante el siglo XVI y XVII fueron los de Santa Ana de los

naturales, San Andrés, Santa María de la caridad, Espíritu Santo y el San Bartolomé (para gente de color)” (Rabí, 2006).

Los terrenos del hospital de San Lázaro estuvieron en pleito durante los siglos XVI y XVII, dada la disputa sobre el carácter jurídico de la administración de la parroquia, haciendo que el hospicio fuera un apéndice y que los leprosos se configuraron en un símbolo, más no en un problema social de escalas mayores. Pece (1961) expone que para mediados del siglo XVIII en el lazareto se encontraban reclusos 30 enfermos de lepra, un número menor si se compara con el caso cartagenero para la misma época. Estos datos explicarían el porqué, el hospital San Lázaro de Lima no fue incluido dentro de las propuestas de reformas de infraestructura a mediados del siglo XVIII y se priorizó a los hospicios con números mayores de enfermos por este mal.

Mientras que Cartagena al ser un centro esclavista configuró una escala de valores totalmente disímil frente al caso limeño; en Lima las luchas de los imaginarios eran más fuertes dado que la nueva urbe fue construida sobre los vestigios del imperio incaico. Los autores trabajados en esta investigación demuestran como uno de los elementos fundamentales de la configuración de la urbe pasó por los encerramientos de indios y las encomiendas, dado que, al controlar a la población allí ubicada, esto significaría disponer sobre el capital humano, entendido como mano de obra

barata o esclava, por lo que se hizo necesario acudir a la imposición de nuevas narrativas e imaginarios (Coello, 2006).

Es aquí donde las figuras de Francisco Solano, Toribio Mogrovejo, Martín de Porres, Juan Macías y Santa Rosa de Lima entran en juego. Este ramillete santoral conformaba un escuadrón cuyo objetivo fue ahogar en el imaginario colectivo las idolatrías del imperio Inca bajo la lógica del culto cohesionador para permitir una evangelización mucho más efectiva. Aunque este no es el objeto de esta investigación, los mencionados santos tienen una relación con el lazareto de Lima y sus leprosos. Por lo que analizar el papel de los santos implica pensar en su utilidad social, la cual se constituye como el factor central del surgimiento del personaje y su valor iconográfico dado que son santos periféricos o fronterizos evocando un modelo de vida cristiano en tierras inhóspitas y agrestes.

Toribio de Mogrovejo, segundo arzobispo de la ciudad de Lima jugó un rol determinante en el proceso evangelizador del virreinato⁵⁹. A su llegada, el 11 de mayo de 1581, “recorrió a lomo de mula su obispado que abarcaba desde Chiclayo y Trujillo al norte, hasta Cañete e Ica en el sur, sin olvidar las regiones andinas, desde Cajamarca y Chachapoyas hasta Huancayo” (Levillier, 1920, p.11); sus biógrafos narran su experticia en aprender lenguas nativas que le facilitaron su trabajo de evangelizar en el

⁵⁹ Su canonización se sustanció en 1726 (véase *Diccionario Biográfico electrónico de la Real Academia de la Historia*, disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/8807/santo-toribio-alfonso-de-mogrovejo>).

Perú. Su gestión atravesó varias controversias a causa de sus continuos pleitos con los virreyes, además de tensiones generadas con la Compañía de Jesús.

Figura 22

Santo Toribio Alfonso de Mogrovejo, arzobispo de Lima. Anónimo. Segunda mitad del siglo XVII. Óleo sobre lienzo.



Fuente: Museo Nacional de Bellas Artes. Buenos Aires. Argentina.

<https://www.bellasartes.gob.ar/>

Estas disputas entre sectores representativos del poder religioso y secular muestran que en las primeras décadas del proceso de colonización las fronteras administrativas entre las entidades creadas para regular la vida administrativa y social del virreinato estaban sustentadas en relaciones de dependencia basadas en la utilitariedad y el clientelismo⁶⁰. Las continuas contradicciones y controversias entre las Bulas papales y las Cédulas reales son el origen de repetidos pleitos durante el siglo XVI y XVII, este es el escenario al cual se enfrenta Santo Toribio, quién casó una pelea directa con el virrey García Hurtado Mendoza por el envío de los indios del arrabal de San Lázaro al cercado. Santo Toribio mostró categóricamente su indignación por el trato violento y despojo de la tierra del cual fueron víctimas los indios que habitaban el arrabal, el cual fue motivo suficiente para desconocer la autoridad del virrey.

Esta acción que en principio se muestra a favor de los desposeídos, en el fondo, materializaba la lucha de poderes por usufructuar la tierra y la mano de obra. Aunque al arzobispo se le reconoce su atención a los enfermos y su preocupación por el sustento de los hospitales del virreinato, no se encuentra una relación directa entre él y los leprosos reclusos en el lazareto.

⁶⁰ El control del aparato productivo pasaba por el control de la mano de obra, este aspecto es ampliamente trabajado por Alexandre Coello de la Rosa en su texto “espacios de exclusión, espacios de poder”.

Figura 23

San Martín de Porres. Siglo XVII. Anónimo.



Fuente: Iglesia Monasterio de Santa Rosa de las Monjas de Lima.

<http://www.fatima.org.pe/seccion-verarticulo-29.html>

La vida y obra de san Martín de Porres aparece narrada en 1673 por el sacerdote Bernardo Medina en el texto *La prodigiosa vida del venerable*

siervo de Dios Fr. Martin de Porres natural de Lima, de la tercera orden de nuestro padre Santo Domingo. A grandes rasgos, la descripción del santo limeño aparece cargada de humildad, de mortificación y de caridad. Sus acciones cubren todos los frentes posibles, desde milagros pequeños como la plantación de plantas en terreno estéril, multiplicación de comida, atención a los presos y enfermos, sanación de niños llagados, pero sobre todo la capacidad de sanar y hablar con los animales.

Aunque en el texto se hable de la curación de los enfermos, no hay una sola alusión al hospital de San Lázaro o a los leprosos. Es así como la biografía continúa haciendo hincapié en la habilidad del santo para tratar a los animales como otros hermanos llegando al punto de comunicarse con ellos, asegurando incluso que hasta los ratones obedecían sus órdenes. Sin embargo, san Martin de Porres al ser negro pudo alinearse con los enfermos que se encontraban en el hospital, puesto que la mayoría de ellos también eran negros y, en cierta medida, esta particularidad les otorgaba una función simbólica a los leprosos al ser sujetos de milagros o de intervenciones divinas. Las confrontaciones dentro del universo de los imaginarios de la ciudad pasaban por suprimir las prácticas religiosas anteriores, en este sentido se marca una clara distancia con el caso cartagenero.

Por otro lado, los trabajos de Iwasaki Cauti (1993) y Cussen (2016) han propuesto una teoría sobre la ejemplaridad de la figura humilde de Porres para los religiosos peruanos del siglo XVII. Estos dos estudiosos

proponen que la “humildad” que encarnaba Porres fue pensada como una manera de humillar a los religiosos peruanos que habían cobrado la mala reputación de ser corruptos y arrogantes en el siglo XVII. Para Iwasaki, la vida de Porres reflejaba un esfuerzo de los religiosos españoles para proponer una figura “oscura” y “obediente” como modelo a seguir:

las hagiografías coloniales peruanas tuvieron como inmediatos destinatarios a los viciosos e incontinentes frailes, quienes tuvieron que aceptar como modelos de virtud a personas humildes nacidas en el Perú, entre las que había criollos, mulatos, negros, mestizos e indios, así como rústicos españoles que no salieron de su tierra para ser profetas, y que sin embargo llegaron todavía más lejos (citado por Brewer, 2012, p. 17).

