

TESIS DOCTORAL

**CIENCIA, SOCIEDAD Y
PLANIFICACIÓN TERRITORIAL EN LA
INSTITUCIÓN DEL LAZARETO**

JOAQUIM BONAstra TOLÓS

UNIVERSITAT DE BARCELONA

2006

1.- LA FORMACIÓN DEL SISTEMA CUARENTENARIO

Bloque II EL SISTEMA CUARENTENARIO

CAPÍTULO 3º EL DESPLIEGUE DE LAS EPIDEMIAS Y LAS BASES DEL SISTEMA CUARENTENARIO

3.1 El despliegue de las epidemias

Las grandes epidemias de peste que asolaron Europa durante el medioevo encuentran su origen en el resurgimiento urbano europeo de los siglos X al XIII, ya que para que una epidemia se desplegara rápidamente y mostrara sus devastadores efectos necesitaba de una cierta densidad en los intercambios comerciales que representaban un movimiento de mercancías y de personas.

Durante este periodo, algunas áreas de Europa experimentaron un crecimiento de población que se concentró mayoritariamente en las ciudades. En el campo de la navegación se produjo un desarrollo tecnológico¹ que disminuía de manera notable la duración de los viajes y permitía un mayor tráfico comercial. Paralelamente, se desarrollaron nuevas técnicas económicas —como la organización de ferias, la aparición de las letras de

¹ Con la adopción del compás y del reloj de agua, la creación de cartas navales, la compilación de tablas trigonométricas y el perfeccionamiento del diseño de las embarcaciones.

cambio, de los seguros, el endoso, el desarrollo del crédito, la invención de diferentes modalidades de inversión, etc.— y se generó una incipiente monetarización del ámbito mercantil. Estas innovaciones propiciaron la expansión comercial de las ciudades.

Fue en este contexto en el que estalló la primera pandemia europea de peste. Es posible que, anteriormente, esta enfermedad ya hubiese entrado en Europa pero la baja densidad de población y la menor importancia de las transacciones atenuaron sus efectos devastadores. A principios del siglo XIV se daban, en algunas zonas europeas, las condiciones necesarias para la entrada de una epidemia como la peste²: por un lado, un desequilibrio entre el desarrollo demográfico y el de las medidas de salud pública³ y, por otro, un número suficiente de intercambios con las zonas del Levante, que se encontraban, a su vez, en constante relación con otras áreas que ahora sabemos positivamente que eran focos permanentes de la peste. Entre 1347 y 1351 la primera pandemia de Peste Negra asoló Europa dejando un balance de veinticinco millones de muertos, cifra que correspondía, más o menos, a un tercio de la población. La peste siguió, en un principio, las principales vías navegables pero acabó adentrándose en el continente y estableciéndose de manera endémica, al menos durante los tres siglos en los que se desarrollaron epidemias a escala local o nacional. La peste apareció varias veces más en Europa. La última gran epidemia continental fue la de Marsella, en 1720, que después desapareció sin causa aparente⁴.

² Que, como sabemos, se propaga por la picadura de las pulgas de las ratas infectadas con la bacteria *Yersinia Pestis*.

³ A este respecto ver Cipolla, Carlo M. *Before the Industrial Revolution. European Society and Economy, 1000-1700*. London: Methuen & Co. Ltd., 1976, p. 153.

⁴ Sobre la desaparición de la peste en Europa se barajan varias hipótesis: la invasión de ratas negras, menos hogareñas, sobre las antes hegemónicas ratas grises; la mutación del microbio *pasteurella pestis* en *pasteurella pseudotuberculosis* —que inmunizaría contra la peste; el frío del siglo XVIII; las mejoras en la alimentación humana; el nacimiento de la higiene pública en la Europa Ilustrada. Para una ampliación de estas teorías ver Peset,

Desapareció, aunque se mantuvo viva, en el espíritu de los europeos, por el temor que suscitaban los numerosos contactos existentes con el Levante y la Berbería, zonas en las que la peste se mantuvo endémica hasta 1843.

El lento ocaso de la peste en Europa coincidió con la aparición de otra enfermedad altamente mortífera: la fiebre amarilla. Ésta fue importada desde el oeste africano hacia América gracias al comercio de esclavos y, con gran rapidez, se hizo endémica en las zonas templadas de todo el continente. La fiebre amarilla arribó a Europa por mediación de los barcos que llegaban de América⁵. En España, por ejemplo, apareció en Cádiz en 1730-31 y, en Málaga, en 1741. De todos modos no atacó a los países templados de Europa de una manera constante hasta principios del siglo XIX. Para los hermanos Peset, esta enfermedad en España “proviene del comercio con Indias y de una mala organización sanitaria, que no podía evitar el contrabando y los descuidos sanitarios”⁶.

Veamos, ahora, el contexto de la aparición de la fiebre amarilla en Europa y América. Durante los siglos XV y XVI la Europa atlántica vivió una gran expansión en ultramar. En poco más de un siglo, los españoles y los portugueses, primero, y los ingleses y holandeses, después, sentaron las bases de la dominación europea internacional⁷. Ésta se basó en el desarrollo de barcos suficientemente preparados para realizar grandes trayectos y equipados con poderosos cañones contra los que no podían luchar las otras

Mariano y Peset, José Luis. Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen. *Estudios de Historia Social*, vol. VI, nº 4, 1978, p. 7-28, p. 8 ss.

⁵ El vector del contagio de la fiebre amarilla es el mosquito *Aedes Aegypti*, éste depositaba sus larvas en las barricas de agua de los navíos produciendo la epidemia durante el crucero.

⁶ Peset, Mariano y Peset, José Luis. Epidemias y sociedad..., p. 20.

⁷ Ver Cipolla, Carlo M. *Before the Industrial Revolution...*, p. 209.

potencias marítimas⁸. Por un lado, tenemos el descubrimiento de América por los españoles y, por otro, la apertura de una ruta hacia la India bordeando el África atlántica y franqueando el cabo de Buena Esperanza. La segunda hazaña no se hubiera podido lograr sin la introducción en los barcos de tecnología de guerra; algo que los hacía invulnerables ante aquellas flotas que no estaban tan preparadas. La vía abierta hacia Oriente formaba parte de una estrategia para arrebatarse a los árabes el monopolio del comercio con la India y la China y evitar, así, intermediarios. Unos quince años después de la llegada de los portugueses a la India, ya se había destruido toda la flota árabe⁹.

La explotación de las riquezas del Nuevo Mundo necesitaba de una mano de obra abundante que no se pudo colmar ni con el trabajo de los indígenas, ni con trabajadores europeos. Para la extracción de metales preciosos y el cultivo de azúcar, tabaco, algodón y cacao se recurrió a la mano de obra esclava. Los portugueses fueron los primeros en utilizarla, ya desde el siglo XV, pero no fue hasta el periodo que va de 1690 a 1750 que se produjo un auge de la esclavitud comercial.

El flujo de esclavos desde África a América significó también la exportación, a través de los mosquitos, de la fiebre amarilla; aunque no nos detendremos en los múltiples factores que la convirtieron en endémica en las zonas más cálidas del continente americano¹⁰. Desde este momento el despliegue de la enfermedad era cosa fácil. A partir de mediados del siglo XVII, las epidemias de fiebre amarilla se suceden en las colonias americanas en lugares como: Barbados, Brasil y Estados Unidos. La importante circulación de bienes y personas entre las colonias de las Indias Occidentales

⁸ Esta tesis se encuentra desarrollada en Cipolla, Carlo M. *Guns and Sails in the early Phase of European Expansion, 1400-1700*. London: Pantheon Books, 1965.

⁹ *Ibid.*, p. 15-18.

¹⁰ Que se puede ver, por ejemplo, en Watts, Sheldon. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello, 2000, p. 291-301.

y Europa cerraba el triángulo de la importación de la fiebre amarilla al viejo continente. Esta enfermedad estuvo presente en países como España, durante todo el primer tercio del siglo XIX, y, más tarde, en ocasiones aisladas, como en 1870.

Sin ninguna duda, la enfermedad más terrible del siglo XIX fue el cólera. El escenario de su despliegue desde la India, su foco endémico, hacia Europa y América, fue la Revolución Industrial. Varios factores influyeron en su desarrollo: en primer lugar, la internacionalización e intensificación del comercio, que se realizaba con barcos cada vez más rápidos. En segundo lugar, la, cada vez más mejorada, comunicación terrestre. Estas dos vías representaron un medio muy propicio para la importación de la enfermedad. En tercer lugar, se dio un crecimiento demográfico de las ciudades, a causa de la pujanza industrial, que, ligado a las miserables condiciones de vida del creciente proletariado y la insuficiencia de instalaciones sanitarias relacionadas con el consumo de agua, ayudaron al despliegue de la enfermedad¹¹.

Ya hemos visto cómo, a partir del siglo XVI, los portugueses establecieron bases comerciales en China y la India. Inglaterra, a través de la East India Company¹² —fundada en 1600—, importaban algodón, índigo, pimienta, azúcar, seda y otros productos desde Madras, Bombay y Calcuta. Mediado el setecientos, Inglaterra también conquistó Bengala. Así, el cólera fue importado a Europa desde estas dos regiones. Su doble avance por tierra y por mar se produjo gracias a los veloces navíos y a sus frecuentes escalas.

¹¹ El vector de transmisión del cólera es el *vibrio cholerae* que entra en el cuerpo por vía oral y se transmite a través de las deyecciones de los enfermos en el agua y en los alimentos, o por la ingestión del sudor de la víctima.

¹² Compañía de la Indias Orientales

Como nos muestra Afkhami, Irán y Rusia representaron un papel fundamental en la entrada del cólera en Europa¹³. Los puertos iraníes del Golfo Pérsico se habían convertido en una escala importante de la navegación oriental inglesa. Este hecho, junto con la situación central de Irán en el peregrinaje hacia La Meca, hizo que este país se convirtiera en escala y punto de difusión del cólera hacia el oeste y el mar Caspio. El autor nos explica cómo, a partir de 1866, con el desarrollo de una eficiente red ferroviaria en el Cáucaso, el viaje hacia la ciudad santa musulmana se podía hacer de una manera más cómoda y rápida, aunque su recorrido fuera un tanto intrincado. La ruta norte hacia La Meca empezaba en una caravana desde Teherán hacía el puerto de Enzeli, en el Caspio. De allí, un vapor ruso transportaba a los peregrinos a Baku, en el Azerbadjan, donde un tren cruzaba el Cáucaso hasta el puerto turco de Batum, en el mar Negro. Un vapor podía llevar a los viajeros hasta Estambul y, de allí, a Alejandría, que estaba conectada por ferrocarril con Suez, desde donde se podía tomar un pasaje marítimo a los puertos de Yanbo o Jedda, en el mar rojo, cerca, ya, de la ciudad santa. De este modo el transporte ferroviario ayudó a la entrada y diseminación del cólera por toda Europa.

Finalmente, había también un problema de salubridad urbana. La ingente cantidad de personas que, atraídas por el trabajo industrial, empezaban a vivir hacinada en las ciudades hizo que las infraestructuras sanitarias, ya en un principio defectuosas, se manifestaran cada vez más insuficientes. Se tardó demasiado en tiempo en dotar a las ciudades de un red general de alcantarillado. Se seguía, por tanto, con el rudimentario e insalubre sistema de evacuación de excrementos humanos en las fosas

¹³ Ver Afkhami, Amir A. Disease and Water Supply: the Case of Cholera in 19th Century Iran. In Jeff Albert; Magnus Bernhardsson and Roger Kenna (Eds.). *Transformations of Middle Eastern Natural Environments: Legacies and Lessons*. New Haven, Connecticut: Yale University, 1998, p. 206-220.

sépticas heredadas de la Edad Media¹⁴. También se tardó mucho en solucionar el abastecimiento de agua potable en el núcleo urbano. El circuito del cólera en la ciudad era bastante simple: las fosas sépticas, que no solían ser impermeables, podían dejar filtrar parte del líquido de su contenido hacia el subsuelo e infectar, de este modo, los pozos y cursos de agua que servían para el consumo humano.

La transmisión del cólera y de las otras enfermedades citadas, aunque necesitara de un mínimo de concentración de individuos, no solamente se desarrolló en áreas muy pobladas. De no haber sido así, nunca habrían alcanzado las zonas rurales alejadas de los núcleos urbanos. La introducción de la feria y el mercado, tanto en las zonas árabes, como en las europeas, constituyó un vector importante de transmisión de la enfermedad. Este contexto facilitó que la peste y el cólera traspasaran las fronteras de las ciudades y se desplegaran, gradualmente, por todo el territorio.

En el patrón de importación y desarrollo de las enfermedades epidémicas influyeron varios condicionantes. En primer lugar, el comercio con zonas alejadas que eran focos endémicos de la enfermedad. Esto fue posible gracias al desarrollo de la ingeniería naval que permitía desplazamientos cada vez más alejados: al Levante mediterráneo (que favorecieron la difusión de la peste), al África occidental (que sirvieron para la entrada de la fiebre amarilla) y la India (de donde nos vino el cólera). Todo este despliegue de la enfermedad, como decíamos, se vio acentuado con movimientos terrestres de personas y mercancías. En segundo lugar, otro factor que ayudó al desarrollo epidémico fue el desequilibrio entre el progreso que supuso la mejora del comercio y el crecimiento de las ciudades, y lo tardío de la puesta en marcha de medidas de salud pública y de la consolidación de infraestructuras sanitarias.

¹⁴ Ver a este propósito Guerrand, Roger-Henri. *Las letrinas. Historia de la higiene urbana*. València: Edicions Alfons el Magnànim, 1991; y Dupuy, Gabriel et Knaebel, Georges. *Assainir la ville hier et aujourd'hui*. Paris: Dunod, 1982.

3.2 Las bases del sistema cuarentenario

Las situaciones de riesgo epidémico provocan en el imaginario colectivo la representación de peligros. Durante toda la época que estamos analizando, diferentes grupos de personas, bienes y lugares se convirtieron en sospechosos de contener este mal. El sistema cuarentenario y los lazaretos se fundaron sobre una lógica de exclusión y purificación tanto de las personas como de las mercancías y los lugares. A ello hay que añadirle que el lapso de tiempo que existía entre la contracción de la enfermedad y su desarrollo también era motivo de temor. La aparente salud del portador del contagio era otra de las trampas con las que tenían que lidiar los encargados de la salud pública y que conformaron la cuarentena como una institución en la que no se luchaba contra la enfermedad propiamente dicha, sino contra la posibilidad de que ésta apareciese.

3.2.1 Individuos

“La peur de l’autre se trouve exacerbée au moment des épisodes de contagion: aucune culture, aucune société n’y échappe”¹⁵. En diferentes culturas y épocas este *otro* ha sido encarnado por grupos muy diversos que vamos a analizar con relación al sistema cuarentenario.

En la Edad Media cristiana, nos cuenta Le Goff¹⁶, este *otro* estaba constituido por todo aquél que no estuviera integrado en el orden jerárquico divino, es decir: clérigos, caballeros y trabajadores. Siguiendo estas premisas, se convertían en sospechosos: los mendicantes, los vagabundos, los judíos, los titiriteros y otros tipos de gente cuya vida no entrara en el orden mencionado. A modo de ejemplo, cabe citar el escarmiento sufrido por los

¹⁵ Fabre, Gérard. *Epidémies et contagions. L’imaginaire du mal en Occident*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998, p. 87.

¹⁶ Le Goff, Jacques. *Pour un autre Moyen Age*. Paris: Gallimard, 1977. Citado en Fabre, Gérard. *Epidémies et contagions...*, p. 87.

judíos de Estrasburgo el día de san Valentín de 1349, en el que se quemó a novecientos de ellos antes de que la peste llegara a la ciudad¹⁷. El poder de las autoridades actuaba sobre estos grupos y de este modo se canalizaba, además, la cólera que provocaba en la población el miedo a la aparición de la enfermedad. Debido a su modo de vida errante, se les consideraba culpables del despliegue de la enfermedad y cuando se acercaban a pueblos y ciudades se les recibía, en muchas ocasiones, a pedradas. El anatema contra los grupos de desarraigados, vagabundos y gente de costumbres diferentes, ha sobrevivido a la Edad Media y a la Edad Moderna, perdurando hasta nuestros días; basta, en este sentido, observar los prejuicios hacia grupos como los homosexuales o los drogadictos con relación a la pandemia de SIDA.

Veamos dos de los múltiples ejemplos que podríamos citar, uno del quinientos y otro del ochocientos, para ver que este conjunto de ideas se mantuvo en vigor durante todo el periodo del que estamos hablando.

El primer ejemplo lo componen el primer y tercer punto del pregón que publicó el *Consell de Cent* de Barcelona el 19 de julio de 1518 con ocasión de la peste:

1º Que los pobres mendicantes, los romeros y romeras, los mendigos y mendigas de cualquier lengua ó nación que sean y de cualquier parte ó tierra que vengan, no presuman, intenten ni se atrevan á entrar en la Ciudad, bajo pena de azotes.

(...)

3º Que los *portaleros* y guardias de los portales de la ciudad prohiban entrar á los mendigos, romeros, etc., sea cual fuere su procedencia, y á las demás

¹⁷ Watts, Sheldon. *Epidemias y poder...*, p. 32.

personas les exijan juramento de que no vienen ni han estado en lugar infectado.¹⁸

El segundo ejemplo consiste en los consejos que Foderé ofrecía en su tratado sobre higiene pública:

Antes de cerrar el cordón, y quando la peste haya acometido solamente á cierto número de personas, se dispondrá que salgan del lugar inficionado todos los vagos y mendigos, (...) permitiendo tambien que salga la gente inútil.¹⁹

La adopción de medidas cuarentenarias permitió a las autoridades de las ciudades la continuación del tráfico de personas y de mercancías en periodo de epidemia. Este hecho convertía en sospechosos a todos los arribados por vía marítima o terrestre al lazareto, paso previo antes de franquear las puertas de la ciudad. El lazareto nació, pues, con una vocación de prevención, de filtro entre los enfermos, los aparentemente sanos y los realmente sanos. La cuarentena era en esos momentos la única técnica sanitaria capaz de asegurar las ciudades frente a los que llegaban. Su relajación entrañaba la posibilidad de importación de epidemias. Por eso todos los individuos eran necesariamente sospechosos ante los ojos de las autoridades cuarentenarias. A partir de la instauración de las primeras cuarentenas, todas las personas fueron sistemáticamente aisladas durante un periodo determinado para asegurar que no eran portadoras del contagio.

¹⁸ Extraído de Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona. Medidas adoptadas por el Consell de Cent para prevenirlas y dominarlas. Separata de la Memoria sobre la epidemia ocurrida en Porto en 1899, por Jaime Ferrán, Federico Viñas y Cusí y Rosendo de Grau, publicada por el Excmo. Ayuntamiento en 1907.* 2ª ed. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Instituto Municipal de Historia, 1964, p. 399.