Cussen (citado por Brewer, 2012) concuerda con Iwasaki y agrega que Porres sería un modelo de obediencia y piedad que los hombres y mujeres que hacían parte de los conventos deberían seguir, puesto que la jerarquía eclesiástica se encontraba preocupada por la ausencia de las virtudes que representaba el santo. Las interpretaciones tanto de Iwasaki como de Cussen plantean la concepción de un santo que es racializado y discriminado por ser negro, pero a la vez, proponen que la figura de san Martín de Porres sirvió para que se ratificara el proyecto evangelizador de la orden dominica en América.

Figura 24

San Juan Macías. Anónimo. S.f.



Fuente: <https://www.dominicos.org/estudio/recurso/el-mensaje-social-de-san-juan-macias/>

San Juan Macías, aparece en la escena urbana de Lima después de la muerte de Santo Toribio Mogrovejo (1606), San Francisco Solano (1610) y Santa Rosa de Lima (1617) y tuvo una fuerte amistad con San Martín de

Porres, su milagro más característico fue la multiplicación de la comida y su sentido de la caridad. En Lima los dominicos u Orden de Predicadores tenían dos conventos principales. El convento de Santo Domingo o basílica de Nuestra Señora del Rosario estaba ubicado en el centro de la ciudad y tenía en ese tiempo unos 150 religiosos. Allí vivía san Martín de Porres. El otro convento principal era el de Santa María Magdalena, llamado también *La Recoleta* dominica, es decir, un convento de recoletos dominicos, donde se llevaba una vida más estricta que en los demás conventos de la Orden. Por ejemplo, no se podía comer carne y había más horas de oración comunitaria. En este convento, fundado en 1606, que fue donde entró nuestro santo, había 50 religiosos. Al llegar a Lima, Juan Macías, se alojó en una venta cerca del puente que llaman *Posadas de San Lázaro* por estar junto a la iglesia parroquial dedicada a San Lázaro. La venta estaba en el barrio de San Lázaro, hoy distrito del Rímac, distante unos dos kilómetros del convento de la Magdalena (Meléndez, 1682).

El padre Juan Meléndez (1682) menciona las continuas visitas de este santo al barrio San Lázaro donde se encontraba la parroquia y el lazareto, pero tampoco encontramos una mención directa con estos enfermos leprosos. Según cuentan los testigos del proceso, cada día daba de comer a más de 400 pobres. Muchos lo llamaban con cariño el *leguito de la limosna*. A los pobres de los hospitales, algunos días los visitaba personalmente:

Llevaba una cesta colgada del brazo izquierdo, cubierta con la capa y llevaba dulces, flores aguas de olor y comida. Les servía de comer, les hacía las camas, les limpiaba los bacines, les daba los dulces y las flores; y les untaba las manos con el agua de olor para que se recreasen. Y les amonestaba a la paciencia en su pobreza y achaques, y les aconsejaba el amor de Dios y mudanza de sus vidas (p. 61).

De igual forma se repite el modelo anterior de San Martín de Porres donde cuando se habla de enfermos no se particulariza sobre los enfermos de lepra. Otro dato importante que mencionan los estudiosos de Lima durante el periodo colonial es, más que la lepra, fueron las epidemias las que azotaron a la población de entre ellos y con mayor fuerza a nativos y africanos, “la epidemia de sarampión de 1597 significó una reducción en 300 indios vagabundos y yanaconas” (Coello, 2006, p. 214). Esto ubica a los leprosos en el plano simbólico del discurso más no como un factor de desorden social, bajo esta premisa es posible afirmar que los leprosos de San Lázaro de Lima pasaron por un proceso de naturalización social en la medida que la población condicionó su existencia y presencia dentro del entorno urbano de la ciudad desde el siglo XVII en adelante.

Pedro Bravo (1761), planteaba que en 1606 los vecinos Álvaro Alonso Moreno, Antonio Román de Herrera, Sebastián Carrera y Pedro Veles Romero sufragaron mejoras y así se pudo construir tres viviendas, una para hombres, una para mujeres y una para negros. Los leprosos en Lima habían

aumentado y siendo la mayor parte esclavos, los amos estaban obligados a pagar cuatro reales el primer año de internamiento. Los amos para liberarse de esa carga optaron por darles libertad, una especie de “jubilación anticipada” de nuestros días, dato que resulta interesante dado que vislumbra similitudes entre Lima y Cartagena donde la población esclava representaba el número mayor de enfermos de este mal, pero las lógicas locales imprimieron matices que hicieron que ambos procesos fueran disimiles.

El hecho de que el lazareto u hospital de San Lázaro haya quedado dentro del barrio produjo nuevas lecturas que se podrían comprender como un proceso de naturalización donde se normalizó la existencia de este lugar. Esto permite afirmar que los leprosos en Lima estuvieron sujetos a un encierro mucho más estricto que el caso cartagenero dado que las fuentes consultadas y la bibliografía revisada para esta investigación no dan cuenta de que los leprosos se constituyeron en un factor de riesgo social. Además, si se suma el hecho que después de revisar cinco biografías de santos ninguno expone una mención directa sobre estos enfermos permite llegar a dicha conclusión.

5.7 Las lógicas urbanas y el Hospital de San Lázaro de Lima

La parroquia de San Lázaro durante los siglos XVII y XVIII pasó por varios procesos importantes, entre ellos, la urbanización del arrabal que

impulsó la finalización del puente sobre el río Rímac y permitiendo que resurgieran las disputas legales sobre la posesión de la tierra. Pero más allá de los pleitos y posterior urbanización de la parroquia, los nuevos vecinos iniciaron una querella jurídica que de fondo escondía una pelea mayor sobre la legalidad de una gobernanza sobre la parroquia de San Lázaro de Lima, de la cual queda constancia en el Archivo General de las Indias⁶¹ y que se resumía en el siguiente enunciado: la parroquia y el hospital o el hospital y la parroquia.

Inicialmente se debe mencionar que los terrenos que cedió Anthon Sánchez a mediados del siglo XVI fueron para la construcción de un hospital destinado para enfermos de lepra. Para el caso limeño la construcción de la parroquia, que asumió el fuero espiritual de la urbanización, generó nuevos conflictos sociales con base a los servicios espirituales que debía proveer y, asimismo, quién debía asumir la administración de esta para garantizar una mejor atención a los siervos y leprosos recluidos en el lazareto.

Otro nodo importante de este pleito fue la semilla que sembró el arzobispo Toribio Mogrovejo al decretar una administración laica sobre el hospital y a su vez una parroquia sin párroco propio. Como se ha mencionado anteriormente, las disputas entre el arzobispo y la compañía de Jesús eran bien conocidas en la ciudad, incluyendo las controversias con las

⁶¹ (1769) Lima 562, expediente pleito, folios 82-170.

elites seculares. El texto del padre Josep Bravo (1761), frente a este particular expone:

Explicada la materia de sus principios legales⁶², se esclarece en lo jurídico lo que es notorio de hecho, y que el hospital de San Lázaro no es beneficio, ni ha mudado su naturaleza por su iglesia se hiciere parroquia y curato separado de la catedral A este pertenece desde la fundación de Lima el corto vecindario que pobló la otra parte del río. Sus copiosas avenidas empezaron el tránsito de los curas, en algún tiempo del año, antes de que el virrey Marques Montesclaros fabricase el gran puente que se concluyó en 1610 (p.71).