¹⁹ Foderé, François-Emmanuel. *Las leyes ilustradas por las ciencias físicas ó Tratado de medicina legal y de higiene pública.* Madrid: Imp. de la Administracion del Real Arbitrio de Beneficencia - Imp. Real, 1802, vol II, p. 243.

Cuando los "cuarentenables" formaban parte de un grupo en cierto modo homogéneo, como podían ser los peregrinos o los emigrantes, la situación se tornaba más compleja. El individuo perdía su personalidad propia, siendo tratado como parte del grupo, fuesen cuales fuesen sus circunstancias personales. La peregrinación anual a La Meca es un buen ejemplo de ello. Cada año miles de creyentes musulmanes parten de todo el Islam hacia Hejaz, la tierra santa. La experiencia de alguna epidemia en esos lugares y el hecho que las zonas por las que discurría la peregrinación fueran primero consideradas los focos iniciales de la peste, y, más tarde, las rutas de invasión del cólera, la convirtieron en un peligro en sí misma. Muestra de ello fue, por ejemplo, la consideración, durante siglos, como sospechosas de las zonas de procedencia de los peregrinos.

Otro grupo considerado como un peligro eran los emigrantes. En países y colonias como los Estados Unidos de América, Canadá o Australia, el fin de las guerras napoleónicas significó el principio de sucesivas oleadas de inmigración desde Inglaterra y, más tarde, desde toda Europa. En este proceso coincidían: la necesidad de poblar vastos territorios y el miedo que esta ingente cantidad de personas suscitaba, debido a su pobreza, a las condiciones sanitarias del viaje y, en última instancia, a la situación sanitaria europea.

Rosenberg nos explica que durante la epidemia de cólera de 1832, en los Estados Unidos, a pesar de que los médicos aseguraban que el cólera no era contagioso, los inmigrantes tenían que cargar con el sambenito de haber importado el mal en su viaje al Nuevo Mundo. Encontraban todas las puertas cerradas y cientos de ellos erraban hambrientos y medio desnudos a lo largo de la frontera canadiense²⁰. Para muchos, la epidemia de cólera no era otra cosa que la consecuencia del incremento sin precedentes de la inmigración.

²⁰ Rosenberg, Charles E. *The cholera years. The United states in 1832, 1849 and 1866. With a new afterword.* Chicago: University of Chicago Press, 1987, p. 62.

Leamos la opinión de un conservador neoyorquino respecto a esta afluencia de nuevos ciudadanos:

They have brought the cholera this year and they will always bring wretchedness and want. The boast that our country is the asylum for the oppressed in the other parts of the world is very philanthropic and sentimental, but I fear that we shall before long derive little comfort from being made the almshouse and refuge for the poor of other countries²¹

En 1892, ante la llegada de vapores cargados de inmigrantes rusos de religión judía, a bordo de los cuales se descubrió el cólera, estalló una ola de odio a la inmigración. En una de las reuniones mensuales del comité ejecutivo del Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, en un periodo en que las voces de los bacteriologistas eran ya las hegemónicas, se acordó que la mejor manera de evitar el cólera era el cese completo de la inmigración. Esta posición fue defendida en los Estados Unidos por numerosos políticos, oficiales de salud pública, médicos y restriccionistas de la inmigración. Y este apoyo se materializó en peticiones y memorias ampliamente publicitadas de rechazo de la inmigración²².

Las condiciones del viaje transoceánico eran deplorables y los inmigrantes llegaban en un estado lamentable: sucios, mal nutridos y muchas veces enfermos. Los lazaretos tuvieron que atender a esta situación, era necesaria la ampliación de sus dependencias y la construcción de espacios para la limpieza, tanto de los inmigrantes, como de sus ropas y efectos.

²¹ Diary of Philip Hone, September 20, 1832. Citado por Rosenberg, Charles E. *The cholera years...*, p. 63.

²² Markel, Howard. Cholera, Quarantines, and Immigration Restriction: the View from Johns Hopkins, 1892. *Bulletin of History of Medicine*, vol. LXVII, 1993, p. 691-695, p. 692-693.

3.2.2 Bienes

Las mercancías transportadas por los barcos eran también elementos peligrosos que debía pasar bajo el control de las autoridades sanitarias de los puertos. El componente contagioso de la enfermedad se suponía absorbido por los cuerpos y sustancias porosas. Algunos autores de los siglos XV y XVI, como Alessandro Benedetti (1450-1512) y Michele Savonarola (1385-1462), en monografías sobre la peste, ya hablaban del peligro del transporte del contagio a través de los bienes. En 1556, el médico veneciano Nicola Massa (1504-1589) consideraba como portadores del contagio: la lana, el pelo, el algodón, el lino, el cáñamo, la seda, el hilo y todos los objetos fabricados con estas materias, como canastas, cajas, cuerdas, etc. Por otra parte, los metales, o los objetos hechos de metal, piedras preciosas, grano, harina, carne, vegetales, frutas y frutos secos, vino, aceite y vinagre, drogas y sustancias aromáticas eran considerados por Massa como “no infectables”²³.

Las tesis de Fracastoro, en el siglo XVI, no hicieron otra cosa que reforzar esta idea de los géneros como vehículos de la enfermedad. Su definición del contagio indirecto mediante *fomites* avalaba esta idea. Así pues, la regulación del tráfico de mercancías era de vital importancia para la profilaxis de las epidemias. Desde bien temprano se pusieron en marcha mecanismos cuyo fin era purificarlas, ya fuera mediante la simple aireación y exposición al sol, o a través de operaciones más complicadas. Estos mecanismos se basaban en dos factores relacionados con la naturaleza de las mercancías: la capacidad que tenían para contener el elemento contagioso y el tiempo que podían conservar su influencia. Veamos las medidas aprobadas por la Junta del Morbo de Barcelona el 3 de abril de 1652, a finales del conocido episodio de peste:

²³ Ver Winslow, Charles-Edward A. *The Conquest of Epidemic Disease. A Chapter in the History of Ideas*. Princeton: Princeton University Press, 1943, p. 119.

Los barcos que procedan de Mataró, Arenys, etc.; ó hayan tocado en sus puertos, se retirarán al muelle del vino y entregarán un memorial de los objetos que traigan.

1º Si traen vino o aceite, echarán las cubas al mar, las lavarán bien y las pondrán en la playa. Los que quieran comprarlos podrán pedir muestra por conducto de los guardias, quienes la extraerán por medio de *canaleta*, de modo que el vaso no toque al barril.

2º Si traen trigo, cebada, centeno ó legumbres, se tenderán por los mismos marineros sobre unas esteras, de las cuales se pasarán á otras con palas, aireándolas bien dos ó tres veces, y se dejarán expuestos al sol, después de lo cual los marineros y el público habrán de alejarse.

3º Las manzanas y demás frutas se esparcirán por tierra todo el día. Las pasas, igual. Después se pasarán por el horno²⁴. Los huevos se lavarán bien con agua de mar, y la paja que los envuelva será quemada.

4º Las gallinas y demás aves se recibirán desplumadas y decapitadas; los carneros, sin piel, así como cualquier otro ganado de lana ó pelo.

5º Lana y sus tejidos, lo mismo que los cáñamos y lino, no se admitirá sin 40 días de purga. Lo mismo se hará con los demás objetos que puedan considerarse sospechosos.

6º La leña de dichos lugares se pasará por el agua de mar y luego se dejará secar al sol. Las velas de sebo, igual, cuidando de que la mecha sea bien lavada.²⁵

Poco a poco, los métodos de “purificación” de las mercancías se tornaron más elaborados y se iban basando cada vez más en los avances

²⁴ Según Viñas y Cusí, que recopila estas noticias, es la primera indicación que se encuentra en la ciudad de Barcelona de la utilización de la estufa seca para desinfectar bienes.

²⁵ Ver Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos...*, p. 544-545.

que ofrecía la ciencia médica y sus disciplinas subsidiarias. Ejemplo de este proceso es el debate acerca de las prácticas fumigatorias que se mantuvo en la España de finales del siglo XVIII. A lo largo de esa centuria la ciencia química había avanzado a pasos agigantados, sobre todo en el último periodo del siglo. Este hecho ayudó a que la medicina se fundamentase, aún más, en esta disciplina. Esto ocurrió, sin embargo, con bastantes problemas derivados de la dificultad de experimentar debido a lo rudimentario de la técnica. La aceptación en esos tiempos de la teoría miasmática en los postulados contagionistas hizo que los químicos se centrasen sobre todo en la investigación de aquellas imperceptibles sustancias que aparecían por la descomposición, tanto de los animales, como de las plantas. Determinar la composición de los miasmas resultaba extremadamente difícil puesto que ya resultaba imposible, de por sí, el simple hecho de percibirlos. De todos modos, se había conseguido conocer los elementos que aparecían con más frecuencia en los gases emanados por los cuerpos en descomposición. Estos gases eran: el carbono, el hidrógeno y el nitrógeno, que, por asociación, fueron aceptados como elementos constituyentes de los miasmas, aunque no se conociera su combinación concreta. En cuanto a su comportamiento químico, existían dos hipótesis diferentes respecto al agente contagiante: la desarrollada por Jean Janin, en 1782, que defendía el carácter alcalino de los miasmas, y la elaborada por médicos norteamericanos, como Adolph C. Lent, que sostenía el carácter ácido de éstos²⁶.

En este contexto se concibieron diferentes métodos destinados a destruir tanto las terribles emanaciones que producían los focos pestilentes como las que desprendían los epidemiados allá por donde pasaban. No todos los procedimientos que explicaremos estaban basados en la composición química de los agentes contagiosos, es más, la práctica derivada de estos

²⁶ Carrillo, Juan L.; Riera Perelló, Pedro y Gago, Ramón. La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula - M.J. Cabanellas). *Medicina & Historia*, nº 67, 1977, p. 8-26, p. 8-9.

avances científicos en el campo de la química, la fumigación, tuvo una existencia muy controvertida y un gran número de detractores.

En 1782, años antes de recibir la primera epidemia de fiebre amarilla, la Real Academia Médica Matritense ordenó traducir la obra de Janin²⁷. Poco después Valentin Foronda tradujo para el *Memorial Literario* un artículo de Guyton de Morveau sobre el ácido muriático, sus propiedades destructoras de los miasmas y las fumigaciones²⁸. Si Gimbernat fue quien introdujo las fumigaciones con ácido nítrico en 1800, Aréjula²⁹ y Cabanellas³⁰ fueron quienes capitanearon en España el desarrollo de tales prácticas³¹. Éstas, de hecho, alcanzaron gran popularidad en los primeros años del siglo, y quienes las ejercían se decantaron por la alcalinidad de los miasmas. Aréjula se

²⁷ Janin, J. *El antiméfitico o licor antipútrido*. Madrid: Imprenta Real, 1782.

²⁸ Carrillo, Juan L.; Riera Perelló, Pedro y Gago, Ramón. La introducción en España..., p. 15.

²⁹ Aréjula, J.M. *Memoria sobre el modo y ocasiones de emplearlos varios gases para descontagiar los sitios epidemiados*. Sevilla: Imp. Mayor, 1800.

³⁰ Cabanellas, M.J. *Observaciones sobre los ácido-minerales, que por orden de Joseph Queraltó, físico de Cámara de S.M., director de la Real Junta de la Facultad reunida, y de las epidemias de Andalucía, hizo*. Sevilla: Vda. de Hidalgo y sobrino, 1801.

³¹ Prácticas también defendidas, entre otros, por José Masdevall en su relación sobre las calenturas pútridas: Masdevall, Joseph. *Relación de las epidemias de calenturas pútridas y malignas, que en estos últimos años se han padecido en el principado de Cataluña, y principalmente de la que se descubrió el año pasado de 1783 en la Ciudad de Lérida, Lano de Urgél y otros muchos Corregimientos y Partidos, con el método feliz, pronto y seguro de curar semejantes enfermedades. Dictamen del mismo doctor. Don Jseph Masdevall, dado de orden del rey sobre si las fábricas de algodón y lana son perniciosas ó no á la salud pública de las ciudades donde están establecidas*. 2ª ed. Madrid: Imprenta Real, 1786, p.116-125, y por Antonio Cibát en su monografía sobre las tercianas: Cibát, Antonio. *Memoria sobre el problema ¿por qué motivos o causas las tercianas se han hecho tan comunes y graves en nuestra España?* Madrid: Imprenta Real, 1806, p. 88.

retractó de su opinión sobre la eficacia de las fumigaciones en 1806³², por lo que el parecer que gozó de más aceptación fue el de Cabanellas. Aréjula había cambiado de opinión al no poder demostrar la exclusividad de las fumigaciones para lograr la desaparición de las enfermedades epidémicas. Ni tan sólo pudo probar que éstas sirviesen como único y efectivo remedio profiláctico. Así pues, a partir de ese momento, las opiniones acerca de la eficiencia de esta práctica se vieron claramente divididas³³.

La fumigación consistía en una mezcla de sustancias que, según el médico catalán Merli y Feixas "se descomponen mutuamente con desprendimiento de fluidos gaseosos, o quemando varios combustibles para que con lo que despiden se corrija una porción de la atmósfera"³⁴. Los elementos utilizados en la operación variaban necesariamente según la adscripción de aquél que ejecutara la práctica higienizadora. Así pues, los defensores del su carácter ácido utilizaban una solución amoniaca mientras que los convencidos de la naturaleza alcalina de esta sustancia optaban por elementos como el ácido acético, empleado por Janin, el ácido muriático

³² Aréjula, J.M. *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803 y varias otras del reyno en 1804*. Madrid: Imprenta Real, 1806.

³³ Un detractor de estos procedimientos fue Mariano Peset de la Raga, quien en su tratado consideraba prudente prohibir las fumigaciones, hogueras y zahumerios, aunque muchos los aconsejaban aún durante las enfermedades epidémicas. Debían vetarse sobre todo en los cuartos de los enfermos por consumir el oxígeno y viciar el aire. Ver Peset de la Raga, Mariano. *Tratado médico-químico de la influencia del aire atmosférico en la vida del hombre, con realación a su salud y enfermedades: y sobre sus efectos gravemente dañosos, que produce el desarrollo epidémico-contagioso del cólera morbo asiático. Con el más seguro método para su precaución y curación*. Madrid: Y. Boix, 1834, p. 162,

³⁴ Merli y Feixas, Ramon. *Espurgo de Barcelona*. Barcelona. Imp. de la Vda. de D. A. Brusi e hijos, 1821, p. 16.

(clorhídrico), el ácido muriático oxigenado (cloro) o el ácido nítrico³⁵. En cualquier caso, el mecanismo era el mismo, se trataba de neutralizar los vapores pestilenciales mediante la operación química de la fumigación. Para su ejecución se necesitaban un hornillo y un recipiente para verter los reactivos; los gases resultantes de la reacción bastarían para purificar cualquier estancia infectada.

Merli y Feixas, durante la epidemia de fiebre amarilla de 1821 que asoló Barcelona, escribió un opúsculo³⁶, a instancia de las autoridades que solicitaban un método para el expurgo de la ciudad, en el que explicaba y comentaba todas las prácticas de fumigación más en boga. En él proponía cuatro procedimientos para destruir el aura que producía la calentura amarilla. El primero la disipaba con la "mezcla de determinadas sustancias, que atrayendo y disolviendo sus moléculas, entre una grande cantidad de fluido y líquido, la dividen hasta quitarle su virulencia"³⁷; el segundo trataba de destruirla por medio del calórico; el tercero consistía en la elección de una sustancia que la descompusiera; y el cuarto se producía por unión del aura con sustancias que, por su afinidad, le arrebatasen su venenosidad³⁸. El médico catalán encontraba más seguro y eficaz el primer método; desechaba el segundo, por lo complicado y por los graves inconvenientes de una gran quema de combustibles en un espacio cerrado, y rechazaba, también, los dos últimos porque aún no se conocía a ciencia cierta su procedimiento.

Reseñaba Merli cinco operaciones diferentes que concordaban con el primer método, a saber: desinfección, purificación, fumigación o zahumerio,

³⁵ Carrillo, Juan L.; Riera Perelló, Pedro y Gago, Ramón. La introducción en España..., p. 9-13.

³⁶ Merli y Feixas, Ramon. *Espurgo de Barcelona...*, 23 p.

³⁷ *Ibid.*, p.16.

³⁸ Vemos en esta última una clara influencia de la antipatía y de la simpatía entre los elementos que rezaba la obra de Fracastoro.

combustión y loción. Las cuatro primeras operaciones se destinaban a salubificar el aire de los lugares contaminados y, la última, a salubificar los objetos. Desde que empezó la experimentación médica con elementos químicos, se desecharon, salvo las fumigaciones, todas las otras prácticas.

La desinfección se basaba en la mezcla de varios gases cuyas diferentes combinaciones lograban devolver la salubridad al aire de la estancia contaminada. El médico catalán criticaba esta práctica ya que, si no se conocía la naturaleza del contagio, tampoco se podía saber qué era lo que se descomponía. Todo ello, además, podía resultar peligroso para los habitantes de esa casa. La purificación consistía en la sustitución, mediante la creación de corrientes, del aire malsano por uno saludable. Estas corrientes se conseguían encendiendo un fuego o practicando aberturas en las paredes de las casas, en el caso que éstas no existiesen o no fueran suficientes.

Merli i Feixas estaba en contra de las fumigaciones, afirmaba que estaban basadas en unos "principios creídos antisépticos" que se habían demostrado, del todo, inútiles y producían "casi siempre daño, no haciendo más que engañarlos disimulando el mal olor de la piezas y alterando la pureza del fluido que respiramos"³⁹.

El último método para devolver el aire sano a las habitaciones era la combustión. Así, se practicaba la quema de diferentes materias inflamables que, además de destruir los miasmas, atraían un aire más denso y, de este modo, hacían circular el aire viciado.

Finalmente tenemos la loción, que se realizaba sumergiendo los objetos sospechosos en agua pura o mezclada con sales para que éstos perdieran su cualidad contagiante.

³⁹ Merli y Feixas, Ramon. *Espurgo de Barcelona...*, p. 16

En la memoria sobre la peste y las cuarentenas que Prus presentó en 1846 a la Academie Royale de Médecine⁴⁰ de Francia, encontramos la clasificación de las mercancías que llegaban a los lazaretos franceses, y que reproduciremos a continuación. De todos modos, según Prus y los miembros de la comisión que realizó la encuesta previa a la redacción de la memoria, nada probaba que las mercancías pudieran transportar la peste fuera de sus focos epidémicos⁴¹. Además, afirmaban que la idea según la cual las mercancías podían transportar la enfermedad no reposaba sobre ningún hecho ni ninguna experiencia dignas de confianza⁴². Veamos, pues, esta clasificación de mercancías⁴³:

Clase 1ª.- Objetos y mercancías susceptibles

1ª Sección.- Efectos y mercancías sospechosos por su naturaleza

- 1.- Los fardos, efectos usuales, todo lo que sirva para dormir, objetos de equipamiento y de enjaezamiento, los harapos y jirones de toda especie;
- 2.- La lana o los pelos de animales, lavados o no, hilados o no;
- 3.- El algodón en lana o hilado;
- 4.- El cáñamo, la estopa, el hilo;
- 5.- El lino hilado o no;
- 6.- Los cordajes embreados y no compuestos de esparto o junco;
- 7.- Toda especie de seda, ya sea en borra o en hilo;
- 8.- Los pelajes de abrigo;

⁴⁰ Prus, René-Clovis. *Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines: fait au nom d'une commission*. Paris: Chez J.-B. Baillière, 1846.

⁴¹ *Ibid.*, p. 170.

⁴² *Ibid.*, p. 175.

⁴³ *Ibid.*, p. 170-173.

- 9.- Las pieles y marroquinería, los cordobanes, las badanas, los cueros curtidos, los cueros secos, los recortes, los menudos o desechos de las pieles o de otras sustancias animales;
- 10.- El plumón y las plumas;
- 11.- Los sombreros u otras estofas de fieltro;
- 12.- Los cabellos y las crines;
- 13.- Las estofas, traperías y los tejidos en general;
- 14.- El papel de toda especie, el cartón y los libros o manuscritos;
- 15.- Las flores artificiales;
- 16.- Las cristalerías, el coral, los rosarios, y en general todas las mercancías ensartadas o sujetas con hilos susceptibles;
- 17.- Las quincallerías y mercerías;
- 18.- Las esponjas;
- 19.- Las candelas y las velas;
- 20.- El cobre viejo trabajado, las raeduras de cobre viejo y otros metales viejos;
- 21.- Las momias, los animales vivos o muertos.

2º Sección.- Mercancías dudosas y mercancías con embalaje o cordaje susceptibles o que pueden contener objetos del género susceptible

- 1.- El coral bruto;
- 2.- Los dientes de elefante;
- 3.- Los cuernos y sus raeduras;
- 4.- Las drogas y especias de toda clase;
- 5.- El café y el azúcar;
- 6.- El tabaco en balas;
- 7.- Las rubias o alizaris; las raíces y hierbas para los tintes;
- 8.- El bermellón;
- 9.- El cuero nuevo trabajado y las raeduras de cuero;
- 10.- La caza en caja o en barril, las agallas, granos y legumbres secas;
- 11.- Los frutos viscosos.

Clase 2ª.- Objetos y mercancías no susceptibles

- 1.- El trigo, el grano, el arroz, las legumbres en granero o en sacos de esparto o de junco, los granos molidos, la harina, el pan, el almidón, etc.;
- 2.- Los frutos secos;
- 3.- Las confituras, los jugos de plantas, de árboles de frutos, la miel;
- 4.- Los frutos frescos;
- 5.- Los aceites;
- 6.- Los vinos, los licores, y generalmente los líquidos;
- 7.- Las carnes saladas, ahumadas o desecadas;
- 8.- La potasa y el salitre;
- 9.- Los cueros salados y húmedos;
- 10.- El sebo;
- 11.- La cera;
- 12.- Las monedas y las medallas;
- 13.- El queso y la grasa;
- 14.- Los cordajes enteramente embreados;
- 15.- El esparto y el junco;
- 16.- Las cenizas, la sosa, sales en granero o en envoltorio no susceptible, el carbón, la brea, el negro de humo y las resinas;
- 17.- La madera en bloques, los potros, las planchas, los toneles, cajas, etc.
- 18.- Materias para la pintura y los tintes;
- 19.- Los objetos nuevos de cristal y cerámica;
- 20.- Los minerales, las tierras, las hullas, el azufre, el mercurio, la cal, los fósiles y los objetos sacados del mar;
- 21.- Los metales en pan o en bloque;
- 22.- Todos los objetos compuestos de diferentes sustancias de género no susceptible.

El texto del Convenio Sanitario Internacional de 1852 intentaba simplificar este tipo de tareas. En este sentido, las mercancías se dividían en tres clases: aquellas mercancías sujetas a cuarentena obligatoria y expurgos (como las telas, la lana, el cuero y materias similares); las sujetas a una cuarentena facultativa (como el papel, el lino o el cáñamo); y aquéllas exentas de toda cuarentena. El reglamento Sanitario Internacional especificaba las mercancías de cada clase y el régimen que se les debía aplicar en caso de la peste, la fiebre amarilla, o el cólera⁴⁴.

El texto del Convenio Sanitario Internacional de 1859 iba en el mismo sentido. Se dividió a los géneros, también, en tres partes: la que comprendía todas las ropas y objetos de uso, los trapos viejos, los cueros y las pieles, la pluma, el crin y los restos o despojos de animales en general, la lana y las materias de seda; la del algodón, el lino y el cáñamo; y la que comprendía a todos los géneros y cualesquiera objetos no incluidos en las clases primera y segunda⁴⁵. Para la patente sucia de peste, los géneros de la clase primera debían ser siempre desembarcados y expurgados en el lazareto; los de segunda clase podían admitirse a libre plática, ser sometidos a una ventilación sin descarga o ser desembarcados en el lazareto para sufrir el expurgo (teniendo en cuenta las circunstancias y los reglamentos particulares de cada país). En lo que respecta a la patente sucia de fiebre amarilla, los géneros de las clases primera y segunda podían ser admitidos directamente a libre plática, ser ventilados sin descarga o ser descargados y expurgados en el lazareto. En cuanto a la patente sucia de cólera, los géneros de primera y segunda clase podían sufrir la misma cuarentena que el buque. En todos los casos de patente sucia, los géneros de la tercera clase estaban libres de toda medida cuarentenaria y podían entrar de inmediato en la circulación

⁴⁴ Texto del Convenio Sanitario de 1852, artículo 5º. Reproducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública ó arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed. Madrid: Impr. y Est. de M. Rivadeneyra, 1862, p. 270.

⁴⁵ Texto del Convenio Sanitario de 1859, artículo 29º. Reprducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 284.

comercial (salvo los animales vivos, que quedaban sujetos a las cuarentenas y expurgos fijados en cada país). Todo objeto de una materia no sujeta obligatoriamente al expurgo, procedente de un lugar sano y contenido en paquete o envoltorio sellado oficialmente, podía ser admitido a libre plática, sin tener en cuenta la patente del buque. Finalmente, en todos los casos de patente sucia, las cartas y papeles⁴⁶ estaban sujetos al expurgo usado en cada país⁴⁷.

En el Tercer Congreso Sanitario Internacional se celebraron dos votaciones para determinar la capacidad de los objetos y géneros diversos para transportar el contagio. En primer lugar, se preguntaban si las ropas y las telas podían ser *fomites*; y, de hecho, así lo consideraron veintiuno de los delegados asistentes; dos, se posicionaron en contra (uno de los delegados británicos y uno de la delegación sueco-noruega) y dos se abstuvieron (un delegado holandés y, uno, ruso). En segundo lugar se debatió la capacidad de las mercancías para transportar la enfermedad. En este caso estuvieron a favor dieciséis delegados; cinco, en contra (un delegado austriaco, dos rusos, un británico y uno de la delegación sueco-noruega), y tres, se abstuvieron (un delegado holandés, uno persa y uno sueco-noruego⁴⁸). Esto, sin duda, apunta la menor confianza en las cuarentenas de los países de fuera del ámbito mediterráneo.

Como ya hemos indicado, la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional aportó cambios de importancia capital en el desarrollo de las cuarentenas. En lo tocante a los bienes y mercancías, en el caso de que el país de arribada optara por la solución de la inspección médico-sanitaria, en los barcos llegados con enfermos a bordo sólo se desinfectarían las

⁴⁶ *Ibid.*, artículo 30º, p. 284-285.

⁴⁷ Sobre la desinfección del correo ver Meyer, Karl Friedrich. *Disinfected mail*. Holton, Kansas: Gossip Printery, 1962.

⁴⁸ Howard-Jones, Norman. *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Genève: World Health Organisation, 1975, p. 33.

pertenencias de los pasajeros y los locales ocupados por los enfermos. Al barco le sería concedida la libre plática, sin necesidad de desembarcar ni detener los cargamentos —solamente algunos, como las alfombras, debían ser desinfectados⁴⁹. En este caso, las reglas cuarentenarias también se empezaban a ver libres de las arbitrariedades y de las trabas impuestas al comercio a causa de las teorías médicas basadas en las creencias antiguas; creencias como la del transporte del contagio a través de las mercancías. Sí que es verdad que las pulgas, cuya picadura produce la peste, podían viajar en los fardos de lana, en el grano o en los tejidos, pero también es verdad que la peste ya no se había manifestado en el Mediterráneo de manera importante desde hacía años. El libre paso de mercancías era una de las facetas del varapalo que recibió el sistema cuarentenario en la conferencia de Viena de 1874, que explicaremos más adelante.

3.2.3 Lugares

El sistema cuarentenario ejercía su poder directo sobre personas y mercancías pero, indirectamente, su extensión era mucho más amplia, desplegándose hasta territorios considerados como insalubres por diversas razones. Los lugares en que aparecía una enfermedad eran tenidos por un peligro para los demás. El progresivo crecimiento de la navegación desde la aparición de la peste negra no hizo más que avalar esta idea. El puerto o zona infestada debía evitarse y, los navíos que procedían de él, puestos en cuarentena con sus tripulantes y cargamento. Esta práctica estuvo presente desde el inicio de la peste, en el siglo XIV, hasta, al menos, el final del siglo XIX.

A principios siglo XVII, cuando la construcción de lazaretos, iniciada con el advenimiento de la peste tres siglos antes, tomó una fuerza renovada, se dio la convicción entre los puertos europeos de que la peste era

⁴⁹ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1991, p. 102.

permanente en el Levante y la Berbería⁵⁰. Como explicaremos más adelante, el conocimiento de las zonas afectadas por las epidemias se fundaba en una red de información sanitaria pero es importante ver cómo se construyó la idea de que una enfermedad era permanente en un lugar. Esta percepción marcó de manera importante la institucionalización del sistema cuarentenario. La existencia de lugares perpetuamente afectados comportaba un funcionamiento continuo y reforzaba la institución, que se veía obligada a mantener una mirada vigilante y continua sobre un peligro que se revelaba perenne.

Esta evidencia implicaba, no solamente una vigilancia de los lugares considerados focos de pestilencia, sino también de aquéllos con los que éstos mantuvieran relaciones. El intercambio entre puertos se debía hacer, a partir de ese momento, de manera segura y siguiendo las reglas de prevención, so pena de entrar a formar parte de los puertos sospechosos.

Esta idea venía de antiguo: la primera pandemia de peste sirvió como laboratorio de ensayo que ayudó a los europeos a familiarizarse con la nueva dolencia⁵¹ y estimuló una serie de tanteos profilácticos que aún no estaban relacionados con las medidas de aislamiento cuarentenario. Se trataba de simples obstáculos a la entrada de la ciudad, pero que a nosotros nos sirven para ilustrar la idea que estamos desarrollando. De este modo, Génova, una de las primeras ciudades tocadas por la epidemia de 1347, intentó alejar a golpe de cañón las galeras provenientes de Levante. En Messina, la prohibición se extendió a todo buque extranjero. En otras ciudades del interior de Italia, como Lucca, se negaba la entrada a todo aquél que llegara de Génova o de Cataluña, aunque se permitía la libre plática a los vecinos de

⁵⁰ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècles*. Aix-en-Provence: Édisud, 1986, p. 31.

⁵¹ Aunque otras como el tifus exantemático, salmonelosis o viruela, eran denominadas pestilencia ya habían aparecido en la zona mediterránea con anterioridad, no se tiene constancia que la verdadera peste apareciese antes de 1347.

Pisa, tocada por la peste. En otras ciudades del norte de Italia se cerraron las puertas a todos los extranjeros, tal es el caso de Milán, Parma y Padua⁵². Se trataba del principio de la toma de conciencia de que el mal provenía del exterior y que, en cierto modo, era contagioso. De todos modos, la aún escasa veracidad de esta afirmación y la dificultad de apuntar a un objetivo palpable, provocaba errores como: la toma de tentativas aislacionistas cuando ya la peste se había instalado en la población o el dejar pasar a viajeros y mercancías sin seleccionar realmente los lugares de procedencia peligrosos.

Ragusa, otro de los puertos importantes de la época, también sufrió durante la segunda mitad del siglo XIV⁵³ los estragos de la peste en varias ocasiones. Las crónicas de la época culparon de las dos primeras epidemias a barcos arribados de Alejandría⁵⁴. Poco más tarde, en la que fue la primera ley de cuarentena de la historia, se preveía el aislamiento para todos aquéllos que procediesen de regiones apestadas⁵⁵. Pero lo que marcó la evolución decisiva sobre este aspecto fue el reglamento del Gran Consejo de Ragusa de 1397, que prescribía el aislamiento para todas las personas provenientes de lugares sospechosos⁵⁶. La importancia del matiz no era nada desdeñable;

⁵² Ver Corradi, Alfonso. *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850. 8 vols. Parte I: Dalle prime memorie fino al 1500*. Bologna: Gamberini e Parmeggiani, 1865, p. 195.

⁵³ En 1357-58, en 1361, en 1363, varias veces entre 1371-1374, en 1391 y en 1397.

⁵⁴ Ver Grmek, Mirko D. Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Age, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik (1377). In RAD. *Radovi sa međunarodnog simpozija u povodu šestote obljetnice dubrovačke karantene*. Zagreb: Jugoslavenska Akademija Znanosti i Umjetnosti, 1980, p. 9-54, p. 49.

⁵⁵ Hablaremos en otro apartado, relativo a la "diplomacia sanitaria", sobre la manera de mantenerse enterado de cuáles eran estos lugares apestados.

⁵⁶ Grmek, Mirko D. Le concept d'infection ..., p. 51, 53.

pasar, de la exclusión de las zonas apestadas, a la de los lugares sospechosos, era necesario para que el sistema cuarentenario fuera verdaderamente eficiente. Se trataba, así, de evitar el peligro pestilencial en cualquier momento, sin necesidad de que se tuviese certeza de su existencia, y no solamente cuando éste llamara a la puerta. Como era de prever, la amplitud de este concepto tardó en penetrar en lo que se podría llamar la incipiente red de lazaretos del Mediterráneo, que empezó a construirse a partir de entonces.

A partir del siglo XVII, en el que se amplió notablemente el número de lazaretos en el Mare Nostrum, una cosa estaba muy clara en la mente de los encargados de la protección contra las epidemias: la peste era permanente en el Levante y la Berbería⁵⁷. Constatación, ésta, que aumentó el celo hacia las arribadas desde esas zonas. El reglamento de cuarentenas de Marsella, de 1731, diez años después de la última epidemia de peste en este puerto francés, corrobora esta afirmación. Los únicos lugares susceptibles de estar siempre contaminados eran: Constantinopla, la costa de la Berbería hasta Argel y las escalas levantinas, y el reino de Marruecos. Cien años más tarde, los reglamentos de la intendencia sanitaria de Marsella consideraban como lugares sospechosos en la Berbería: la costa desde la regencia de Trípoli a la regencia de Túnez (ambas comprendidas); las otras costas sometidas al imperio Otomano hasta Egipto (que quedaba incluido); y las costas de Marruecos sobre el Mediterráneo y el Atlántico⁵⁸.

La aparición de la fiebre amarilla en el siglo XVIII hizo que, a partir de principios del siguiente, nuevos territorios entraran a formar parte de los sospechosos. El proyecto de reglamento sanitario de las cortes españolas de

⁵⁷ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 31-32.

⁵⁸ *Règlements à l'usage de l'intendance sanitaire de Marseille*. Marseille: s.n. 1836, p. 245.

1822⁵⁹ nos da una buena muestra de esta nueva segregación espacial. Según se especificaba en este proyecto, eran considerados sospechosos permanentemente todos los países de la costa atlántica de África, salvo el cabo de Buena Esperanza. Todos los países de la costa mediterránea, desde el cabo Espartel, en Marruecos, hasta Zara, en el mar Adriático, incluyendo el mar Negro y las islas orientales del Mediterráneo. También eran considerados sospechosos, desde el primero de mayo hasta fines de octubre, a causa de la fiebre amarilla, todos los países americanos cuya costa estuviese situada entre la desembocadura del río Orinoco hasta el punto costero más septentrional de los Estados Unidos de América, incluyendo todas las islas del mar Caribe. Gibraltar era sospechoso, durante las mismas fechas, a causa de su comunicación con la costa de África y el Levante otomano, aún cuando gozara de buena salud. Tenían la misma consideración todos los países y puertos en que no se hubiera establecido un régimen sanitario.

En otros países de Europa el trato dispensado a estas nuevas zonas de interdicción era el mismo. Venecia, Trieste, Génova, Livorno, Malta y Marsella, por poner algunos ejemplos, se protegían, alrededor de los años treinta del siglo XIX, contra las Antillas, México y los Estados Unidos, lugares en los que la fiebre amarilla se consideraba endémica⁶⁰.

Las epidemias de cólera, a partir del primer tercio del siglo XIX, ponían de nuevo el punto de mira en las regiones orientales de Europa y del Mediterráneo. En este contexto se crearon las primeras organizaciones

⁵⁹ *Proyecto de Reglamento General de Sanidad, presentado á las Cortes Estraordinarias de 1822 por su comisión de salud pública. Impreso de orden de las mismas.* Madrid: Imprenta de Alban y Compañía, 1822.

⁶⁰ Ségur-Dupeyron, P. de. *Rapport adressé à son Exc. le Ministre du Commerce, par..., Secrétaire du Conseil de Santé, chargé de procéder a une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée de quarantaine en France.* Paris: Imprimerie Royale, 1834, p. 92.

sanitarias internacionales, los Consejos Internacionales de Sanidad, cuyo cometido era organizar y coordinar la puesta en marcha de instituciones cuarentenarias en Turquía, Egipto y Marruecos⁶¹. Las procedencias de estas tres zonas, muy interesantes para los intereses de las grandes potencias comerciales, siempre eran, como hemos visto, sospechosas. Las autoridades sanitarias de los países mediterráneos decidieron realizar un avance en la prevención controlando las zonas perennemente sospechosas y creando instrumentos de control sanitario y cuarentenario. Como es de suponer, en las miras de las potencias europeas no solamente entraba en juego el factor sanitario, sino que se trataba también de una manera de controlar el comercio y de una política de expansión colonial en las zonas del Levante y del Norte de África. Retomaremos todas estas ideas más adelante.