Por este motivo y el de la distancia mando el Santo arzobispo Don Toribio de Mogrovejo en el año de 1604 que la iglesia de San Lázaro estuviese en continuo el ssmo. Sacramento óleo y crisma y desde entonces quedo como vice parroquia alternándose los cuatro curas de la catedral por semanas a su asistencia, *pero sin tener intervención alguna sobre el hospital*, ni en la misma iglesia, para más a lo tocante a la administración de sacramentos a la feligresía y *todo el gasto de cera pan, y vino que le toca a las cofradías lo costeaba el hospital*, como impidiendo en su propia iglesia como consta en sus libros y cuentas de los mayordomos. En la fundación del hospital renovada en 1606, intentaron los mayordomos veinticuatro, que el capellán no solo administrase los sacramentos a los enfermos, ministros y sirvientes, sino a los vecinos parroquianos del barrio, esta fue una de las constituciones que añadió la hermandad, aprobó el provisor y no la confirmo el gobierno porque juzgo contra la

⁶² El mencionado padre en páginas anteriores defiende el hecho que el hospital esté en manos de particulares civiles, basado en los concilios Laterenses y de Trento quienes exponen las funciones de estas casas de la piedad.

regalía del real patronato, la administración que sin licencia y formalidad debida empezaba a erigir como nueva parroquia extendiendo la facultad del capellán fuera del ámbito casa (p. 38).

De este aparte del texto, queda claro que la evolución del hospital poco a poco se fue derivando a otros servicios propios de una parroquia a causa del crecimiento poblacional del arrabal. Este factor venía de la mano con la naturalización de la presencia de los enfermos de lepra en ese espacio, aunque ese hecho no desmonta de valor simbólico de los leprosos, sí se asiste a un proceso totalmente lejano de lo observado en Cartagena. Mientras que en un principio el afuera marca una característica fundamental, el adentro ahora implica nuevas lecturas de un fenómeno social particular para el caso de las colonias.

Algunas posibles hipótesis que expliquen esta realidad corresponderían, en primer lugar, al bajo número de enfermos de este mal⁶³; en segundo lugar, al poco flujo de capital humano en comparación con el puerto de Cartagena que a su vez fungía como filtro dado que era una parada obligada en la ruta hacia Lima; y, por último, a la distancia de este puerto con el circuito comercial del Caribe. Otro dato que llama la atención es la desobligación de los sacerdotes de la catedral con los enfermos de lepra

⁶³ Frente a este particular se encuentra información en los Libros del Cabildo (1670-1722), Libro de cuentas del Hospital de San Lázaro, Libro de Marguesí de Casas y Censos del Hospital de San Lázaro (1664), Libro de Limosnas y Gastos (1610), Libro de la Hermandad de la Iglesia y el Hospital de San Lázaro, fundado en 1606, siendo su fundador Álvaro Alfonso Moreno, Libros de Cuentas (1701-1814) y Memorias de los Virreyes Tomos: I, IV, VI.

encerrados en el hospicio, demostrando que los leprosos en la segunda etapa de crecimiento de la urbe fueron un factor insignificante en términos de tensiones sociales. Ni a los curas de la catedral ni a los santos de Lima se les agencia algún tipo de actitud misericordiosa con estos enfermos, afirmación que puede ser poco incierta en la medida que los leprosos hacían parte del paisaje urbanístico de Lima.

Mientras que en Cartagena San Pedro Claver jugó un papel determinante como figura evangelizadora de los africanos, el cual llevó su experiencia misericordiosa involucrándose directamente con los leprosos recluidos en el lazareto, para el caso de Lima el hecho de la distancia visible entre el credo y los enfermos de lepra, reafirma la hipótesis desarrollada por Coello de la Rosa (2006) en la necesidad de borrar los vestigios y prácticas religiosas de la población indígena, dado que el poder del control sobre esta población, es ejercer el poder sobre el capital humano en el sentido estricto término. Ilder Mendieta Ocampo (1990) escribe un excelente trabajo basado en fuente primaria donde logra reconstruir las cuentas del Hospital de San Lázaro de Lima, siguiendo con su línea de exposición, y plantea que la historia económica del hospital puede dividirse en dos etapas, la primera que se divide en dos periodos que abarca desde su fundación 1606 hasta 1687, donde el primer periodo va desde 1606 hasta 1650, caracterizado porque el financiamiento del hospital se basó en la caridad pública. El segundo va, de entre 1650 hasta 1687, donde se consolidan las cuentas del

hospital de San Lázaro en la medida que capta recursos provenientes de Censos y Rentas (Mendieta Ocampo, 1990, p.76).

La segunda etapa va desde el terremoto de 1687 hasta 1821 e igualmente la divide en dos períodos, el primero va desde 1687 hasta 1770, época caracterizada por un mayor esfuerzo administrativo que implicó la reconstrucción del lazareto el cual quedó en ruinas por el movimiento telúrico; durante esta época los vecinos del distrito de San Lázaro manifestaron quejas debido a que algunos leprosos salían del lazareto a pedir limosnas en la vía pública. El segundo periodo va desde 1770 hasta 1821, esta época se caracterizó por las reformas de Carlos III, las cuales conllevaron a cambios dentro de la estructura del lazareto como el cambio de mayordomo y de administradores (Mendieta, 1990). Pero después de un nuevo terremoto en 1746, se tornó imposible sostener el mantenimiento del hospital que se vio obligado a cerrar. Durante el siglo XVIII los enfermos presentaron un memorial exigiendo la reelección del mayordomo y de los diputados dado que los trataban dignamente. Pasados algunos años vuelve a funcionar afrontando nuevas dificultades en 1770. Con las medidas de Carlos III la situación mejora momentáneamente, pero a comienzos del siglo XIX la situación del lazareto vuelve a complicarse. “El mayordomo Conde de Villar Fuentes testimonia en 1809 que el hospital se encontraba con sus oficinas y cabañas destruidas y los enfermos desnudos” (Mendieta, 1990, p. 76).

Otro elemento característico que marca una diferencia con el caso cartagenero es la existencia de una hermandad o cofradía fundada desde 1606, cuyo objetivo era recaudar las limosnas necesarias para el funcionamiento del hospital y especialmente atender a leprosos que carecían de ayuda y terminaban falleciendo en las calles y que en el imaginario popular podrían diseminar la lepra al resto de la población. Aunque la afirmación final es un poco temeraria en comparación con la cantidad de enfermos que estuvieron recluidos en el hospital, si es importante destacar que en el Hospital de San Lázaro de Lima no solo se internaron enfermos de Lepra de todas las castas en especial africanos llevados a esta ciudad en calidad de enfermos (Neyra Ramírez, 2006, p.150).

Durante 1606 hasta 1687, el hospital tuvo un régimen de administración privado cuyos ingresos provenían de distintas fuentes como limosnas recogidas por los diputados de la ciudad y la hermandad. Según Mendieta (1990), dentro del hospital existió una clasificación de enfermos con base a su casta:

una cabaña para Blancos, una cabaña para Indios y una cabaña para Negros. De igual forma los gastos alimenticios y de sostenimientos se clasificaron según la casta donde los blancos recibieron 3 reales diarios para su alimentación y negros e indios 1 real (p. 39).