De modo que se organizó un consejo de sanidad en Tanger (1792), lugar sospechoso por el importante tráfico de peregrinos que anualmente se dirigían a La Meca. Se hizo lo mismo en Constantinopla (1839), puesto que era la intersección más importante de las rutas marítimas entre el mar Negro y el Mediterráneo y uno de los lugares potencialmente peligrosos para el avance del cólera y la peste hacia occidente y hacia Rusia⁶². En 1843 se organizó el Consejo Sanitario de Egipto, ya que este país era otro emplazamiento importante del comercio con Oriente Próximo y se le consideraba también como foco de la peste. Bastante más tarde, en 1867, se creó el Consejo Sanitario Internacional en Teheran, enclave cardinal por su valor estratégico sobre el golfo Pérsico y el mar Caspio⁶³.

Se trata de un movimiento iniciado por las potencias comerciales europeas, como Gran Bretaña, Francia, el imperio Austro-Húngaro, España,

⁶¹ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 45.

⁶² *Ibid.*, p. 51.

⁶³ Cada uno de estos consejos se creó bajo coyunturas diferentes, sin embargo, los países en los que se instalaron dichas instituciones sanitarias no podían, generalmente, negarse a su colocación. Volveremos sobre ellos en el capítulo trece.

Grecia o Italia, que consistía, en teoría, en crear una primera línea de defensa contra las epidemias que amenazaban a Europa desde el oriente. De este modo, estas naciones podrían de alguna manera salir de la lista de las sospechosas. Al mismo tiempo, los puertos occidentales se sentirían más seguros gracias a la existencia de una especie de barrera cuarentenaria alejada de sus fronteras y situada en los nodos comerciales y las rutas de peregrinaje de Oriente.

La creación de estos Consejos Sanitarios internacionales dio el pistoletazo de salida a la colaboración internacional contra las epidemias y fueron los precursores de las Conferencias Sanitarias Internacionales que se celebraron durante toda la segunda mitad del siglo XIX. A pesar de los esfuerzos para redactar unas reglas de cuarentena comunes a todos los países representados, los códigos de cuarentenas resultantes del primer y el segundo congreso daban carta blanca a todos los países para proclamar la cuarentena contra aquellas procedencias que considerasen infectadas o con casos sospechosos de enfermedad. Se prestaba una especial atención al cólera, a la fiebre amarilla y a la peste, y, además, se dejaba a discreción de los países contratantes la regulación de medidas para enfrentarse a otras enfermedades como el tifus o la viruela, sin que eso afectase en ningún momento al país de procedencia⁶⁴.

La tercera Conferencia Sanitaria Internacional fue motivada por la invasión europea de cólera de 1865. En 1866, Francia propuso una reunión para el mismo año en Constantinopla. El patrón de importación del cólera había cambiado en esta ocasión, habiendo sido traído a Europa a través del Mediterráneo desde Egipto⁶⁵. La delegación francesa propuso la creación de un comité con el fin de considerar la prohibición de todas las comunicaciones

⁶⁴ Texto del Convenio Sanitario de 1852, artículo 1º. Reproducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 268; Texto del Convenio Sanitario de 1859, artículo 2º. Reproducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 275.

⁶⁵ Howard-Jones, Norman. *The scientific background...*, p. 23.

marítimas entre los puertos de Arabia y los del litoral egipcio, en el caso en que dicha enfermedad apareciera entre los peregrinos. Tras numerosas discusiones, la moción fue aprobada, cosa que debía mantener el cólera alejado de los intereses europeos. El congreso concluyó que el cólera era endémico en la India y que tenía su origen en este país, y que las comunicaciones marítimas, seguidas por el ferrocarril, eran el modo más importante de su despliegue. También se votó unánimemente que el cólera no era endémico en La Meca y Medina, y que siempre había aparecido allí procedente del exterior. Finalmente se concluyó, aunque con un mínimo respaldo, que todas las llegadas desde regiones infectadas debían considerarse sospechosas⁶⁶.

La cuarta conferencia sanitaria internacional, celebrada en Viena en 1874, supuso cambios importantes en la organización del sistema cuarentenario puesto que fue ganando terreno la idea de que, con la excepción de algunos puertos considerados como focos de morbilidad, dicho sistema no representaba un beneficio real como medida de protección contra el cólera proveniente de la India. En este sentido se recomendó la organización de instituciones cuarentenarias en dichos puertos, supervisadas por una comisión internacional⁶⁷. Se trata de un intento de retomar la voluntad de controlar el peligro de epidemia en su origen, cometido inicial o coartada de los consejos Sanitarios Internacionales en zonas sospechosas, cuyo papel fue insignificante en la prevención de las epidemias y estuvo dedicado, más que a otra cosa, a las intrigas políticas y económicas, amén de servir como arma a la expansión colonial.

En el congreso se ratificó asimismo el muro de protección contra el cólera que representaban las cuarentenas en el mar Rojo, el mar Caspio y el mar Negro, pero tales prácticas sufrieron cambios importantes. A partir de

⁶⁶ *Ibid.*, p. 28, 31, 34.

⁶⁷ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 100.

ese momento los países podían optar por aplicar las cuarentenas habituales o el sistema de inspección médico sanitaria. Este último acordaba la libre plática para cualquier barco arribado desde puertos sin cólera, siempre que no hubiesen mantenido contacto con barcos contaminados o hecho escala en un puerto infectado o sospechoso de cólera. Los buques provenientes de puertos infectados o sospechosos, así como aquellos que llegaban con casos de cólera a bordo, debían pasar una estricta inspección médico sanitaria. En el caso en que no existieran pacientes sospechosos, el barco debía ser admitido a libre plática, y sólo los enfermos debían ser aislados⁶⁸.

Aunque las decisiones del congreso no obligaban a los países participantes a su adopción, el sistema cuarentenario clásico recibió en esta ocasión un primer golpe mortal. Así, las nuevas providencias aprobadas en la conferencia respecto a los lugares de procedencia rompían con el régimen de exclusión de áreas sospechosas.

3.2.4 *Tiempo*

El desarrollo de las ideas cuarentenarias estaba basado en la aceptación de conceptos formulados en un estadio empírico del conocimiento médico. El paso de la defensa, basado en la exclusión total de las comunicaciones, a la prevención, que intentaba construir un filtro que no interrumpiese del todo las comunicaciones, se fundaba en la categorización del sospechoso frente a la evidencia del enfermo. El factor temporal desempeñaba en este rompecabezas cuarentenario un papel del mayor interés: la constatación de un tiempo de incubación de la enfermedad en el portador del mal contagioso durante el cual la apariencia es de salud, justificaba la construcción de un sistema basado en la prevención de la posibilidad de la enfermedad.

Un individuo portador, en apariencia sano, desarrolla el mal al cabo de unos días. Sin la convicción de este hecho, la cuarentena se vería

⁶⁸ *Ibid.*, p. 101.

desprovista del factor temporal y de todo su sentido. La única providencia a seguir, en este caso, sería la localización del enfermo y su exclusión hasta su restablecimiento o su muerte, demostrándose dicha providencia del todo inútil. Éste era el matiz que marcaba la diferencia entre la profilaxis llevada a cabo hasta 1377 y la posterior, cuando se extendieron los procedimientos de Ragusa. Los preceptos levíticos de exclusión encontraban en este punto su límite. Los periodos de siete días entre las revisiones del rabino no eran otra cosa que la constatación de esta restauración de la salud o la comprobación de la lepra, que iba matando lentamente. Para las enfermedades con un desenlace más rápido y una mayor contagiosidad, el lapso entre la recepción de la ponzoña mortífera y el desarrollo del mal era de suma importancia. La existencia del periodo de incubación igualaba a todos los hombres y mercancías ante el establecimiento cuarentenario: todos eran posibles portadores y debían demostrar, previo paso de un periodo de tiempo, la certeza, o no, de dicha aseveración.

El Gran Consejo de Ragusa entendió esto e inventó un dispositivo que en lugar de cerrar totalmente las puertas de la ciudad, el negocio obligaba, solamente retrasaba la entrada. El problema residía en el descubrimiento del tiempo que un individuo podía tardar en desarrollar la enfermedad desde el momento en que recibía la influencia mortífera. Este factor, como veremos en las páginas siguientes, fue un tema de debate importante hasta bien entrado el siglo XIX.

Ragusa inauguró, pues, la cuarentena en 1377. Se trataba de un periodo de aislamiento de un mes en un lugar apartado de la ciudad. Es muy probable que este lapso temporal no estuviese definido por ningún conocimiento empírico, no siendo tan larga la incubación de la enfermedad. El periodo fue ampliado poco más tarde a cuarenta días. Parece que en la adopción de este nuevo tiempo⁶⁹ se mezclaban diferentes conceptos: por un

⁶⁹ Para un resumen de las diferentes hipótesis sobre este concreto y sobre el origen de la denominación de la *cuarentena* ver Grmek, Mirko D. *Le concept d'infection...*, p. 28-32.

lado, los cuarenta días de aislamiento que empezó a aplicar Venecia y que se suponen inspirados por el tratado de Hipócrates sobre los días críticos⁷⁰, por otro lado los cuarenta días que duraba el periodo de purificación en la tradición judeocristiana, y de la que eran muestra: el diluvio⁷¹, la estancia de Moisés en el monte Sinaí⁷², o el ayuno de Cristo⁷³, entre otros⁷⁴. De todos modos, tal ampliación no fue debida a una constatación por la práctica. Seguramente, en un mundo médico aún bastante tocado por la superstición, la magia y el respeto a los antiguos, se intentaron conciliar las diferentes posturas en el número de cuarenta. Aunque también es posible que los errores de funcionamiento de la nascente institución cuarentenaria hicieran percibir periodos de incubación más largos de los reales.

Aparte del periodo de incubación, en la prescripción del tiempo de aislamiento entraron en juego otros factores: estamos hablando del estado de salud del lugar de procedencia, del de los pasajeros y de la naturaleza de las

⁷⁰ “J’ai déjà parlé précédemment des jours critiques. Les fièvres se jugent le quatrième jour, le septième, le onzième, le quatorzième, le dix-septième, le vingt et unième; et encore dans les maladies aiguës, le trentième, puis le quarantième, puis le soixantième; mais passé ces nombres, la condition des fièvres devient chronique” en Hippocrate. Des jours critiques. In Hippocrate. *Œuvres Complètes*. Littré vol 9. Paris: JB Baillièrre, 1839, p. 296-307, p. 307. Como vemos, los textos hipocráticos elevan la cifra hasta sesenta días en el reconocimiento de una enfermedad aguda como podía considerarse, por ejemplo la peste, la diferencia con el tema que estamos tratando vuelve siempre al problema de que se está tratando de individuos con apariencia sana y los de Hipócrates sufren ya de fiebres, se trata sin duda de un razonamiento por analogía.

⁷¹ “Y hubo lluvia sobre la tierra durante cuarenta días y cuarenta noches”. Génesis 7:12.

⁷² “Moisés entró en la nube y subió al monte. Y estuvo Moisés en el monte cuarenta días y cuarenta noches”. Éxodo 24:18.

⁷³ “Y después de haber ayunado cuarenta días y cuarenta noches, tuvo hambre”. Mateo 4:2.

⁷⁴ Sobre la influencia de las ideas religiosas en la ciencia ver Capel, Horacio. *La Física Sagrada. Creencias religiosas y teorías científicas en los orígenes de la geomorfología española, siglos XVII-XVIII*. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1985.

mercancías. Esta información venía recogida en la patente de sanidad, de la que hablaremos más adelante. Desde la creación del espacio cuarentenario hasta el siglo XIX⁷⁵, cuando se intentaron sentar unas bases comunes en el desarrollo y, sobre todo, en la duración de la cuarentena, no existió ningún acuerdo entre los diferentes lazaretos. Se trató de un largo periodo de ensayo que emprendieron los diferentes lazaretos de manera solitaria y que supuso una constante reelaboración de los periodos de cuarentena teniendo en cuenta los lugares sospechosos, las mercancías y, cada vez más, el tiempo de la travesía.

Las reglas cuarentenarias se tornaron cada vez más elaboradas, cada vez se tomaban en cuenta más condicionantes que podían acortar o prolongar su duración. A finales del siglo XVIII, numerosas voces se dejaron oír desde distintos ámbitos, como la medicina y los círculos mercantiles, algunas de los cuales pedían acortar el periodo de aislamiento. La primera mitad del siglo siguiente se vio marcada por un profundo y continuado debate acerca de esta cuestión, dado que los intercambios de personas y de pasajeros eran cada vez más intensos y las cuarentenas empezaron a ser una dura carga, en tiempo y en dinero, para los mercaderes. El médico francés René-Clovis Prus consideraba en su informe que la peste tenía un periodo de incubación relativamente corto, leamos sus propias palabras:

S'il est vrai qu'on ne pourrait assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, il paraît cependant démontré, d'après les faits connus, que loin des pays où la peste est endémique et en dehors des foyers épidémiques, cette maladie n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours.⁷⁶

⁷⁵ La Primera Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en París en 1851, tenía como cometido llegar a un acuerdo para dictar medidas cuarentenarias uniformes para todos los puertos mediterráneos y establecer los periodos mínimos de cuarentena. Ver a este respecto: Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 66.

⁷⁶ Prus, René-Clovis. *Rapport à l'Académie royale...*, p. 199.

Estas constataciones, en muchas ocasiones, no eran validadas en la práctica. En los cuadros que reproducimos al final del capítulo podemos apreciar cómo los periodos de cuarentena eran más largos que estos ocho días y cómo los diferentes puertos aplicaban cuarentenas diferentes para las mismas procedencias.

En 1851, después de unos diecisiete años de intentos fallidos, se celebró la Primera Conferencia Sanitaria internacional. Su objetivo principal era establecer medidas de cuarentena uniformes para todos los puertos del Mediterráneo y fijar sus periodos mínimos. El lema de toda la serie de reuniones que se celebraron con este cometido durante la segunda mitad del siglo XIX era: “máxima protección con mínima restricción”. Los acuerdos a los que llegaron, en lo que al tiempo de aislamiento se refiere, fueron los siguientes: para la peste, el tiempo mínimo era de diez días completos y, el máximo, de quince. Para la fiebre amarilla, si no había habido accidentes durante la travesía, el mínimo era de cinco y, el máximo, de siete; el mínimo podía ser rebajado a tres cuando la travesía hubiese durado más de treinta días y el buque se hallara en buenas condiciones de higiene. En el caso de que durante la travesía hubieran ocurrido accidentes, el mínimo que debía imponerse a los buques era de siete días y, el máximo, de quince. Para el cólera, aquellos que procedían de los lugares donde reinaba la enfermedad podían ser sometidos a una cuarentena de observación de cinco días plenos, entre los que se comprenderían los días de la travesía. Las llegadas de lugares sospechosos podían ser sujetas a una cuarentena de observación de tres días, comprendidos también en la duración de la travesía⁷⁷.

Estas reglas no fueron en general ratificadas por los países participantes en el congreso. En 1859 se celebró una nueva conferencia con

⁷⁷ Texto del Convenio Sanitario de 1852, artículo 4º. Reproducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 269-270.

el objeto de revisar el Convenio de 1852 en la cual se obtuvieron los mismos resultados que en el congreso anterior⁷⁸.

En 1866, en la Conferencia Sanitaria de Constantinopla, se decidió en una votación, con veinte votos a favor, uno en contra (de uno de los representantes de Egipto) y tres abstenciones (de un representante de Holanda y dos de Persia)⁷⁹, que el periodo de incubación del cólera no duraba más que unos días. El tiempo máximo de cuarentena para el cólera fue fijado en diez días⁸⁰.

El Congreso Sanitario de Viena de 1874 redujo aún más el tiempo de aislamiento para el cólera, fijado en un máximo de siete días, según las circunstancias. De este modo, los barcos libres de la enfermedad procedentes de localidades infectadas estaban sujetos a una cuarentena de tres a siete días; los barcos cuyo trayecto hubiera durado más de siete días, debían cumplir una observación de veinticuatro horas. Los pasajeros sanos que llegasen en un barco con enfermos a bordo estarían sujetos a una cuarentena de siete días⁸¹.

⁷⁸ Texto del Convenio Sanitario de 1859, artículos 16º, 17º y 18º. Reproducido en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 276.

⁷⁹ Howard-Jones, Norman. *The scientific background...*, p. 33.

⁸⁰ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 89.

⁸¹ *Ibid.*, p. 102.

TABLEAU C. *Tableau comparatif des quarantaines dans les divers ports de la Méditerranée.*

Nota. Lorsque les états portent un minimum et un maximum de quarantaine (comme en France), on a pris la moyenne entre ces deux termes (*).

LIEUX de PROVENANCE.	PORTS des magistrats.	GENRE de la patente.	QUARANTAINES des navires sans suspension.	SERENES à bord.	QUARANTAINES des navires avec marchandises susceptibles.	CONTUMACE des malades non susceptibles.	SERENES des machinistes au lazaret.	QUARANTAINES des passagers par navire n'ayant pas de suspension.	QUARANTAINES des passagers par navire ayant suspension.	TOTAL de la contumace des navires ayant suspension.	NOMBRE de jours ajoutés à la quarantaine des navires et que les marchands ^(a) doivent subir en plus.	TOTAL général de la quarantaine des marchands, dises, et compris les serenes.	OBSERVATIONS.
Constantinople, la mer Noire, Euxos et le canal des Dardanelles.	Gênes...	Toujours brute.	35 j.	0	36	0	6	35	36	36	8	50	(*) S'il se trouvait quelques erreurs dans ce tableau, ce ne pourrait être que relativement à ce qui se rapporte à Livourne, dont le magistrat fait mystère de tout et où il n'a fait recourir à des renseignements officieux pour beaucoup de choses.
	Livourne.	Brute...	40	0	40	0	15	40	40	40	0	55	
	Malte...	Suspecte.	40	0	40	0	0	40	40	40	0	40	
	Malte...	Brute...	40	0	40	0	15	40	40	40	0	55	
	Malte...	Touchés.	30	0	30	0	15	30	30	30	0	45	
	Malte...	Toujours brute.	32 1/2	15	35	16 1/4	0	32 1/2	35	50	10	60	
	Malte...	Brute...	40	6	40	0	6	38	28	40	0	40	
	Malte...	Touchés.	28	3	28	0	3	28	28	28	0	28	
	Malte...	Brute...	40	6	40	0	6	38	28	40	0	40	
	Malte...	Touchés.	28	3	28	0	3	28	28	28	0	28	
L'Égypte, la Syrie l'archipel et l'empire ottoman, sauf les exceptions ci-dessus.	Gênes...	(Brute...)	(a)	0	32	0	6	22	32	32	8	46	(a) Voir plus bas à l'article Constantinople.
	Gênes...	Touchés.	22	0	32	0	0	22	32	32	0	32	
	Gênes...	Brute...	(a)	0	35	0	0	20	35	35	0	35	
	Gênes...	Suspecte.	20	0	35	0	0	20	35	35	0	35	
	Gênes...	Touchés.	20	0	30	0	0	18	20	20	0	30	
	Gênes...	Nette...	18	0	30	0	0	18	20	20	0	30	
	Gênes...	Brute...	(a)	0	25	0	0	25	25	25	0	25	
	Gênes...	Nette...	25	0	25	0	0	25	25	25	0	25	
	Gênes...	Touchés.	22 1/2	9	25	11 3/4	0	22 1/2	25	34	10	44	
	Gênes...	Suspecte.	22 1/2	0	25	11 3/4	0	22 1/2	25	34	10	44	
Les îles Ioniennes.	Gênes...	(a)	21	0	27	0	0	21	27	27	8	35	
	Livourne.	Ignoré...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Malte...	0	12	0	12	0	0	12	12	12	0	20	
	Marseille.	0	20	0	20	10	0	20	20	20	10	30	
	Trieste...	0	14	0	21	0	0	14	14	14	0	21	
	Venise...	0	14	0	21	0	0	14	14	14	0	21	
	Venise...	0	14	0	21	0	0	14	14	14	0	21	

LIEUX de PROVENANCE.	NOMS des magistrats.	GHARE de la patente.	QUARANTAINES des navires sans suscepi-tibilité.	SERIESES à bord.	QUARANTAINES des navires avec marchan-dises suscep-tibles.	CORTU-MACE des mar-chandises non suscep-tibles.	SERIESES des marchan-dis au finaret.	QUARANTAINES des passagers par navire n'ayant pas de suscep-tibilité.	QUARANTAINES des passagers par navire ayant du suscep-tibilité.	TOTAL de la contenance des navires ayant du suscep-tibilité.	NOMBRE de jours ajoutés à la quarantaine et que les marchan-dis doivent subir en plus.	TOTAL général de la quarantaine des marchan-dis, y compris les serines.	OBSERVATIONS.
Côtes de Barbarie, excepté Alger.	Gènes...	"	21	"	25	"	"	21	25	25	8	33	
	Livourne.	Ignoré...	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	
	Malte...	"	18	"	18	"	"	20	18	18	"	20	
	Marseille...	"	25	"	28	13 1/2	"	25	28	37	10	47	
	Trieste...	"	14	"	21	"	"	14	14	21	"	21	
Alger.	Venise...	"	14	"	21	"	"	14	14	21	"	21	
	Gènes...	"	21	"	25	"	"	21	25	25	8	33	
	Livourne.	"	18	"	18	"	"	18	"	"	"	"	
	Malte...	"	12	"	20	"	"	12	20	20	"	20	
	Marseille...	"	10	"	15	7 1/2	"	10	15	15	10	25	
Antilles et Mexique.	Trieste...	"	14	"	21	"	"	14	21	21	"	21	
	Venise...	"	14	"	14	"	"	14	14	14	"	14	
	Gènes...	"	35	"	36	"	6	35	36	36	8	50	
	Livourne.	"	10	"	10	"	"	10	10	10	10	20	
	Malte...	"	7	"	7	"	"	7	7	7	"	7	
États-Unis.	Marseille...	"	7	"	7	"	"	7	7	7	"	7	Cette quarantaine de 7 jours est imposée l'hiver elle est réduite à 5 jours.
	Trieste...	"	18	"	21	"	3	18	18	18	"	21	Cette quarantaine est réduite à 14 et 18 jours pendant l'hiver.
	Venise...	"	18	"	21	"	3	18	18	18	"	21	
	Gènes...	"	15	"	15	"	"	15	15	15	8	23	
	Livourne.	"	10	"	10	"	"	10	10	10	10	20	
Lieux où règne le choléra.	Malte...	"	7	"	7	"	"	7	7	7	"	7	
	Marseille...	"	5	"	5	"	"	5	5	5	"	5	
	Trieste...	"	14	"	14	"	"	14	14	14	4	18	
	Venise...	"	16	"	16	"	"	16	16	16	4	18	Cette quarantaine est réduite à 16 jours pendant l'hiver.
	Gènes...	"	14	"	21	"	"	14	21	21	8	29	
Lieux où règne le choléra.	Livourne.	"	10	"	10	"	"	10	10	10	"	10	
	Malte...	"	14	"	21	"	"	14	21	21	"	21	
	Marseille...	"	7	"	7	"	"	7	7	7	"	7	
	Trieste...	"	10	"	10	"	"	10	10	10	"	10	
	Venise...	"	7	"	7	"	"	7	7	7	"	7	

Figura 3.1 Tabla comparativa de las cuarentenas en diferentes puertos del Mediterráneo, principios del siglo XIX. En Ségur-Dupeyron, P. de. *Rapport adressé à son Exc. le Ministre du Commerce, par... Secrétaire du Conseil de Santé, chargé de procéder a une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée de quarantaine en France.* Paris: Imprimerie Royale, 1834, p. 90-93.

CAPÍTULO 4º LA INFORMACIÓN SANITARIA

El entramado cuarentenario que acabamos de describir debía apoyarse en un buen conocimiento del estado sanitario del resto del mundo. La presión de las continuas epidemias exigía, además del instrumento permanente y estable de prevención que era el lazareto, una instancia sanitaria que controlase tanto los territorios propios como aquellos con los que se tenía trato y que todo ello se materializase en una burocracia atenta a las actuaciones y a las eventualidades sanitarias del resto del mundo.

Los oficiales sanitarios debían saber, para poder prescribir una cuarentena justa, si el puerto de origen de cada barco gozaba de buena salud, si había tocado en puertos o con otros barcos infectados, etc. Y necesitaban esta red de información, además, para poder elaborar la política sanitaria. En este capítulo explicaremos cómo los oficiales de sanidad se mantenían informados sobre el peligro epidémico. Para ello lo hemos dividido en tres partes: las fuentes no formales de información (básicamente los rumores, pero que no dejaban de tener su importancia); en segundo lugar, los instrumentos derivados de la cooperación entre países o ciudades; y, en tercer lugar, las fuentes correctoras de la información recibida, aquéllas que servían para atestiguar la validez de las otras. Como se puede suponer, estas soluciones convivieron en el tiempo y en el espacio y sus límites eran, además, bastante imprecisos. La idea que queremos transmitir es la de

superposición de todos estos mecanismos en unos momentos en que las comunicaciones no eran todo lo fluidas que cabía esperar, si tenemos en cuenta la gravedad de tales asuntos.

4.1 Fuentes no formales de información: los rumores

Explica Biraben que hasta principios del siglo XVI las epidemias y su marcha solamente eran conocidas por los particulares y por la administración a través de los rumores y que éstos eran creídos sin verificación alguna¹. Este rumor público, a pesar de la lenta pero progresiva puesta en marcha de instrumentos de información sanitaria, desempeñó un papel bastante importante hasta el siglo XVIII, aunque, por su naturaleza, muchas de las veces solamente sirviera para enmascarar o deformar la verdad. Está claro que nos hallamos ante un estadio poco avanzado de lo que sería esta información sanitaria, puesto que a pesar de que las ciudades se intentaban mantener al corriente, muchas veces no sabían si se trataba de informaciones reales o solamente de bulos. En mayo de 1530, por ejemplo, la Diputación de Barcelona, establecida en Manresa, buscaba implantarse en un lugar sano y estaba indecisa de si hacerlo en la ciudad de Vilafranca, en Vic o en Cervera, debido a las noticias contradictorias acerca de la propagación de la peste².

Los portadores de estas habladurías eran a menudo viajeros, comerciantes o peregrinos que, llegados a la ciudad, expandían la noticia de la que no tardarían en hacerse eco las autoridades. El rumor, durante toda la

¹ Biraben, Jean Noël. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Paris: Mouton, 1975-1976, vol II, p. 85.

² Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona. Medidas adoptadas por el Consell de Cent para prevenirlas y dominarlas. Separata de la Memoria sobre la epidemia ocurrida en Porto en 1899, por Jaime Ferrán, Federico Viñas y Cusí y Rosendo de Grau, publicada por el Excmo. Ayuntamiento en 1907*. 2ª ed. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Instituto Municipal de Historia, 1964, p. 408.

época que va desde la Edad Media hasta el fin de la Edad Moderna, actuaba a modo de resorte que hacía que se pusieran en marcha los mecanismos de la cuarentena. De este modo un “dicen que” podía hacer que se retirara la libre plática a los buques de una procedencia concreta o que se impusiera un cordón sanitario a una ciudad o provincia.

A menudo, la arbitrariedad de la aplicación de estas medidas estaba en directa relación con la necesidad o las ganas de creer en el rumor con el fin de perjudicar a un competidor económico, político, etc³.

4.2 La creación de una red de inteligencia sanitaria

Con la generalización de los lazaretos, el sistema cuarentenario no podía basarse en rumores. La información era una pieza esencial de dicho sistema y, a medida que se iba creando la red de lazaretos, la inteligencia sanitaria se fue tornando más y más compleja. Veamos, pues, qué tipo de instrumentos se pusieron en marcha con esta finalidad.

4.2.1 Información epistolar

Explica Birabén que Barcelona inauguró a principios del seiscientos el intercambio epistolar de noticias sobre las epidemias y su avance entre las instituciones sanitarias de las ciudades y los países europeos⁴. Es muy probable que este uso se iniciase bastante antes, puesto que nos consta que durante el siglo anterior su *Consell de Cent* se mantenía informado sobre la salud de los diferentes puntos de Cataluña⁵. En cualquier caso, esta práctica se tornó costumbre, a partir del siglo XVI, tanto en Cataluña como en otros

³ Analizaremos este tipo de situaciones en el capítulo sexto, dedicado a los usos no sanitarios del lazareto.

⁴ Biraben, Jean Noël. *Les hommes et la peste...*, p. 85-86.

⁵ Ver por ejemplo Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos...*, p. 378

lugares de Europa. Así, por ejemplo, mediante cartas enviadas por los *jurats* de esta ciudad al Virrey de Cataluña⁶, se tuvieron prontas noticias de que la peste había tocado en lugares del obispado de Gerona en 1629. Barcelona era, a la vez, destinataria y difusora de noticias, puesto que las recibía de un gran número de ciudades catalanas y las enviaba a otras del Principado, de la península y de la Europa mediterránea.

Esta malla de informaciones fue tornándose más amplia con el tiempo. Capmany da noticia de avisos de peste en las partes de Levante, en 1619; en Francia, en 1620; en Argel, en 1622; otra vez en Francia, en 1628 y 1629; en Milán, en 1630; en Málaga, en 1637; en Nîmes, en 1640; en Valencia, en 1647 y en Zaragoza, Cartagena, Alicante y otros lugares del Reino de Castilla, en 1648⁷. Betrán, en su obra sobre la peste en la Barcelona de los Austrias, nos ofrece una interesante gráfica sobre la procedencia geográfica de los avisos de peste llegados a Barcelona que tuvieron incidencia en los bandos sanitarios dictados por el *Consell de Cent*⁸.

En ella podemos apreciar que un 33'73% provenían de Francia; un 27'24%, de Italia; un 10'89%, del Levante y Norte de África; un 10'74%, del Principado; un 8'51% se trataba de bandos sin especificación geográfica; un 3'33% provenía de Valencia; un 2'22%, de Castilla; un 1'85%, de Mallorca y un 1'48%, de los países del Atlántico⁹.

⁶ Riera, Joan. El doctor Rosell y los temores en España por la peste de Milán (1629-1631). *Medicina & Historia*, 73, 1977, p. 7-30, p. 9-10.

⁷ Capmany, A. de. *Memorias Históricas sobre la marina comercio y artes de la antigua ciudad de Barcelona*. Madrid: Imprenta A. Sancha, 1779-1792, vol IV, p. 70-72.

⁸ Durante los siglos XVI y XVII.

⁹ Betrán, José Luis. *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Editorial Milenio, 1996, p. 117.

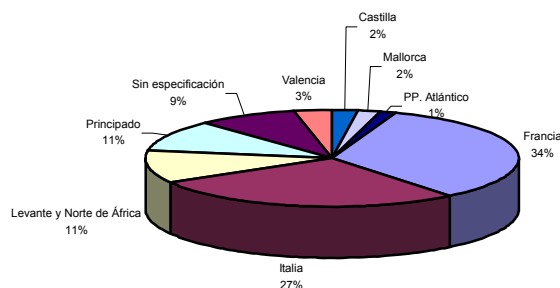


Figura 4.1 Procedencia geográfica de los avisos de peste en Barcelona (siglos XVI-XVII). En Betrán, José Luís. *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Editorial Milenio, 1996, p. 117.

Las cartas recibidas por el *Consell de Cent* de Barcelona no se han conservado, pero puede seguirse el rastro de las informaciones llegadas en el *Registre d'ordinacions*¹⁰ a través de los citados bandos.

Esta práctica, como podemos suponer, también se usaba en otros países. Nos cuenta Cipolla cómo la ciudad de Milán se mantenía al corriente del estado de salud de Londres, información que enviaba a Verona quien, a su vez, la transmitía a Florencia. Veamos la transcripción de una de las cartas que los veroneses enviaron a Florencia el 31 de enero de 1667:

dalli Signori milanesi habbiamo in lettera dei 26 del cadente [mese] che le lettere d'Amsterdam dell'ultimo di Decembrio passato avisassero che in

¹⁰ Arxiu Municipal de Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. *Consell de Cent, 1B.IV Registre d'ordinacions, vols 1-44 (1359-1714)*. Otra fuente de información sobre estos avisos llegados a Barcelona es el extenso trabajo de Capmany (Capmany, A. de. *Memorias Históricas...*), sobre todo el volumen IV.

Londra non si sentiva più effetto alcuno del contagio comme ne anco in Amsterdam medesimo.¹¹

Esta embrionaria red de información tenía unos límites y deficiencias bastante evidentes. En primer lugar, porque no se disponía de información de todos aquellos puntos con los que se realizaban intercambios y, en segundo lugar, a causa de la reticencia de los municipios a confesar la existencia de la epidemia. Tal como explica Biraben¹², cuando en 1604 escribieron desde Perpiñán a Barcelona para avisar que la peste reinaba en Colliure, se olvidaron indicar que la misma Perpiñán estaba amenazada. Aún otro ejemplo de esta omisión de la magnitud de la epidemia: fechada en uno de agosto de 1720, cuando en la ciudad de Marsella se producían cien muertes diarias debidas a la peste, esta ciudad informaba a Barcelona de su estado sanitario en los siguientes términos:

Señores míos: Después de saludar a V.m.s, paso a decirles cómo en esta ciudad de Marsella, a Dios gracias, la salud es buena, pero que hay contagio en el lazareto o enfermerías de esta ciudad, las cuales están apartadas de ella y no hay comunicación ninguna desde esta dicha ciudad al lazareto, habiendo en esto órdenes vigorosas que los señores magistrados de esta ciudad hacen observar inviolablemente.¹³

¡Valientes mentiras! Ya se inventarían mecanismos correctores de estas informaciones fraudulentas, pero no adelantemos acontecimientos. Lo que importa ahora es ir viendo cómo se iba creando, desde diversos frentes, una red de inteligencia sanitaria. La comunicación epistolar era, en efecto, un avance. Y lo era, a pesar del peligro de falsificación de la información, tanto si

¹¹ Reproducida en Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio. La "Sanità" toscana e le tribolazioni degli inglesi a Livorno nel XVII secolo*. Bologna: Il Mulino, 1992, p. 63.

¹² Biraben, Jean Noël. *Les hommes et la peste...*, p. 86.

¹³ Reproducida de Peset, Mariano; Mancebo, Pilar y Peset, José Luís. Temores y defensa de España frente a la peste de Marsella de 1720. *Asclepio*, vol. XXIII, 1971, p. 131-189, p. 146.

ésta llegaba directamente, cuando una plaza daba cuenta de su estado sanitario, como si llegaba a través de terceros que querían perjudicar algún lugar diciendo que estaba infestado.

4.2.2 Consulados

Al mismo tiempo que cientos de cartas empezaban a surcar los mares con descripciones, en primera o en tercera persona, del estado sanitario de los diferentes puertos que participaban en este comercio internacional (pero, sobre todo, mediterráneo), los avispados oficiales sanitarios de las potencias marítimas implicadas en el intento de parar las epidemias utilizaron uno de los medios que tenían disponibles para conocer de primera mano la preciada información: los consulados en el extranjero.

Capmany, en su monumental obra sobre el comercio de Barcelona, explica que:

...la extensión, variedad, é importancia de su tráfico desde Flandes hasta Constantinopla, exigían la creación de unos empleos públicos, cuyos sujetos representasen en tierras estrañas y remotas á su propia nación, así para defenderla contra las vexaciones é insultos frequentisimos en aquellos tiempos, como para celar sus fueros y libertades de estrañería...¹⁴

Y, añadimos nosotros, también para dar fe del estado sanitario de la plaza asignada a cada cónsul, aunque un poco más tarde. Barcelona ya enviaba cónsules en el siglo XIII¹⁵ y, seguimos con Capmany¹⁶, a finales de la

¹⁴ Capmany, A. de. *Memorias Históricas...*, vol I, p. 183.

¹⁵ Según la información obtenida en Betrán (Betrán, José Luis. *La peste en la Barcelona...*, p. 263), Barcelona envió, entre 1301 y 1707, cónsules a: Francia (Agde, Aigüesmortes, Ais de Provenza, Arle, Avinyó, Baras, Marsella, Martigues, Montpellier, Niza), a la península Italiana (Ancona, Gaieta, Génova, Nápoles, Pisa, Roma, Salerno, Turpia, Venecia, varios enclaves de Sicilia y Cerdeña, a Malta, a la República de Ragusa, a Creta, a Constantinopla y al Magrheb (Bora, Bujía, Constantina, Giger, Trípoli), entre otros lugares.

Edad Media había establecido cónsules ultramarinos “en casi todas las escalas del Mediterráneo y de otros mares”. También las otras ciudades nombraban cónsules ultramarinos para cuidarse de los asuntos de sus súbditos en las principales escalas comerciales¹⁷. ¿Por qué no aprovechar esta malla de hombres de confianza para, al mismo tiempo, tener información fresca acerca del estado de salud de las regiones lejanas en las que éstos se encontraban? Así se hizo y, de este modo, a partir del siglo XV, los cónsules se convirtieron también en corresponsales sanitarios con la obligación de no abandonar la plaza en el caso de epidemia y mantener a su país informado del estado de salud de su puesto y área de influencia¹⁸.

Los cónsules franceses tenían la obligación de tener informado a su gobierno y a las autoridades sanitarias de las costas y fronteras del país¹⁹. Las atribuciones de estos delegados eran diferentes, según estuviesen emplazados en lugares reputados sanos o, al contrario, habitualmente contaminados²⁰. El deber de los cónsules destinados en plazas usualmente sanas era transmitir a la dirección comercial del departamento de asuntos exteriores todas las informaciones emanadas del gobierno cerca del cual residiesen y que fueran susceptibles de influir en el régimen cuarentenario

¹⁶ Capmany, A. de. *Memorias Históricas...*, vol I, p. 183.