La extrapolación del sistema social de castas al hospital como parte de su estructura orgánica demuestra la importancia de su idea de orden

social en todas las esferas incluyendo las instituciones entre ellas los hospitales. El orden como principio cohesionador no solo del espacio sino también de los cuerpos se expresa en la necesidad de vigilar y fiscalizar acciones como la reproducción con el fin de evitar el cruce de castas entre enfermos de lepra⁶⁴. Esta condición que busca a partir del orden y el disciplinamiento entender cuáles fueron los dispositivos que se le aplicaron al colectivo de enfermos de lepra en el espacio urbano colonial, dándoles una categoría social mucho más amplia. Marialba Pastor (2004) expone que la disciplina y el sacrificio fueron dos ideas fundamentales sobre las cuales se buscó la cohesión social de las sociedades novohispánicas. En tal sentido, esta investigación permite comprender el cuerpo leproso como un *cuerpo sacrificial*, el cual reproduce representaciones de castigo y de redención como se ha mostrado a lo largo del texto.

A partir de 1687 hasta 1821 el hospital entra en un régimen de dotación pública. Esto se debe en gran medida al terremoto de 1687 el cual dejó destruido en gran parte la infraestructura de la parroquia y del hospital. Esto conlleva, a una intervención estatal mucho mayor, la cual se revivió con el nuevo terremoto de 1746: "(...) por 6 años estuvieron los enfermos en chozas llenos de necesidades. Se procedió de nuevo a levantar el hospital

⁶⁴ Jacques Le Goff y Nicolas Truong (2003) exponen el argumento de que del cuerpo devienen tensiones que dinamizan la cultura occidental. Dado que es el lugar donde se ubica la vestimenta, la sexualidad, el trabajo y los gestos. Una fuente de debate constante en un universo cristiano que dignifica y su vez reprime.

tomando el arbitrio para hacer corridas de toros por dos años en dos días de carnaval (Mendieta, 1990, p. 46).

La ratificación ideológica del paternalismo expresado por parte del Estado en un grupo de enfermos demuestra la correlación directa entre el cristianismo y los principios fundamentales del humanismo como corriente filosófica la cual tiene su momento de mayor auge a finales del siglo XVIII. Aunque en principio esta idea paternalista recae sobre la figura del rey y su responsabilidad con sus siervos y a su vez con su comunidad, abre un interesante debate del porqué algunos grupos de excluidos o miserables no apoyaron fervientemente el proyecto independentista de algunas elites criollas americanas, si se tiene en cuenta que el hospital es cerrado en 1821 es decir al inicio del periodo republicano. Como demuestra esta investigación, los leprosos tanto en Cartagena de Indias como Lima hacían parte de la estructura urbanística, por lo tanto, son parte del imaginario urbano de estas ciudades coloniales donde se materializaron convenciones sociales angulares de la cultura colonial.

Mientras que el número de enfermos de lepra en Cartagena fue mayor en comparación con su símil de Lima, el lazareto limeño tuvo entre su oferta de atención brindar servicios médicos a la población esclava. Ilder Mendieta plantea que:

han de hacer los amos donaciones de ellos al hospital para que por cuenta de él y los hijos que tuvieran después de dicha donación

quedan y sean para el hospital y se entiende esto en cuanto a los negros que en el hospital se curasen, porque de no venir en ello, los amos se han de guardar y cumplir las constituciones que de esto se trata. Dichas disposiciones, se tomaron por parte del virrey para evitar que los esclavos leprosos terminaran abandonados y vagando por las calles de la ciudad (Mendieta, 1990, p. 56).

Siendo la lepra una enfermedad incurable, en los documentos analizados del caso limeño, siempre se expone la posibilidad de cura del esclavo, implicando el pago de los gastos de atención y que esto conllevó al abandono de los esclavos sí se comprobaba la existencia de la enfermedad⁶⁵. Esta idea de sanación se ratifica por la amplitud de diagnósticos posibles de lepra, puesto que cualquier afección cutánea era susceptible de ser diagnosticada como dicha enfermedad, dándole un dinamismo mucho mayor del hospital ya que los casos reales de lepra recluidos en el lazareto de Lima eran ostensiblemente menores.

El Hospital de Lima en 1606 inicialmente contó con dos salas o aposentos para atención de leprosos, una para mujeres, y otra para hombres las cuales albergaban a cinco lazarinos. En 1670, el mayordomo Francisco Valero refería en el cabildo, donde también se encontraba presente el virrey Conde de Lemus: “el estado de las cosas del hospital de sus rentas que tiene y necesita como el buen tratamiento de los pobres sufren de estrechez que

⁶⁵ En los trabajos Mendieta (1990) y Gardeta (1999) se menciona constantemente la cura de enfermos recluidos en el hospital de San Lázaro de Lima.

tenían para su curación y regalo” (Mendieta, 1990, p. 63). Para 1700 se contaban con más ambientes dado que el número de enfermos aumento llegando a 24 (17 negros, 10 hombres y 7 mujeres), las salas no eran adecuadas para la atención de los enfermos de lepra y el mayordomo Pedro Paiban, en un memorial al virrey decía:

Trato de derribar cuatro aposentos en que habitan algunos enfermos casados y con hijos para efectos de hacer una sala en que se asistan y curen a los españoles. Se padecía una indecencia tan grande que los españoles estuviesen juntos y mezclados con los negros y con estos la enfermedad (Libros de cabildos 08412, 1700, folio 134).

Este dato muestra una similitud entre el caso limeño y cartagenero en la medida que la configuración de familias de leprosos perpetua el mal en la existencia de hijos de estas uniones. El factor racial expresado en la pureza de la sangre vuelve a tomar un lugar preponderante dado que para el mayordomo no es molesto la idea que los leprosos prolongaran el mal en los hijos de negros leprosos, para él, es más indignante someter a los blancos ante la presencia de negros leprosos.

Otro elemento importante del caso limeño es el estatus jurídico que algunos negros asumieron al estar reclusos en el hospital. En el cabildo realizado el 19 de marzo de 1696, se leyó una petición de Francisco Congo y Antonio Mina (negros) en la que reclaman el buen sustento alimenticio.

Aunque el documento no especifica su condición de leprosos, el cabildo de Lima trató de respaldar el tratamiento médico y los alimentos de los enfermos reclusos en el lazareto (Mendieta, 1990).

Los datos del lazareto de Lima permiten realizar ciertas inferencias que se configuran como posibles líneas de investigación. La idea de concretar a la Lepra como una forma minoritaria de acceder a procesos de manumisión, la existencia de negros sanos que habitaron dentro del Hospital de San Lázaro de Lima pero que en algún momento fueron señalados como leprosos y posteriormente olvidados por sus dueños demuestra que bajo el concepto legal de leproso, los negros reclusos en el hospital no tuvieron que pasar por procesos de redhibitoria dado que pesaba más el miedo y el simbolismo de la enfermedad que estar en posesión de un esclavo enfermo y que posiblemente podría infectar a otros con su mal. Este hecho demuestra la existencia de un temor social aun a finales del siglo XVIII de cohabitar el mismo espacio con enfermos de lepra y reafirma la idea del rechazo social dado que no era negocio poseer esclavos que hayan sido diagnosticado con lepra.

Los datos de San Lázaro de Lima son congruentes con los datos del hospital de San Lázaro de Cartagena, ya que dan muestra de la existencia de que negros sanos y libres de lepra habitaron estos lugares destinados para los enfermos de este mal. Este hecho hace valido establecer que este grupo

reducidos de negros y negras asumieron la condición social y jurídica de leprosos como ruta de acceso a vivir por fuera de la condición de esclavitud.