¹⁷ De este modo encontramos que, desde el siglo XIII, enviaban cónsules algunas ciudades pioneras como Ragusa, Barcelona, Marsella o Narbona, amén de las italianas. A partir del siglo XV se conocen también cónsules como los ingleses o los anseáticos. De todos modos, la aparición del Estado Moderno hizo que se centralizaran las funciones consulares y que fueran los Estados quienes enviasen cónsules en lugar de las ciudades.

¹⁸ La leyenda francesa quiere que sea bajo el reinado de René cuando se dictaron tales disposiciones pero parece ser que ésta es una de esas verdades que se han convertido en tales a base de repetirlas. En cualquier caso, fue a partir de esa época cuando los cónsules empezaron a tener atribuciones sanitarias.

¹⁹ Ver Clercq, Alexandre de et Vallat, M. C. *Guide pratique des consulats. Publié sous les auspices du Ministère des Affaires Étrangères*. Paris: Guillaumin et Cie., 1851, p. 636-637.

²⁰ Es decir, el Levante, las costas de África y toda América.

francés. Nos referimos a todas las leyes y actas oficiales relacionadas con el cuidado de la salud pública, los reglamentos particulares de los lazaretos, las tarifas de los derechos sanitarios, etc. Los enviados a emplazamientos constantemente bajo sospecha debían, no solamente informar sobre las circunstancias descritas para los países no sospechosos, sino también:

adresser en France des informations exactes et circonstanciées sur l'état réel de la santé publique dans le pays de leur résidence, et dans ceux avec lesquels il est en libre et fréquente communication.²¹

Las razones para enviar estos informes las acabamos de explicar:

C'est là un devoir sérieux et parfois difficile à remplir, surtout au moment de la première apparition d'une épidémie, et alors que l'autorité territoriale n'a que trop d'intérêt à cacher la vérité pour ne pas éloigner les navigateurs étrangers, et ne pas effrayer, hors de propos, les populations avec lesquelles les pays se trouve en contact.²²

Y era parecido para todos los países. El artículo 35 del proyecto de código sanitario redactado en 1822²³ explicaba las obligaciones de los agentes diplomáticos en las potencias extranjeras. Éstos debían comunicar mensualmente al gobierno el estado sanitario de los países en los que residían y despachar una comunicación extraordinaria en el caso de que ocurriera alguna novedad. Se tratase de lo que se tratase, bien fuese de peste o de otra enfermedad mortífera o contagiosa aguda, o, del peligro de

²¹ Clercq, Alexandre de et Vallat, M. C. *Guide pratique des consulats...*, p. 367.

²² *Ibidem*.

²³ *Proyecto de Reglamento General de Sanidad, presentado á las Cortes Estraordinarias de 1822 por su comisión de salud pública. Impreso de orden de las mismas*. Madrid: Imprenta de Alban y Compañía, 1822, p. 11. Utilizaremos este proyecto de reglamento sanitario en diversas ocasiones a pesar de que no fue finalmente aceptado porque, en lo esencial, no difiere mucho de otros que se dictaron más adelante y es especialmente claro en su redacción.

alterarse la sanidad por la comunicación con países infestados. La segunda de sus atribuciones en materia sanitaria era la expedición de patentes de sanidad a todos los buques nacionales y extranjeros que se dirigiesen a cualquier puerto de las Españas, de estas patentes hablaremos a continuación.

4.2.3 Patentes de sanidad

Otra facultad de los cónsules ultramarinos era la expedición de las patentes sanitarias, que daban fe del estado sanitario del puerto en que eran libradas. Es difícil encontrar sus orígenes concretos en el tiempo. Seguramente su aparición fue paralela al principio de las atribuciones de los cónsules como informadores sanitarios, lo que sí conocemos es el momento de su uso obligatorio en diversos puertos: en Barcelona fue preceptivo a partir de 1558²⁴; en Bayona, a partir de 1602; en Marsella, a partir 1647 y, en los puertos rusos del báltico, a partir de 1665.²⁵ Veamos más detalladamente en qué consistían estas patentes sanitarias.

Las patentes de sanidad eran un documento librado a los capitanes de los barcos, generalmente por las autoridades sanitarias de la ciudad o, en su defecto, por el cónsul representante del puerto de destino²⁶. En éste se

²⁴ Aunque, como indica Betrán, esta práctica ya era utilizada tanto en Barcelona como en algunas ciudades italianas a partir de las últimas décadas del cuatrocientos, ver Betrán, José Luis. *La peste en la Barcelona...*, p. 263.

²⁵ Ver Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la santé de Marseille sous l'ancien régime: le renfermement de la contagion*. Marseille: Fédération historique de Provence, 1980, p 97; Biraben, Jean Noël. *Les hommes et la peste...*, p. 87.

²⁶ Explica Ciano que, a falta de éstos, Livorno aceptaba en casos excepcionales patentes de otros sujetos como mercaderes, hermanos capuchinos, gobernadores locales y otra gente de confianza. Ver Ciano, Cesare. *La sanità marittima nell'età medicea*. Pisa: Pacini Editore, 1976, p. 31-32.

indicaba el estado sanitario del lugar de origen. De su naturaleza dependían las posibles cuarentenas a cumplir en destino.

En un principio las patentes eran de dos tipos: limpia, si el puerto de emisión estaba libre de epidemias, y, sucia, si el puerto estaba infestado por la peste. En Marsella, por ejemplo, a partir de 1647 se distinguía la patente limpia, de la sucia o sospechosa (englobadas las dos últimas en una misma categoría). En 1681, se distinguían la limpia, la sucia y los lugares no sospechosos²⁷. En el siglo XVIII se precisaron y ampliaron las categorías de estas patentes: la patente limpia era librada en un puerto exento de toda sospecha de contagio y continuaba manteniendo este grado al término de un viaje exento de todo incidente sanitario. La patente tocada o sospechosa aludía a la existencia de la peste en lugares vecinos al puerto de partida o la llegada a ese puerto de partida de un navío procedente de un lugar contaminado. Finalmente, la patente sucia era librada en un puerto infestado por la peste. En Liorna ya funcionaba esta división de patentes en tres tipos hacia finales del siglo XVII²⁸.

No solamente el estado sanitario del puerto de origen influía en la patente, sino también los incidentes ocurridos durante el trayecto. De este modo, para las autoridades sanitarias marselesas cualquier eventualidad tocante a la salud a bordo de un barco durante la travesía convertía la patente limpia en sospechosa. En el caso de muertes a bordo, cualquier tipo de patente se convertía en sucia. A partir de 1721 toda patente limpia librada en un puerto donde acababa de terminar una epidemia, no era considerada como tal hasta veinte días después. En estos casos, el puerto no dejaba de ser sospechoso durante un tiempo, aplicándosele diez días más, si el

²⁷ Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la santé de Marseille...*, p 97.

²⁸ Tal como indica Ciano, Cesare. *La sanità maritima...*, p. 31.

cargamento importado desde ese destino era susceptible de transportar el contagio²⁹.

Veamos, como ejemplo del grado de detalle al que podía llegar esta diplomacia informativa, el sistema propuesto en el proyecto de reglamento de sanidad de las Cortes Españolas de 1822³⁰:

Los artículos 44 a 78 del proyecto tratan del despacho, calificación y variaciones de las patentes de sanidad. Ésta era la información que debía contener el documento: clase y capacidad del buque; nombre del buque y del comandante; capitán o patrón; naturaleza y destino del cargamento. Respecto a quién debía librarlo, tenemos que: cuando un barco saliese de algún puerto español con destino a otro puerto español, recogería la patente de las juntas municipales de los pueblos de partida, o de la junta provincial en casos concretos. Los que zarpasen de puertos extranjeros la recibirían de los cónsules, vice-cónsules o encargados del gobierno español, si no los hubiere de la autoridad local.³¹

Las patentes españolas de sanidad estaban divididas en cuatro clases:

Patente limpia, expedida en lugares constantemente sanos, en los que al embarcar se gozara de una salud completa y sin tener comunicación con un país contagiado.

Patente tocada, otorgada en emplazamientos en los que en el momento del flete se padeciera en el país alguna enfermedad equívoca con síntomas de maligna y recelos de contagiosa. O bien en aquellos que, hallándose sano el país, comerciara con alguno sospechoso sin las precauciones necesarias. Se considerarían tocados todos los países y

²⁹ Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la santé de Marseille...*, p 97.

³⁰ *Proyecto de Reglamento General de Sanidad...*

³¹ *Ibid.*, p. 20.

puertos que, aún estando sanos, comerciasen con los sospechosos sin la menor precaución. También aquellos en los que se manifestase alguna enfermedad maligna o equívoca con recelos de contagiosa y epidémica.

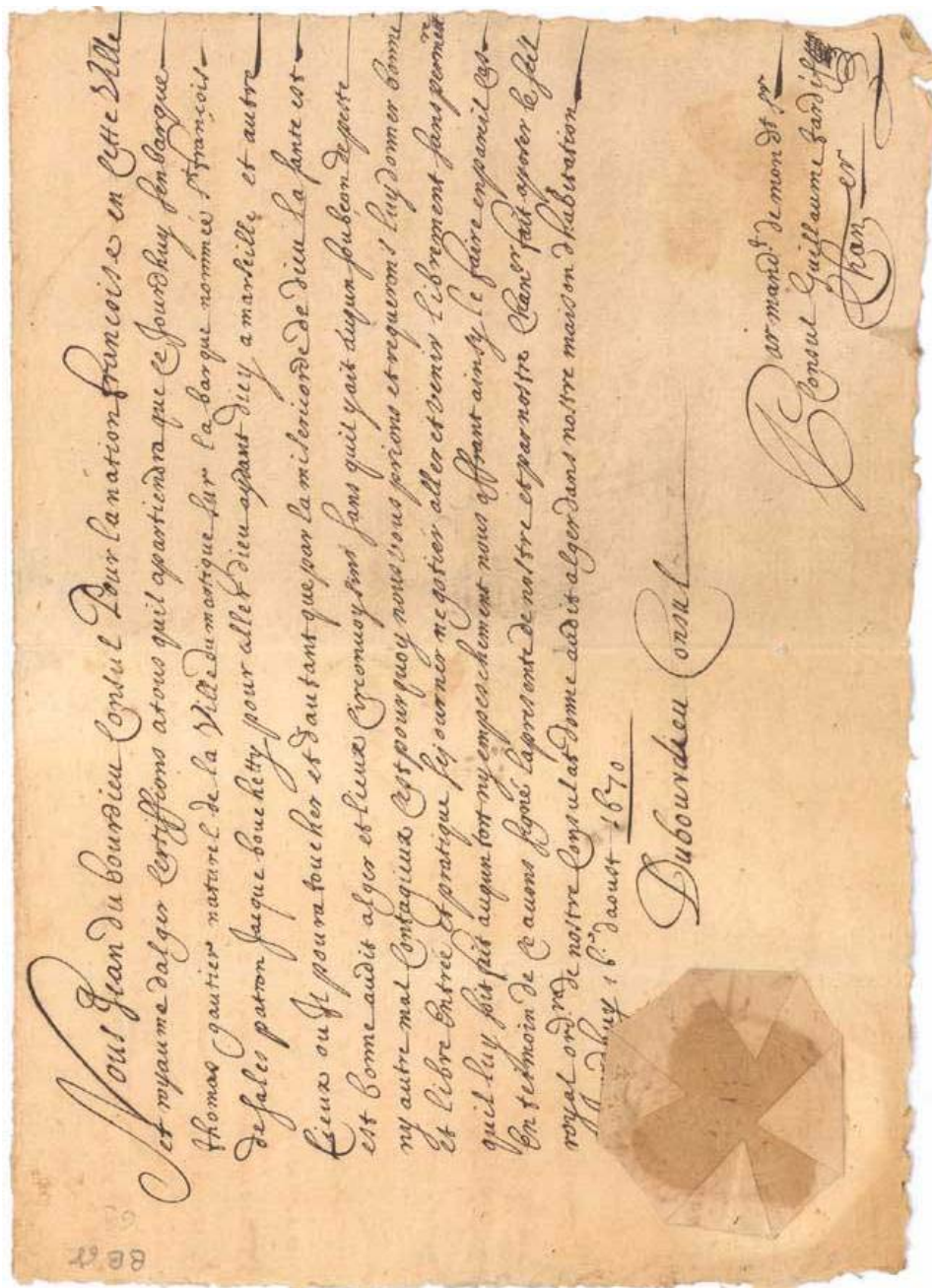


Figura 4.2 Patente de Sanidad de la ciudad de Argel, 1670 (AMN, BB 68)

Las patentes limpias podían ser consideradas como tocadas cuando la embarcación hubiese recalado durante la travesía en algún país en el que reinaran enfermedades agudas pero de dudoso contagio. Cuando ésta

hubiese tenido un ligero contacto³² con alguno de los países sospechosos mencionados. En el caso que hubiera sido el buque levemente tocado³³ por otra embarcación que debiese ser considerada de patente sospechosa. Cuando el navío hubiese mantenido comunicación íntima³⁴ con otra embarcación que, por su procedencia, debiera ser considerada como de patente tocada. Finalmente, en el caso de que uno de los individuos a bordo hubiera padecido durante la travesía alguna enfermedad aguda de carácter dudoso y se hubiese, finalmente, restablecido. O cuando alguna enfermedad que pareciera contagiosa, pero no mortífera, hubiera atacado a varias personas a bordo.

Patente sospechosa, librada en un país sospechoso en todo tiempo por ser estacionario en él la peste levantina o la fiebre amarilla. La patente era considerada sospechosa aun cuando se expresase en ésta que el país se hallaba en estado de salud en el momento de la expedición. Se consideraba sospechosa toda patente librada en países que no padecieran tales enfermedades pero que en el momento de su expedición se hubiera manifestado algún morbo susceptible de ser contagioso. También la librada en un puerto o país que, aun gozando de una buena salud, estuviese en contacto con países infestados o que tuviese con ellos relaciones directas y recíprocas sin las correspondientes precauciones sanitarias.

³² Se entendía que una embarcación había tocado ligeramente en un país cuando solamente había fondeado en alguno de sus puertos, radas, calas o ensenadas sin haberse comunicado su tripulación o pasajeros ni con los habitantes, ni con los buques fondeados, ni haber sido admitido a bordo efecto alguno susceptible de contagio.

³³ Se consideraba que una embarcación había sido ligeramente tocada o visitada cuando solo había mediado entre las dos un reconocimiento de patentes y demás documentos de navegación, practicado con las lanchas respectivas de cada una.

³⁴ Se tenía por comunicación íntima entre dos buques aquella en que sin precaución alguna, ya fuera de grado o por la fuerza, se hubieran transbordado personas, víveres o efectos.

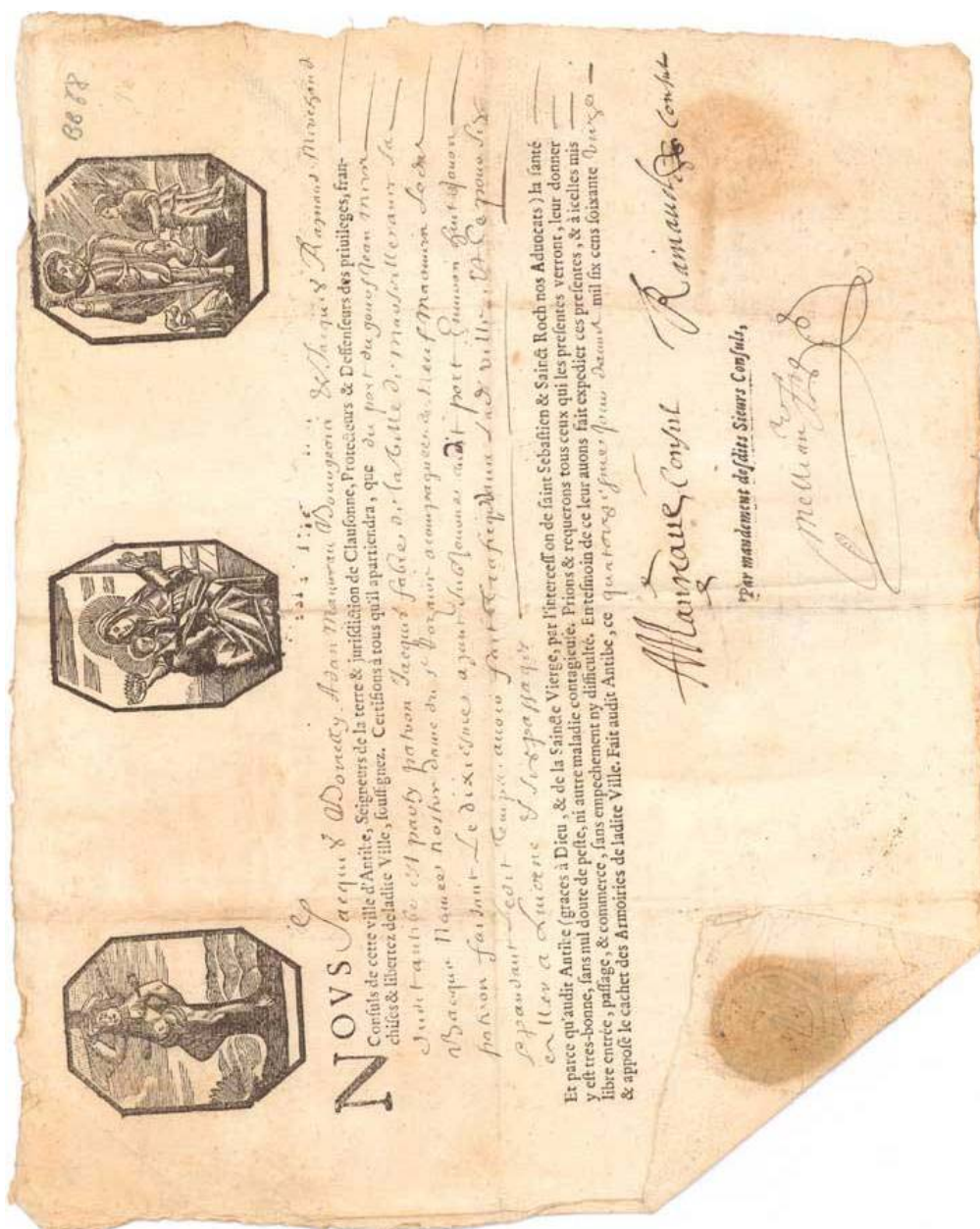


Figura 4.3 Patente de Sanidad de la ciudad de Antibes, 1671 (AMN, BB 68)

Las patentes limpias y tocadas pasarían al grado de sospechosas cuando la embarcación hubiese hecho escala detenida en algún país sospechoso³⁵. Cuando el navío hubiese mantenido comunicación con otras

³⁵ Se entendía por escala detenida aquella durante la cual la tripulación o pasajeros de un buque hubieran comunicado con los habitantes de un país, sin importar su estado sanitario, ya fuera porque hubieran desembarcado, o porque hubiesen admitido a bordo personas, ganado, víveres, mercancías o efectos susceptibles de contagio.

embarcaciones que debiesen ser consideradas de patente sospechosa. En el caso de que durante la travesía alguna de las personas a bordo padeciese alguna enfermedad sospechosa, habiendo muerto o no. O bien cuando, habiendo enfermado una o más personas, alguna hubiese fallecido de una enfermedad sospechosa de ser contagiosa.



Figura 4.4 Patente de Sanidad de la ciudad de Valencia, 1765 (BC, III (6) C_1765)

Patente sucia, librada en un puerto o país en el que se padeciese la peste levantina, fiebre amarilla u otra enfermedad contagiosa exótica o de contagio agudo. Se consideraría sucia la patente de un buque cuyo cargamento procediese de un país en el que se padeciera una de las enfermedades referidas en el momento de la exportación. Cuando el cargamento hubiese sido sometido a expurgo no se aplicaría esta norma.

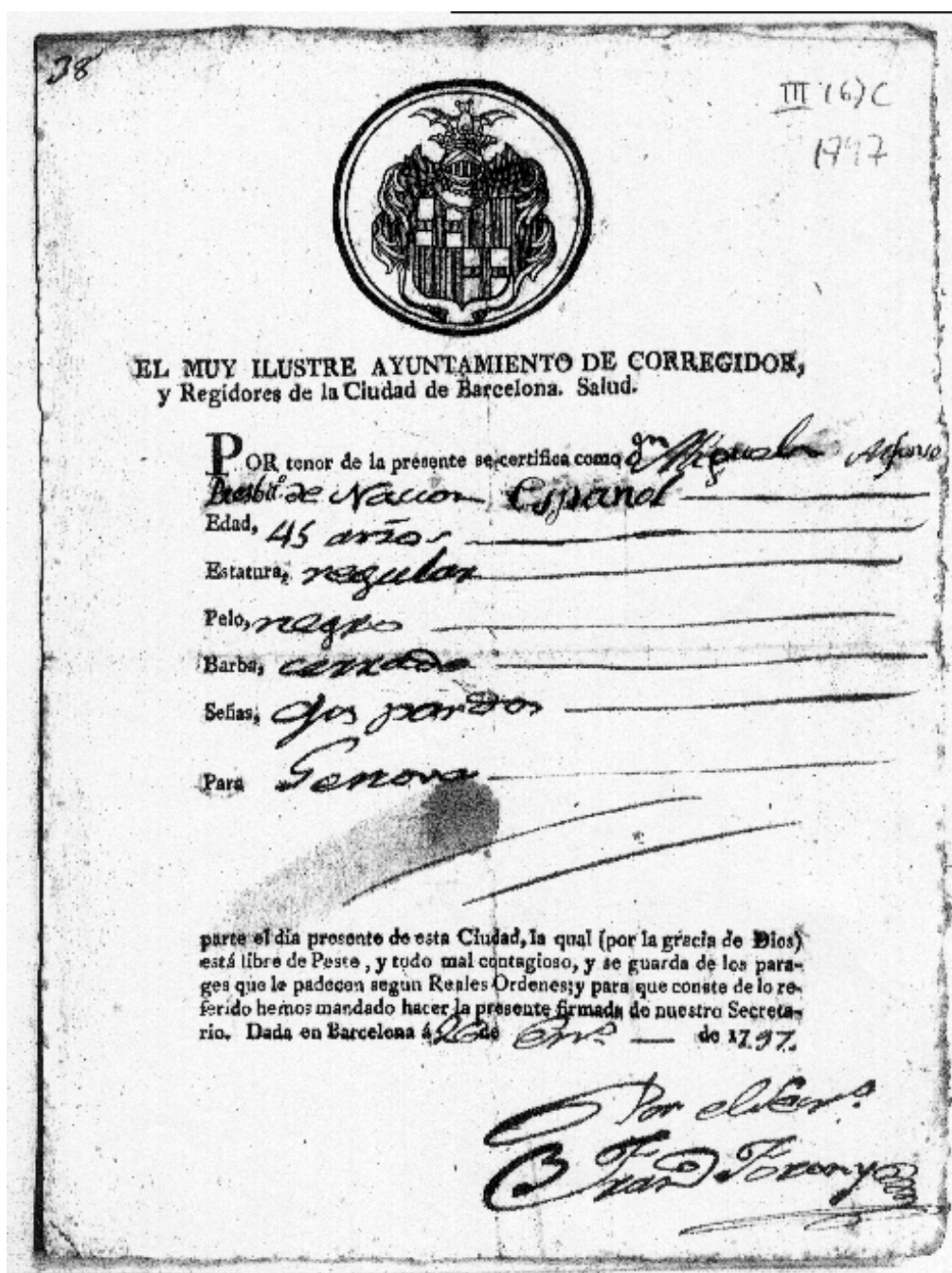


Figura 4.5 Patente de Sanidad de la ciudad de Barcelona, 1797 (BC, VE/1337-10)

Estos puertos serían considerados sucios o infestados sin distinción desde el momento en que se manifestasen en ellos las enfermedades referidas hasta pasados sesenta días en el caso de la peste, treinta en el caso de la fiebre amarilla y veinte cuando se tratase de cualquier otro contagio agudo.

Toda patente se convertiría en sucia en el caso de que la embarcación hubiera hecho escala detenida, durante la travesía, en algún país infestado; cuando hubiese tenido comunicación íntima con otra embarcación de patente sucia o en el momento en que en el barco cayesen enfermos uno o más individuos por la peste, la fiebre amarilla o cualquier otra enfermedad aguda o contagiosa, y alguno de ellos falleciera de tales enfermedades.

Por mucho que se complicara el sistema de patentes, nunca podría representar todas las situaciones reales, es por eso que la verificación de la patente venía acompañada de una entrevista con algún agente de sanidad. Éste debía obtener la máxima información posible sobre la situación sanitaria del barco y la adecuación de su patente al estado del puerto de partida y las diferentes escalas, además de buscar irregularidades en el discurso del entrevistado.

Una pionera inglesa en el Canadá, y escritora, describía en una de sus obras la entrevista con los oficiales sanitarios del lazareto de Grosse-Île, que ella mismo presencié:

The dreadful cholera was depopulating Quebec and Montreal, when our ship cast anchor off Grosse Isle, on the 30 of August 1832, and we where boarded a few minutes after by the health-officers (...).

The officials were no sooner seated, than glancing hastily round the place, they commenced the following dialogue:—

“From what port, captain?” (...)

“Scotland — sailed from the port o’Leith, bound for Quebec, Montreal —

general cargo — seventy-two steerage, four cabin passengers— brig, ninety-two tons burden, crew eight hands.” Here he produced his credentials, and handed them to the strangers. The scotchman just glanced over the documents, and laid them on the table.

“Had you a good passage out?”

“Tedious, baffling winds, heavy fogs, detained three weeks on Banks —foul weather making Gulf— short of water, people out of provisions, steerage passengers starving.”

“Any case of sickness or death on board?”

“All sound as crickets.”

“Any births?” lisped the little Frenchman...³⁶

Vemos que el capitán era un viejo lobo de mar acostumbrado al interrogatorio de los oficiales de sanidad y que respondía de carrerilla a las preguntas que aún no habían sido planteadas. Así, a la pregunta sobre el origen de la embarcación, ya contestaba a la referente al destino de ésta, a la del número de pasajeros de cabina y de cubierta y a la de la naturaleza y cantidad de cargamento.

En otros puertos los interrogatorios eran más detallados y serios que los de la Grosse-Île. En el lazareto de Mahón, por ejemplo, tal y cómo indica su reglamento³⁷, realizaba la entrevista el alcaide del lazareto. Su obligación

³⁶ Moodie, Susana. *Roughing in the Bush, or, Life in Canada*. London: R. Bentley, 1852, p. 1-2.

³⁷ *Reglamento interino de sanidad para el gobierno y dirección del Lazareto de Mahón, 1817*. Citado por Vidal, Josep Miquel. El tractament sanitari dels vaixells al llatzeret de Mahó. In Joan Alemany; Rinio Bruttomesso i Josep Miquel Vidal. *El port de Mahó. III Curs Internacional de ports històrics*. Barcelona: Institut Menorquí d'Estudis, Àmbit SE, 2003, p. 84-99, p. 90. Las informaciones sobre el interrogatorio en el lazareto de Mahón las hemos sacado del mismo artículo.

era enterarse del nombre del capitán y de su nacionalidad; el nombre y tipo del barco; el número de pasajeros y tripulantes, sus nombres, linajes y nacionalidades; la naturaleza y cantidad del cargamento y su destinatario, el puerto de embarque y el día de partida de dicho lugar, así como las escalas realizadas durante el trayecto con detalle de días de llegada y partida; la situación sanitaria del sitio de origen y de cada una de las escalas; las eventualidades del trayecto, enfermos a bordo, naturaleza de la dolencia, pero también si había tocado con otras naves y de su relación con éstas — por ejemplo si había recibido alguna mercancía de ellas o si conocía su estado sanitario...

Para corroborar la información proporcionada por el capitán se preguntaba por la existencia de otros barcos españoles en el puerto de origen, los puertos de destino de éstos, si tenía el conocimiento de la partida de alguno antes de la suya, etc.

El alcaide, después del interrogatorio descrito, que podía ser ampliado con preguntas relacionadas con el esclarecimiento de cualquier punto oscuro del relato del capitán, cotejaba las informaciones suministradas por éste con la patente sanitaria, el rol de matrícula, el diario de navegación, los manifiestos de carga y los certificados expedidos por los cónsules. Sus conclusiones, así como los documentos aportados por el capitán, eran enviadas a la junta de Sanidad, que era quién finalmente decidía la patente otorgada al barco y la cuarentena a cumplir³⁸.

³⁸ Nos damos cuenta de que este interrogatorio que acabamos de describir no difiere mucho en lo esencial del que, a finales del siglo XVI, se prescribía para el lazareto de Livorno: “...bisogna andare a incontrarlo, et prima domandarli da lontano il nome della nave, del Capitano, o Padrone, quanti marinari e passeggeri porta, che qualità di passeggeri, se vi sonno personaggi, et se tutti hanno buona sanità, del luogo dove viene, quanti giorni manca [...] che vasselli haverà lassato in ciascun luogo, per dove caricavano et se haveranno riscontrato per viaggio vassello alcuno o quadro, o armato...”. Hemos recopilado estas informaciones de Ciano, Cesare. *La sanità maritima...*, p. 30. En el mismo sentido iba la entrevista que se realizaba en Venecia a mediados del siglo XVIII, tal y como nos la describe un magistrado del

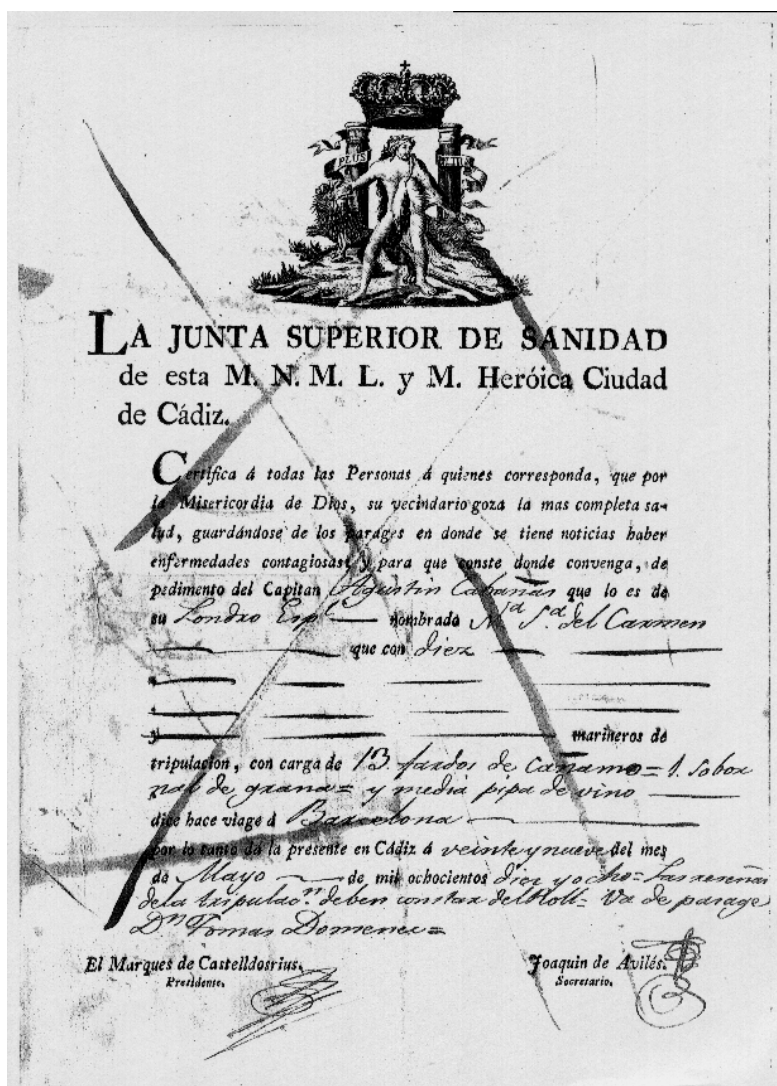


Figura 4.6 Patente de Sanidad de la ciudad de Cádiz, 1818 (Biblioteca de Catalunya, III (6) 10 B)

Office of Health inglés: "the inquiry turns particularly upon, whence the vessel comes, and in what length of time; if from a healthy or suspected part, what kind of voyage she has had; what places touched at; and whether in them he had been admitted to communication or not; if he met any ships at sea, and from whence, and whether he had any communication with them. The number is demanded of his crew and passengers; if they have been always well in the voyage, or if any of any of them are missing; what and how much, is the cargo he brings; if all from one place, or from many; and lastly, whether, in what regards the health, he had observed in any parts any risings; and intimating to him, that he must exhibit all the papers and letters he has". Ver *An Authentick Account of the Measures and Precautions used at Venice, by the Magistrate of the office of Health, for the Preservation of the publick Health.* London: Edward Owen, 1752, p. 7-8.

Tanto las conclusiones del alcaide, como las de la junta de sanidad estaban basadas en todo el entramado de información sanitaria que estamos describiendo.

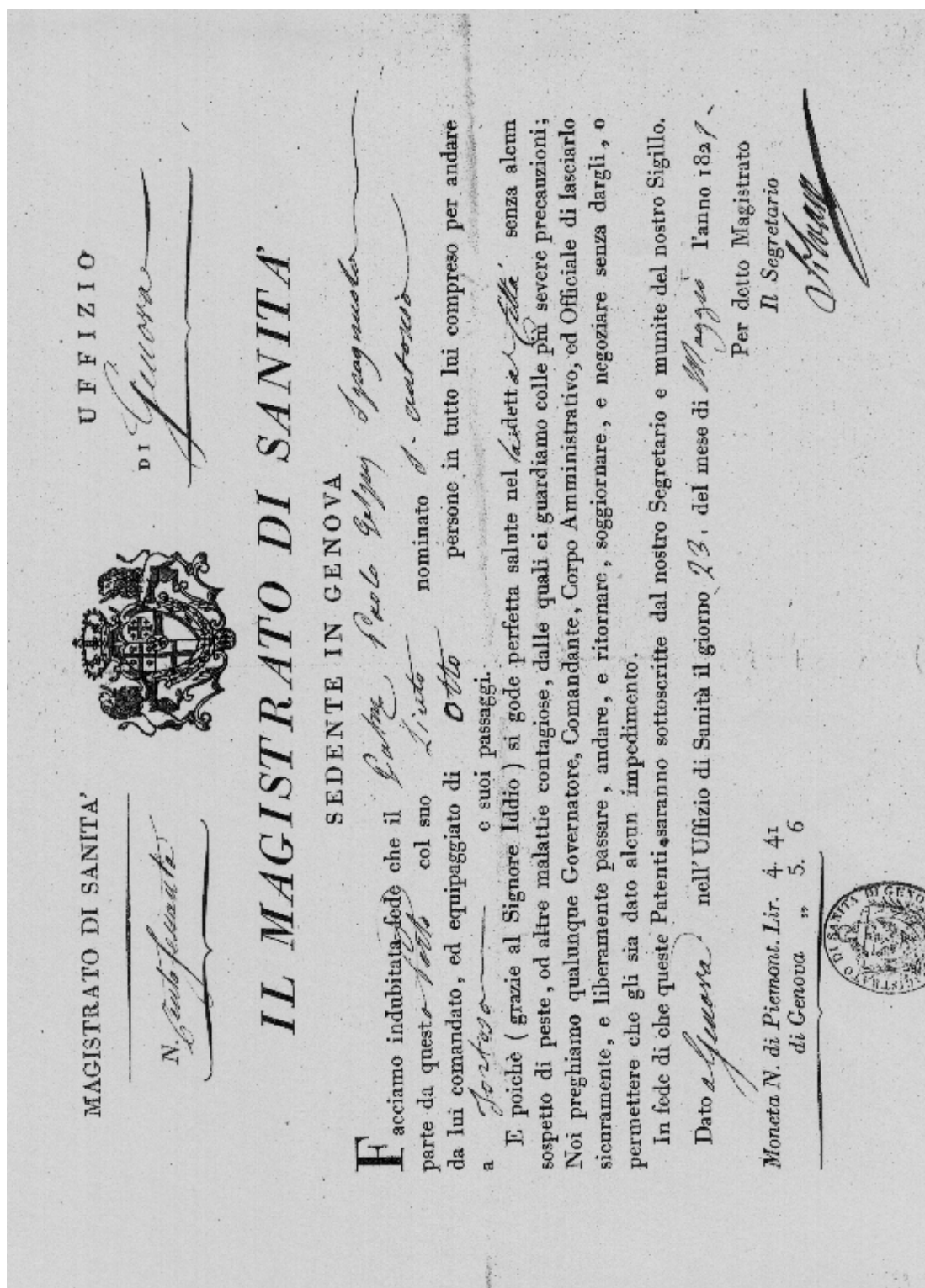


Figura 4.7 Patente de Sanidad de la ciudad de Génova, 1821 (BC, III (6) 10 B)

Con el tiempo el uso de las patentes de sanidad tendió a relajarse. Las primeras reglas internacionales de cuarentena, redactadas por los países integrantes de la primera Conferencia Sanitaria Internacional, reducían de nuevo las patentes sanitarias a dos tipos: las limpias y las sucias. Todos los barcos debían navegar con ellas excepto los costeros y pescadores. La patente sucia era librada cuando había evidencias de peste, fiebre amarilla o cólera en el puerto de partida y cercanías. Era otorgada patente limpia cuando el puerto se hallaba libre de tales enfermedades³⁹.