Conclusiones

El miedo es un sentimiento de conservación de la especie humana, sobre todo, cuando se aproxima la muerte. Casualmente, la tercera década del siglo XXI ha estado matizada por una pandemia que en principio puso en práctica las mismas estrategias de protección que la humanidad ha implementado desde tiempos inmemorables, aislar al ente contaminador. El Covid-19 nos convirtió en una especie de leprosos, ya que sí tratamos de hacer un paralelo entre este fenómeno actual y la lepra se pueden observar patrones similares⁶⁶, lo cual confirma, que las enfermedades, no solamente son procesos biológicos sino también sociales. La lepra, es una enfermedad universal que encontró método de curación hasta el siglo pasado, por lo tanto, la estrategia más usada para controlar un posible contagio masivo fue el aislamiento, la segregación o el degredo del leproso.

⁶⁶ Aunque los fenómenos son disímiles pandemia y endemia, se pueden observar metodologías higiénicas similares para salvaguardar la salud pública, entre ellas: el aislamiento, el mito, el rumor, el control sobre los cuerpos, restricciones y las representaciones o imaginarios.

Mientras que con el Covid-19 surgieron todo tipo de restricciones sobre la libre movilidad, entre ellas, la cuarentena y (cuando se distribuyeron las vacunas) la exigencia del certificado de vacunación. Con la lepra, el enfermo de este mal debía someterse a una serie de condicionamientos que tenían como finalidad alejar al peligro, el leproso era entendido como un enemigo de la salud pública. Aunque el miedo y el rechazo eran movidos por la narrativa del pecado sumado a la deformación corporal del enfermo, con la lepra primaba el castigo individual, caía el sujeto no la sociedad. Esta percepción no solo superpone a los individuos sanos sobre los leprosos en términos morales, la relación enfermo-sociedad profundiza el canon religioso en la medida que establece una división entre hombres virtuosos versus pecadores en la primera etapa del período colonial. El lugar que ocupan los cuerpos y sus funciones dentro de la estructura social, ubican al leproso como la antítesis de lo correcto o lo adecuado, un cuerpo bárbaro y anómalo.

Particularizar la experiencia del sufrimiento y la degradación corporal del leproso se constituye en un referente simbólico, Ana Luz Rodríguez (2000) plantea que con la lepra se experimenta un desfase entre el temor desproporcionado que experimentaban los habitantes frente a la elefantiasis, las características físicas de la enfermedad y la representación de esta. Más allá de ese desfase, el caso cartagenero y limeño demuestran que el valor de los imaginarios cumplió funciones sociales que rebasaban la

estricta defensa de la comunidad sana y al mismo tiempo, su experiencia corporal era considerada como una muestra posible para la salvación.

El sufrimiento y la paciencia contrarrestaban los imaginarios de pecado y maldad dignificando su existencia, al mismo tiempo que se dignificaba las urbes que por designio real debían cumplir con la obligación de convivir con esta clase de enfermos. Aunque las fuentes ratifican la idea del temor o contagio, este no fue superior a la misericordia existente de los sanos hacia los leprosos, tomando como argumento de la semejanza del sufrimiento de Cristo con el sufrimiento del leproso, instituyéndose así, una forma de expiación de los pecados, al punto de convertir a los leprosos y su lugar de encierro en parte del paisaje urbanístico de la ciudad como lo demuestra el caso limeño. La división del territorio y la asignación de espacios de exilio y misericordia dan cuenta de la hipótesis desarrollada en tanto que no se puede desligar la función de un agente social del espacio donde este interactúa.

Develar las formas de asistencia de una sociedad paternalista que identifica la vulnerabilidad causada por una enfermedad, tipificando a ese sujeto como digno de su misericordia y que dentro de este mismo orden desencadena una serie de mecanismos de protección, demuestra la complejidad de una sociedad colonial caracterizada por ser esclavista y excluyente, donde las relaciones sociales estaban mediadas por las castas; demuestra profundamente el valor de la caridad y complejiza la

comprensión de los mecanismos de indulgencia entre ellos la asistencia a estos seres miserables. El juego de las motivaciones que impulsaron la asistencia social sobre los leprosos marcó el ritmo de las relaciones sociales entre sanos y leprosos, las cuales, para el caso cartagenero estuvieron tipificadas por el cuerpo de San Pedro Claver. La ausencia de un cuerpo santo que asistiera a los leprosos recluidos en el hospital de San Lázaro de Lima marca necesariamente un ritmo diferente, más aún si tenemos presentes que la capital del virreinato del Perú contó con un ramillete santoral mucho más amplio.

Las motivaciones que estructuraron las relaciones sociales entre sanos y leprosos atraviesan el sistema de creencias religiosas y las medidas higiénicas donde el eje discursivo parte del cuerpo. El concepto de *cuerpo ejemplificante* permite la construcción del devenir histórico de la lepra, reemplaza el de *control* dado que encuentra la raíz del problema en la representación del cuerpo más allá del nivel de contagio del mal que era la causa inicial que motivó la expulsión del leproso, junto con el miedo social que despertaba la deformación de su cuerpo. Aunque cualquier medida social puede ser arropada desde el concepto de control, este deja por fuera el carácter simbólico de un mal que indudablemente cuenta con esta variante hegemónica dentro de su análisis. La marca ideológica que establece dichos parámetros se ratifica en el primer concilio de Nicea en el año 325 d.C. dado que el *Nuevo Testamento* presenta una ruptura

fundamental con el *Antiguo Testamento* frente al tema del tratamiento social del leproso, en el Antiguo se condena y en el Nuevo es redentora.

Un periodo de tiempo que refleja claramente esta dicotomía o dualidad en el tratamiento social hacia el leproso es el periodo medieval, durante la Alta Edad Media el leproso era desterrado de los territorios y confinado a lugares de encierro hasta su muerte. Pero en la Baja Edad Media asistimos a una comprensión de su sufrimiento y el camino que esta encierra en términos espirituales. La pintura de Maestro Wesfalia recoge de manera magistral el tratamiento bipolar que sufrió el leproso en términos sociales, pero es interesante ver, como la colonia no escapa a esta dicotomía, dado que se configuran estrategias de aislamiento y su vez, medidas de asimilación social como permitirles a los leprosos pedir limosna en ciertos espacios de la ciudad. Esta dualidad abre la puerta a la comprensión de los fenómenos sociales que giran entorno de la convivencia con los enfermos de este mal. Pero sobre todo le da una ubicación en la estructura simbólica colonial al leproso. El mal ejemplificado en un cuerpo enfermo de lepra objetiviza la narrativa religiosa ya que hace palpable el castigo divino.

Una característica particular de la lepra durante el periodo colonial es su relación con lo marginal, este concepto debe estar sujeto a las variables socioeconómicas y culturales de cada época la cual establece los parámetros de que grupos sociales entran en esta categoría social. Otro elemento particular es la heterogeneidad de este fenómeno ya que no es lo mismo ser

un marginal por condiciones de pobreza que ser un marginal por una enfermedad incurable y contagiosa. Aunque la marginalidad económica es ubicada como un fenómeno premoderno tangencial en algunas sociedades europeas del siglo XII, como lo señalara Le Goff (1965), el leproso ya era un ser marginado por las condiciones corporales que imprime en el cuerpo un mal como la lepra.

Figura 25

Curación de Lázaro. Maestro Wesfalia. Siglo XV



Fuente: Colección de la Barnes Foundation, signatura BF853. Disponible en:

<https://collection.barnesfoundation.org/objects/7040/Healing-of-Lazarus/>

Le Goff (1965) afirma que la categoría de marginados no había surgido en el campo de la historia, en su reemplazo se usaba la categoría de excluidos, personas que funcionan al margen de la sociedad y fuera de todos los parámetros de esta. Como hemos explicado en esta investigación, en las colonias no hispánicas los leprosos eran categorizados como excluidos de la sociedad y eran confinados a lugares de encierro lejos de los circuitos económicos, mientras que, en las urbes coloniales hispánicas encontramos manifestaciones sociales frente al leproso que gravitan hacia otro tipo de lógicas mucho más complejas que una llana comprensión economicista.

En consecuencia, esta marginalidad desde la cual Ana Paulina Malavassi (2003) aborda el problema de la convivencia con leprosos en las urbes coloniales, permite inferir una marginalidad social asociada al ejercicio de la caridad y la mendicidad. Hemos demostrado que sujetar a una sola variante esta explicación de la marginalidad del leproso, es dejar por fuera otras variables hegemónicas. La propia distribución de los espacios en las urbes coloniales no responde solamente al carácter económico, la cual también se encuentra sujeta al valor de la moralidad y de los espacios que deben ocupar esos cuerpos desde su dignidad.

Más que una segregación, expone Malavassi (2003), es más factible sustentar una marginalidad. Esta investigación expone que en el caso cartagenero siempre primó la idea de segregar al leproso, caso contrario al limeño, ya que, en las primeras décadas de creación del hospital de San Lázaro la idea de segregar al leproso estuvo impresa desde el lugar donde fue construido, pero con el crecimiento urbanístico de Lima, el hospicio quedó inmerso dentro de la urbe. Por ello, emerge la necesidad de plantear una hipótesis que nos dé mayor claridad del por qué este hospicio no fue removido nuevamente a las afueras de la ciudad y así, apoyados en el trabajo de Ilder Mendieta Ocampo (1990), podemos afirmar que el número de enfermos de lepra nunca fue significativo, inclusive, que en algunos momentos se permitió en el hospicio de leprosos, el hospedaje de blancos pobres.

La utilización del concepto “Raza de lazarinos” por parte de Juan de Arias, protomédico de Cartagena de Indias a finales del siglo XVIII, genera un nuevo ingrediente frente a las dinámicas locales para la comprensión de este fenómeno social. La ciudad, conforme a la documentación revisada, se establece como una región endémica de este mal, y esto nada tiene que ver con las condiciones biológicas del territorio, responde a la característica de puerto negrero que tuvo la ciudad; Cartagena de Indias al convertirse en uno de los principales puertos del caribe, recibe mayor número de africanos secuestrados desde sus territorios y traídos en calidad de esclavos al nuevo

mundo. Las enfermedades cutáneas surgidas durante el viaje transatlántico por causa del confinamiento de cuerpos en las bodegas de los barcos, incrementó el número de enfermos reclusos en el Hospital de San Lázaro de esta ciudad, esto igualmente es confirmado por las dimensiones del proyecto de restauración y reubicación del hospital.

Por otro lado, en diferentes tratados médicos del siglo XVIII como el de Raymond Montpellier (1786), se expone el paradigma sobre el cual eran valorados los sujetos africanos, en este documento, el doctor Montpellier sustenta que la lepra africana era más agresiva y generó mayor deformación corporal que otro tipo de lepras como la elefancia europea. Esta idea, es ratificada en el tratado escrito por Juan de Arias a finales del siglo XVIII donde sustenta que algunos hispánicos se han enfermado de este mal a causa de la lactación que dan las mujeres negras a los hijos de sus patrones y que era urgente separar a los enfermos de lepra por sexo y estado de gravedad para evitar la propagación de la raza de lazarinos. Aunque el debate sobre el concepto raza ha sido matizado desde dos enfoques, la documentación trabajada para esta investigación demuestra la estrecha relación entre el concepto limpieza de sangre y las virtudes como clara muestra de un mejor linaje.

La colonialidad como ejercicio del poder está ligada al control de los cuerpos desde principios éticos o biológicos, el caso de la lepra en las ciudades de Cartagena y Lima demuestran esta hipótesis dado que el sujeto

africano carga consigo una serie de estigmas ligadas a su linaje, entre ellas, desarrollar la peor clase de lepra. Por lo que otro dato no menor es la información que brinda el censo de 1777, de 61 hombres recluidos en el hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias 15 eran sanos y de 61 mujeres 10 de ellas son sanas. Aunque esta situación es similar en el hospital de Lima, los números son bastante menores.

En los informes entregados por Juan Arias, se expone que la mayoría de las almas que vivieron dentro del hospicio son negras, siendo esta información coherente con el contexto, podemos afirmar que algunos hombres o mujeres negras se libraron del sistema esclavista por un diagnóstico de posible lepra. Esto quiere decir, que los condicionantes sociales que implicaban ser leproso en la colonia, sirvieron como ruta de escape a la condición de sujeto esclavizado.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

A.- Listado de fuentes archivísticas utilizadas la investigación

A.G.I: Archivo General de las Indias:

- Sección Mapas y Planos, Panamá 248BIS
- Sección: LIMA, Legajo: 562, Folios 82-87
- Sección: LIMA, Legajo: 562, Curas rectores (1719-1736), Folios 92-138
- Sección: LIMA, Legajo: 562, Pieza 3 (P.3) (1719-1736), Folios: 1-100

A.G.N.P: Archivo General de la Nación (Perú):

- Queja, administración de sacramentos, GORE, Legajo:14, Folios 35-107
- Expediente relativo a la denuncia formulada por procurador el procurador fiscal don Pascual Antonio Monzón del estado de abandono del Hospital de San Lázaro 1805, GOBI, Legado:12, CUA: 513, Folios 6-17

- Libros de cuentas del hospital de San Lázaro: 1701-1710, 1758-1762, 1799-1814, Números 08416-08424
- Libro de la hermandad de la iglesia y el hospital de San Lázaro 1606, Número 08414
- Libros de Limosnas y Gastos, Número 08407

A.G.N: Archivo General de la Nación (Colombia):

- 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 Único.
- 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 Lazaretos. 1809. 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 Gil AGN. Fondo lazareto. 1786. Tomo Único. Folio 423.

B.- Fuentes 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 Presbítero 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.

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 Tocatora. Año de 1666.

Hutington William. Desand the method of the lepers cure in a letter to a friend.

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.*

Reymond Mompellier, Disertación médico-histórica de la elefancia y su distinción de la lepra, con noticias acerca del escorbuto, fuego de

Anthon, pestes, venéreas y otras dolencias cutáneas inmundas, y la historia física de los tiempos Traducida del Frances, Madrid, en la imprenta de Pacheco, 1786.

Reyno de las Indias- Recopilación de las Leyes de Indias (1680). Libro I.
Título IV. De los hospitales y cofradías. Ley I. Que se funden hospitales en todos los pueblos de españoles e indios.

C.- Bibliografía

Aguilera Díaz, M., y Meisel Roca , A. (1997). Cartagena de Indias en 1777: un análisis demográfico. *Boletín cultura y bibliográfico*, 34(45), 21-57.

Alzate Echeverri, A. M. (2007). *Suciedad y orden: reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Alzate Echeverri, A. M. (2011). Cuerpos bárbaros y vida urbana en el Nuevo Reino de Granada. Siglo XVIII. En J. Borja Gómez, y P. Rodríguez Jiménez, *Historia de la vida privada en Colombia* (págs. 255-2884). Bogotá: Taurus.

Ángel, L. M. (1997). La misericordia en San Francisco de Asís según sus escritos. *Selecciones de Franciscanismos*, 263-284. Obtenido de franciscanos.org

Aristizabal Girdo, T. (1998). *Iglesias, conventos y hospitales en Cartagena*. Bogotá: Banco de la República.

Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América latina moderna. *Asclepio*, 54(2), 41-60.

Bartra, R. (1992). *El slavaaje en el espejo*. Ciudad de México: Era.

Biblia Reina-Valera 1960. (s.f.). *BibleGateway*. Recuperado el 6 de Enero de 2022, de 2 Reyes 5:26-27:

<https://www.biblegateway.com/passage/?search=2%20Reyes%205:26-27&version=RVR1960>

Block, K. (2017). Slavery and inter-imperial leprosy discourse in the atlantic Word. *Atlantic studies*, 243-262.

Borja, H. J. (2002). Cuerpos barrocos y vidas ejemplares la teatralidad de la autobiografía. *Fronteras de la Historia (ICANH)*, 99-115.

Borja, H. J., y Martínez Millán, M. P. (2014). Pintura y la cultura barroca en la Nueva Granada Los discursos sobre el cuerpo en Bogotá. *Fronteras de la Historia (ICANH)*, 19(1), 202-208.

Borja, J. H. (2007). Cuerpo y mortificación en la hagiografía colonial neogranadina. *Theologica Xaveriana*, 57(162), 259-286.

Borja, J. H. (2011). De la pintura y las vidas ejemplares coloniales. En J. H. Borja, y P. Rodríguez Jiménez, *Historia de la vida privada en Colombia* (Vol. I, págs. 167-194). Bogotá: Taurus.

Borrego PLa, M. d., Vázquez Cienfuegos, S., y Muriel Parejo, F. (2010). La trayectoria urbana de Cartagena de Indias hasta 1586. En H. Calvo Stevenson, y A. Meisel, *Cartagena de Indias siglo XVI* (págs. 183-202). Bogotá: Banco de la República.

- Botero, N., Polo, D., y Sinuco, L. (2015). Lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencias en los siglos XX y XXI. *Salud Bosque*, 5(1), 67-79.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Burstein, Z. (2001). Revisión histórica del control de la lepra en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 18(1-2), 40-44.
- Bustíos Romaní, C. (2004). *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú: 1533-1933*. Lima: UNMSM Fondo Editorial.
- Carreras, A., Mitre, E., y Valdeón, J. (1985). La peste negra. *Cuadernos de Historia*, 16, 19-28.
- Carrillo Rosero, A. M. (2017). *Al cuidado del soberano. Des/orden, cuidado y vasalleje, real audiencia de Quito 1780-1807*. Quito: Universidad de Rovira.
- Castresana, L. (1950). *Nosotros, los leprosos*. Bilbao: El siglo de las misiones.
- Castro Gómez, S. (2005). *Hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada 1750-1816*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Charlotte, G., y Bertrand, M. (1998). *Poder y Desviaciones, Génesis de una sociedad mestiza, siglo XVI y XVII*. Ciudad México: Siglo XXI.
- Chuhue, R. (2004). La piedad ilustrada y los “necesitados” en Lima borbónica. Una aproximación hacia la plebe limeña y el manejo institucional en el siglo XVIII. *Summa Historiae, Revista de Estudios Latinoamericanos*(1), 109-135.
- Coello de la Rosa, A. (2006). *Espacios de exclusión, espacios de poder: el cercado de Lima colonial (1568-1606)*. Lima: Instituto de estudios peruanos.
- Coello de la Rosa, A., y Dieste, J. (2016). *Elogio de la antropología histórica, enfoques, métodos y aplicaciones al estudio del poder y del colonialismo*. Zaragoza: Universidad Zaragoza.
- Colmenares, G. (1983). *Historia económica y social de Colombia: 1537-1719*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Comelles, J., y Martínez Hernández, Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Salamanca: Eudema.
- Crasset, J. (1788). *La dulce y santa muerte*. (B. Sotomayor, Trad.) Barcelona: Imprenta de Gonzalez.
- Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias*. Lima: IEP.

- Cueto, M., y Puente, J. C. (2003). Vida de leprosa: testimonio de una mujer viviendo con la enfermedad de Hansen en la Amazonía peruana, 1947. *História, Ciências, Saúde*, 10(1), 348-360.
- Cussen, C. (2016). Martin de Porras, santo de América. *Instituto de estudios peruanos*, 463-465.
- Devillard, M. J. (1989). La construcción de la salud y la enfermedad. *Reis*, 51(90), 79-89.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Espinoza Rúa, C. A. (2017). Salud hospitales y órdenes religiosas: el impacto de las reformas borbónicas en el manejo y administración de la salud. *Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9494>
- Eyzaguirre, R. (1906). Las epidemias amarilicas de Lima. Apuntes para la Historia de la fiebre Amarilla en América. *Boletín del Ministerio de Fomento. Dirección de Salubridad*, 2(8), 1-109.
- Fisher, J. (2000). *El Perú borbónico 1750 - 1824*. Lima: Instituto de estudios peruanos.
- Forte, G., y Pérez, V. (2010). *El cuerpo, territorio de poder*. (G. Forte, y V. Pérez, Edits.) Buenos Aires: Colectivo ediciones.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. I). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1994). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Gardeta Sabater, P. (1999). 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*(19), 401-428.

Garrido, M. (2007). *Vida cotidiana en Cartagena de Indias en el siglo XVII*. Bogotá: Banco de la República.

Ginzburg, C. (2010). *Hilo y las huellas*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Giovanni, M. G. (2005). *En el nombre de Francisco de Asís, historia de los hermanos menores y del franciscanismo hasta comienzos del siglo XVI*. Euskadi (España): Ediciones Franciscanas Arantzazu.

Gonzalbo Aizpuru, P., Staples, A., y Torres Spetién, V. (2009). *Una historia de los usos del miedo*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.

Harvey, D. (1977). *Urbanismo y desigualdad social*. Mexico: Siglo XXI.

- Hering Torres, M. (2008). *Cuerpos anómalos*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Herzlich, C., y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales*(43), 21-30.
- Hoberman, L., y Socolow, S. (1993). *Ciudades y sociedad en latinoamérica colonial*. Ciudad México: Fondo de cultura económica.
- Huntington, W. (1810). *The plague of leprosy and the method of the leper's cure in a letter to a friend*. Londres: T. Bensley.
- Iuri, L. (1996). *La semiosfera, semiótica de la cultura, del texto de la conducta y del espacio*. Madrid: Frónesis Cátedra.
- Iwasaki Cauti, F. (1993). Nota acerca de Francisco del Castillo: el apostol de Lima San Martín de Porras. *Histórica*, 17(2), 297-305.
- Kim, J. S. (2012). Leprosy in Korea: A global history. *Tesis de doctorado, University of California*. Obtenido de <https://escholarship.org/uc/item/0222k3cx>
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Langdon, E. J., y Wiik, F. B. (Mayo-Junio de 2010). Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 1777-185.
- Laplantine, F. (1965). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del sol.

- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Goff, J. (2009). *Lo maravilloso y lo cotidiano en el occidente medieval*. Ciudad de México: Gedisa.
- Le Goff, J., y Truong, N. (2005). *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Buenos Aires: Paidós.
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(4), 271-276.
- Levillier, R. (1920). *Santo Toribio Alfonso Mogrovejo, Arzobispo de los reyes (1581-1606)*. Madrid: Sucesores de rivadeneyra.
- Lizcano Herrera, D. (2009). Lepra, lazaretos y leprosos: memorias de una enfermedad olvidada. *Temas*(3), 167-180.
- Lockhart, J. (1999). *Of things of the indies. Essays old and new in early latin america*. London: Stanford University Press.
- Malavassi, A. P. (2001). Los orígenes de la lepra en Costa Rica 1784-1821. *Mesoamérica*(41), 77-97.
- Malavassi, A. P. (2003). Lepra y Estigma: estudios de casos en Latinoamérica colonial. *Revista de Estudios*(17), 59-72.
- Márquez Villanueva, F. (1990). Las tres lepras de El obispo leproso. En F. Márquez Villanueva, *La esfinge mironiana y otros estudios sobre*

Gabriel Miró (págs. 97-128). Alicante: Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert".

Martínez Martín, A. F. (2006). *El lazareto de Boyacá: lepra, medicina, iglesia y Estado, 1869 - 1916*. Tunja: UPTC.

Mendieta Ocampo, I. (1990). *Hospitales de Lima colonial siglos XVII y XIX*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.

Michael, D. C. (1999). *La Escritura de la historia*. Ciudad de México: Ediciones Gillimard.

Michael, M. P. (2020). Francisco de Asís: hospedar al leproso, encontrar la salvación. *Repositorio Institucional UCA*, 1-14.

Miranda, M., y Vallejo, G. (Julio-Diciembre de 2008). Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra y sus espacios de reclusión y el discurso médico legal en Argentina. *Asclepio, Revista de la medicina y ciencia*, LX(2), 9-18.

Molinari, I. (2016). *Vencer el miedo: Historia social de la lepra en Argentina*. Rosario: Protohistoria Ediciones.

Montoya y Flores, J. B. (1910). *Contribución al estudio de la lepra*. Medellín.

Montserrat Carbonell, E. (1997). *Sobreviure a Barcelona. Dones, pobresa i assistència al segle XVIII*. Barcelona: Societat Catalana.

- Moore, I. R. (1990). *The formation of a persecuting society: power and deviance in western Europe*. London: Oxford.
- Moreno Altamirano, L. (2010). Enfermedad, cuerpo y corporiedad una mirada antropológica. *Gaceta medicina*, 146(2), 150-157.
- Muriel, J. (2015). *Hospitales de Nueva España* (Vol. I). Ciudad de México: UNAM.
- Neyra Ramírez, J. (2006). Hospital San Lázaro de Lima. *Folia Dermatol*, 149-150.
- Obregón Torres, D. (2002). *Batallas contra la lepra. Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Bogotá: Banco de la República.
- Panfichi Huaman, A., y Portocarrero, F. (2004). *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Centro de investigación de la Universidad del Pacífico.
- Partain, W. (s.f. de s.f de s.f.). *Wayne Partain*. Recuperado el 8 de Enero de 2022, de Wayne Partain: <http://waynepartain.com/Comentarios/c208.html>
- Pastor, M. (2004). *Cuerpos sociales, cuerpos sacrificiales*. Ciudad México: UNAM.
- Pece, H. (1961). La epidemiología de la lepra en el Perú. *Anales de la facultad de mdeicina*, 44, 1-104.

- Pérez Pinzón, L. (2005). La lepra en Santander: tratamientos y maltratamientos históricos. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*, 10(1), 215-228.
- Pérez Tamayo, R. (1988). *El concepto de enfermedad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Platarrueda Vanegas, C. P., y Agudelo Arévalo, C. (2004). *Ensayo de una bibliografía comentada sobre lepra y lazaretos en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Quevedo Alvarado, M. P. (2005). *Un cuerpo para el espíritu mística en la Nueva Granada, el cuerpo, el gusto, el asco 1680-1750*. Bogotá: ICANH.
- Quevedo, E. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia. Institucionalización de la medicina en Colombia 1492-1860 : Antecedentes de un proceso*. (Vol. VII). Bogotá: COLCIENCIAS.
- Quevedo, E. (2010). *Historia de la medicina en Colombia* (Vol. II). Bogotá: Norma.
- Quevedo, M. P. (2007). *Un cuerpo para el espíritu. Mística en la Nueva Granada. El cuerpo, el gusto, el asco. 1680-1750*. Bogotá: ICANH.
- Quijano, A. (2014). *Bien vivir: entre el desarrollo y la descolonialidad del poder Un nuevo debate en América Latina*. Lima: Universitaria.

- Rabí, M. (2006). Formación de médicos y cirujanos durante los siglos XVI al XIX. *Anales de la facultad de medicina*, 67(2), 173-183.
- Rodríguez González, A. L. (1999). *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Romero Sierra, K. (Enero-Junio de 2014). La influencia del discurso ilustrado en el tratamiento de la lepra a finales del siglo XVIII en Cartagena de Indias: ¿Debates médicos o un discurso que solo quedó en palabras? *Pre-til*(30), 75-85.
- Romero Sierra, K. (2020). ¿Lepra, caridad y degredo o negociaciones de frontera? *Utopía y praxis latinoamericana*, 25(11), 362-372.
- Sáez, J. L. (1996). *Los hospitales de la ciudad colonial de Santo Domingo: tres siglos de medicina dominicana 1503-1883*. Santo Domingo: Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez Uriarte, M. (2015). *Entre la misericordia y el desprecio: los leprosos y los hospitales de San Lázaro en la ciudad de México 1784 - 1862*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sennet, R. (1997). *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza.
- Sevilla Casas, E. (1995). *Los mutilados del oprobio: estudio sobre la lepra en una región endémica de Colombia*. Bogotá: Tercer mundo.

- Shoham-Steiner, E. (2017). *On the margins of a minority: leprosy, madness and disability among jews of medieval Europe*. Detroit: Wayne State University Press.
- Sills, D. (1979). *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. Madrid: Aguilar.
- Silva, R. (2007). *Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de la Nueva Granada*. Bogotá: Carreta.
- Soriano LLeras, Á. (1972). *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la conquista y la colonia*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Stern, S. (1986). *Los pueblos indigenas del Perú y el desafio de la conquista española*. Madrid: Alianza Americana.
- Tomas, K. (1418). *Imitación de Cristo*. Kempen : S.f.
- Urueta, J. (1887). *Documentos para la historia de Cartagena*. Cartagena: Tipografía de Antonio Araújo.
- Vargas, P. (2006). Pedro Claver y la evangelización en Cartagena: Pilar de encuentro entre africanos y el nuevo mundo, siglo XVII. *Fronteras de la historia (ICANH)*, 293-328.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their Ills: Colonial power and african illness*. London: Stanford University Press.
- Vintro, E. (1972). *Hipócrates y la Nosología hipocrática*. Barcelona: Ariel.

Woolf, S. (1989). *Los pobres en la Europa moderna*. Londres: Crítica.

Zárate Cárdenas, E. E. (2014). *La mayor epidemia del siglo XIX Lima, 1868
fiebre amarilla* . Lima: ESTEBAN EDUARDO ZÁRATE CÁRDENAS.