En la conferencia sanitaria celebrada en Washington en 1881, los delegados estadounidenses propusieron, a la vista de la falta de adecuación en muchos casos de la patente de sanidad con el estado de salud del barco, una inspección sanitaria de los barcos en el puerto de partida. Esta inspección la realizarían solamente los agentes especiales de los servicios consulares y diplomáticos del país de destino y se encaminarían a la obtención de datos realmente fiables del estado de salud del puerto de origen y evitar subterfugios con trasfondo político o comercial. Esto significaba que los estadounidenses, por ejemplo, podían rechazar cualquier patente no ratificada por uno de sus agentes de sanidad, cosa que, por otra parte, también se prestaba a las trampas y a los tratos de favor. Como es de suponer, tal propuesta, que atentaba contra la soberanía nacional de los otros países, no fue aceptada por la mayoría de potencias participantes, adoptándose una solución de compromiso consistente en que las autoridades sanitarias del país de partida expedirían las patentes y a los cónsules en la plaza del país de destino se les atribuiría el derecho de controlar la corrección

³⁹ Puede consultarse esta información en el anexo correspondiente a las Regulaciones Sanitarias Internacionales de las actas de la primera conferencia sanitaria internacional: *Procès-verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*. Paris: Imprimerie Nationale, 1852. Este Convenio Sanitario Internacional se encuentra también reproducido en la segunda edición del clásico español de la higiene pública: Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública ó arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed. ed. Madrid: Impr. y Est. de M. Rivadeneyra, 1862, p. 267-272.

de la información contenida en las patentes de sanidad⁴⁰. Como era habitual, estas resoluciones no produjeron cambios tangibles en las políticas sanitarias internacionales.

4.3 Instrumentos reguladores de la información

Tal y como dijimos al principio, la red de inteligencia sanitaria no era otra que una superposición de instrumentos que, por acumulación, debían dar una idea del estado sanitario de los lugares con los que se realizaban intercambios de mercancías o de pasajeros. Hemos explicado ya las maneras formales e informales que las administraciones utilizaban para mantenerse al corriente de las epidemias reinantes en otros lugares. Veamos ahora las herramientas creadas para contrastar estas noticias.

4.3.1 El envío de emisarios y los comités de encuesta

Puesto que las informaciones sanitarias que se recibían por carta podían ser poco ajustadas a la realidad, casi al mismo tiempo en que se inauguró la práctica del aviso epistolar algunas ciudades empezaron a enviar comités de encuesta para conocer de primera mano el verdadero estado sanitario de los lugares de los cuales recibían noticias o rumores. Dichas comisiones podían estar formadas por magistrados, médicos y cirujanos. Esta práctica fue

⁴⁰ No nos extenderemos sobre este particular, para más información consultar: *Proceedings of the International Sanitary Conference provided for by joint resolution of the Senate and the House of Representatives in the early part of 1881*. Washington, Government Printing Office, 1881; y, en especial, el *Memorandum of July 29, 1880*. Washington: Department of State, United States of America, 1880;. anexo a las citadas actas del congreso. Otros autores recogen esta polémica: Howard-Jones, Norman. *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Genève: World Health Organisation, 1975, p. 42-45; y Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1991, p. 108-110.

comúnmente aplicada desde la aparición de las grandes epidemias en la Edad Media hasta el siglo XIX.

En Barcelona tenemos noticias documentadas de estas operaciones por parte del *Consell de Cent* desde 1586. Es muy interesante el cuadro que muestra Betrán con la relación de las comisiones de investigación sanitaria ordenadas por esta institución durante los siglos XVI y XVII⁴¹. Pero el *Consell de Cent* no era el único que desde Barcelona enviaba comisiones de este tipo. Durante la peste de 1629, en el obispado de Girona, el Virrey de Cataluña, Duque de Feria, mandó una comisión médica a la zona afectada en el mismo momento en que tuvo aviso de que existía la peste. Esta comisión estaba formada por Miquel Angel Llorens, doctor de la Real Audiencia, el cirujano Onofre Soler y el médico Joan Francesc Rossell. Su misión era emitir un dictamen acerca de la naturaleza del mal⁴². He aquí parte de la carta que remitió el Consejo de Estado informando sobre el envío de la comisión, las conclusiones a las que ésta había llegado y las medidas adoptadas:

en el primer aviso que tuve de la peste que habia tocado cerca de Girona embie al Doctor, Miguel Angel Llorens de esta Real Audiencia, para que con médicos y cirujanos, averiguase la verdad y como VM mandara ver por su carta y las demás que van con ellas, es mucho mayor el mal, de lo que se entendió al principio (...) junté el Consejo y he mandado hechar los bandos de que también embio copia para que se guarde toda la provincia, y remitido al juez Llorens, que asista donde se halla, para yr cerrando los passos de las partes donde el mal ha entrado.⁴³

Otros países, como Francia, también practicaban el envío de comités. Con motivo de la peste de Marsella de 1720, el médico personal del Duque

⁴¹ Betrán, José Luis. *La peste en la Barcelona...*, p. 269.

⁴² Riera, Joan. *El doctor Rosell...*, p. 9.

⁴³ *Aviso del Duque de Feria sobre el contagio de peste (Barcelona, 22-XII-1629)*. Archivo General de Simancas. Estado, legajo 2647, 1 hoja. Extraído de Riera, Joan. *El doctor Rosell...*, p. 9.

de Orléans, entonces regente de la corona, mandó a los médicos Chicoyneau, Verney, Soulier y Deider, de la Universidad de Montpellier, a realizar una encuesta sobre la plaga⁴⁴.

Estas comisiones podían ser también enviadas a otros países con el mismo fin de formarse una opinión sobre la naturaleza del mal del que se había tenido noticia y poder tomar así las providencias adecuadas. En 1822 la *Academie de Médecine* francesa mandó a Barcelona a un grupo de médicos —compuesto por los doctores Pariset, Rochoux, Mazet, Bally y François— a estudiar la fiebre amarilla,. El gobierno británico delegó en 1830 a varios facultativos a Rusia para observar el cólera, que se estaba acercando a Europa. Philadelphia envió una comisión a Montreal, en 1832, con el fin de estudiar la epidemia de cólera y conocer su naturaleza⁴⁵. Veamos la resolución del *Sanitary Board* de Philadelphia por la que enviaba a tres de sus médicos a Montreal:

Sanitary Board, June 22, 1832

Resolved, that it is expedient that three physicians of eminence be appointed to proceed forthwith to Montreal or Quebec, or both at their discretion, to ascertain the true character of the disease prevailing there, and to attain such further information in relation thereto as they may deem necessary, and to make their communication as early as practicable to this Board.

The Board appointed Samuel Jackson, M.D., Charles D. Meigs, M.D., and Richard Harlan, M.D.

Samuel Davis, Secretary⁴⁶

⁴⁴ Hirst, L. Fabian. *The Conquest of Plague. A Study of the Evolution of Epidemiology*. Oxford: Clarendon Press, 1953, p. 58.

⁴⁵ *Report of the Commission appointed by the Sanitary Board of the City Councils, to visit Canada, for the investigation of the epidemic cholera, prevailing in Montreal and Quebec*. Philadelphia: Mifflin & Parry, 1832.

⁴⁶ Extraído del citado *Report of the Commission...*, sin paginar.

Las comisiones sanitarias eran, pues, un buen instrumento de regulación de la información puesto que permitían conocer de primera mano, y a través de ojos médicos, el alcance y naturaleza de una epidemia. A pesar de ello, no siempre se revelaban efectivas ya que, en algunos casos, no eran bien vistas por la ciudad visitada y se hacía todo lo posible para ocultar las evidencias de la epidemia, y, en otros, mediando sobornos, los facultativos comisionados accedían a falsear el resultado de la encuesta⁴⁷. A la vista de esto la única medida que quedaba era enviar a dichos médicos en secreto.

4.3.2 *El espionaje sanitario*

Ya hemos repetido que algunos Estados, ante los primeros casos de muertes sospechosas en una de sus ciudades, eludían admitir y declarar a terceros países que padecían una epidemia. Ello significaba que el entramado descrito hasta el momento, si éste era el caso, carecería de valor si los cónsules de las potencias extranjeras no hubieran estado atentos a la verdadera situación sanitaria del lugar. Lo que se hacía en estos casos era enviar *espías* a enterarse del estado de salud de la zona o ciudad bajo sospecha.

Barcelona, por ejemplo, utilizó este método en 1563 para conocer el verdadero estado de salud de la zona de Perpiñán, veamos cómo lo narra Viñas y Cusí:

Por averiguaciones que sigilosamente practicó, el Consell de Cent supo en Febrero y en Junio que continuaban todavía infectadas la Villa de Perpiñán y otras poblaciones rosellonesas, por lo que se reprodujeron las disposiciones tomadas el año anterior y se nombraron Caps y Sobrestantes de los guardias del morbo á Galcerán, Ferrer y a Onofre de Marimón.⁴⁸

⁴⁷ Haremos referencia a casos como los que enumeramos en el capítulo sexto, dedicado a los usos no sanitarios del lazareto.

⁴⁸ Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos...*, p.

Como es obvio, esta práctica fue adoptada por doquier. Tanto es así que Ludovico Antonio Muratori, en su tratado sobre la peste⁴⁹, explica que:

las ciudades sabias luego que oyen decir que hay sospechas de contagio en algun pueblo que no este distante, no fiandose (y con mucha razon) de los avisos de los mismos, envian secretamente allá un Medico no conocido ú otra persona de capacidad, para que se informe bien y lo exâmine todo, y con la relacion que hace, toman despues sus medidas y cautelas⁵⁰.

También en la Serenísima se utilizaron estos métodos y según parece con una absoluta eficiencia y una igual falta de remordimientos morales o religiosos⁵¹. Preto, por ejemplo, nos da algunos ejemplos de lo que él llama “exploradores sanitarios” en el seiscientos y el setecientos comisionados por los *Provveditore di Sanità* venecianos⁵².

4.4 La creación de una red de información sanitaria internacional

La celebración de Conferencias Sanitarias Internacionales, a pesar de que en muchas ocasiones terminaron en discusiones bizantinas, sentó las bases de la posterior colaboración internacional en esta materia. En el campo de la

⁴⁹ Muratori. Ludovico Antonio. *Del governo della peste e delle maniere di guardarsene*. Modena: Bartolomeo Solían, 1714. Nosotros utilizamos la edición traducida al castellano Muratori, Ludovico Antonio. *Tratado del gobierno político de la peste y del modo de ella...* Zaragoza: Francisco Magallon, 1801.

⁵⁰ Nosotros utilizamos la edición traducida al castellano Muratori, Ludovico Antonio. *Tratado del gobierno político de la peste y del modo de preservarse de ella...* Zaragoza: Francisco Magallon, 1801. La cita se encuentra en la página 41.

⁵¹ Según nos explica Paolo Preto en su libro sobre el espionaje en la Serenísima, Preto, Paolo. *I servizi segreti di Venezia*. Milano: Saggiatore, 1999.

⁵² Ver Preto, Paolo. Lo spionaggio sanitario. In Nelli-elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 69-73, p. 72

inteligencia sanitaria sucedió exactamente lo mismo. Desde la primera conferencia, una de las metas era la unificación de los sistemas de cuarentena y un requisito para ello era un acceso total y transparente de todos los países a la información.

El primer intento de llegar a un acuerdo de circulación de noticias se produjo durante la Conferencia Sanitaria de Viena, en 1874, cuando la comisión inglesa propuso en las conclusiones que:

para fines prácticos, según cree que es lo que se necesita en relaciones internacionales respecto al cólera, es necesaria la pronta circulación de noticias sobre las sucesivas apariciones y desarrollo de las epidemias en los diferentes estados de Europa y sus dependencias, y para conseguirlo estima convenientísimo se hicieran arreglos en cada país para la reunión y distribución de las noticias, pero sin la institución de una comisión internacional permanente.⁵³

Como solía ocurrir con muchas de las propuestas presentadas en las Conferencias Sanitarias Internacionales, éstas eran aceptadas por los países participantes durante el congreso y no eran ratificadas más tarde. La petición británica obedecía a una necesidad real pero su aplicación fuera del seno de una institución internacional independiente no era realista, puesto que la ocultación de la verdad sanitaria, lo hemos visto, había sido y era aún moneda corriente.

El segundo asalto se disputó en la quinta Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Washington en 1881 y cuyas dos líneas de discusión principales tenían relación con la inteligencia sanitaria. La primera era la creación de un sistema internacional de confianza para la colecta de información epidemiológica sobre la diseminación global de enfermedades

⁵³ Planelles, Luis. *Juicio Crítico de la Conferencia Sanitaria Internacional de Viena*. Madrid: Est. Tip. de Manuel Minuesa, 1875, p. 70-71. Ver el original en *Procès-verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale ouverte à Vienne le 1er juillet 1874*. Vienne: Imprimerie Impériale et Royale, 1874.

epidémicas. La segunda línea, sobre la que ya hemos hablado, tenía relación con la adopción de un nuevo sistema de despachar patentes de sanidad.

El problema ya se había planteado en los Estados Unidos durante los años precedentes, con la creación del *US Department of Health*. Este país, que ya empezaba a ser una potencia comercial y económica y que recibía gran cantidad de inmigrantes, estaba muy interesado en racionalizar, simplificar y unificar su sistema cuarentenario y para esto era importante tener un buen conocimiento del avance de las enfermedades epidémicas en el mundo. De este modo, en el Congreso celebrado en Washington se hicieron propuestas para que todos los países que tuviesen servicios sanitarios estatales capaces de obtener la información estadística necesaria, publicaran informes semanales de morbilidad. Con ello se buscaba el establecimiento de comunicaciones directas de cuestiones sanitarias entre diferentes países y la creación de una oficina internacional para la colecta de información epidemiológica⁵⁴. Esta última propuesta se debía materializar en la *Sanitary Agency of Notification*, que tendría dos sedes: una en la Habana, que recogería las noticias sanitarias de toda América, y otra en Viena, encargada de recolectar la información de Europa, Asia y África. Pero no fue en esta conferencia en la que se resolvió el asunto debido a la falta de unanimidad en las votaciones⁵⁵.

La undécima Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1903 resolvió el problema de la obtención de datos sanitarios a escala internacional. En ésta se decidió la creación del primer organismo sanitario internacional, el *Bureau International d'Hygiène Publique*, que se fundó cuatro años más tarde en una conferencia celebrada en Roma y cuyo objeto principal era la recolección y difusión de información y documentos de interés

⁵⁴ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 110.

⁵⁵ Ver los *Proceedings of the International Sanitary Conference...*

para la salud pública, en especial los relacionados con la peste, la fiebre amarilla y el cólera⁵⁶.

Como se ha podido ver en este capítulo, el problema de la información sanitaria era de máxima importancia para todo el entramado cuarentenario. Desde la aparición de las grandes epidemias en la Edad Media hasta la creación del *Bureau International d'Hygiène Publique* diversos instrumentos funcionaron al mismo tiempo formando una malla, unas veces tupida y otras no tanto, que, por superposición, tenía que dejar el mínimo de agujeros por los que pudiese colarse la superchería. Esta red, establecida por las autoridades locales, pasó paulatinamente a manos estatales con el fortalecimiento y centralización de los Estados. El salto más difícil fue el traspaso de estas competencias a organismos internacionales puesto que esta pérdida de soberanía en las cuestiones de inteligencia sanitaria solamente beneficiaba a los países con más potencial económico, mientras que los otros podían sacar partido de la desinformación y de la falsedad sobre las noticias de epidemia.

⁵⁶ Howard-Jones, Norman. *The scientific background...*, p. 86.

CAPÍTULO 5º LA CREACIÓN DE UN ESPACIO DE AISLAMIENTO

5.1 Necesidad y funciones del aislamiento

Aislar, separar a una persona del trato con los demás, ésta era la única providencia posible en caso de peligro de epidemia. Cuando ningún método curativo funcionaba y la etiología de la enfermedad era incierta, el aislamiento temporal que significaba la cuarentena era la respuesta institucional a estas plagas. La cuarentena surgió de la apremiante necesidad de evitar el mal contagioso y, a medida que la institución evolucionó, fue adquiriendo unas funciones complementarias. La cuarentena proporcionaba una sensación de seguridad que no solamente servía para el bienestar de los individuos, sino que del mismo modo, en ciertas épocas, beneficiaba el comercio. Este dispositivo se utilizó también para una clasificación sanitaria de los lugares, que sirvió de mucho a otro tipo de fines.

El Levítico consagra sus capítulos 13 y 14 a las leyes acerca de la lepra. Los sospechosos de padecer la lepra debían ser aislados por siete días, a la espera de una revisión de la llaga por el rabino, para que éste confirmara la existencia de la enfermedad o determinara que se trataba de una falsa alarma. La lepra no era altamente contagiosa pero ¿qué actitud adoptar cuando la enfermedad se convierte en un fenómeno masivo?

Aparte de las enseñanzas del Antiguo Testamento, que podían servir —más como metáfora, que como ley— en el momento de construir una defensa contra la entrada de epidemias, el conocimiento empírico del hecho epidémico estuvo en el principio de la organización de tal tipo de providencias. Ragusa y Venecia, las primeras ciudades europeas que aplicaron disposiciones de aislamiento, habían sufrido desde su crecimiento, a partir del siglo décimo, numerosas epidemias. Dupeyron, secretario del Consejo Francés de Sanidad, relataba en 1834 que la ciudad lacustre, entre los siglos X y XIV, solamente sufrió epidemias en las épocas de paz, cuando el comercio con el Levante no se veía interrumpido por las guerras con Génova, ciudad rival de la Serenísima¹. Desde la mirada contemporánea, el análisis es, sin duda, simplista, pero para los gobernantes de una potencia cuya riqueza estaba basada en el comercio marítimo, la relación causal paz-comercio-epidemia se convirtió al parecer en evidente.

La primera república que decretó verdaderas medidas de aislamiento fue la de Ragusa², cuyo sustento venía principalmente de las operaciones bancarias y del tráfico comercial. Ragusa conoció un notable despegue económico durante toda la segunda mitad del siglo XIV, resultado de las crecientes relaciones con las costas de Asia menor y de África, y entró en concurrencia con los venecianos por el comercio del Levante. Fue precisamente este despegue del comercio, que no debía pararse bajo ningún

¹ Ségur-Dupeyron, P. de. *Rapport adressé à son Exc. le Ministre du Commerce, par..., Secrétaire du Conseil de Santé, chargé de procéder à une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée de quarantaine en France*. Paris: Imprimerie Royale, 1834, p. 6-13.

² Grmek, Mirko D. Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Age, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik (1377). In RAD. *Radovi sa međunarodnog simpozija u povodu šestote obljetnice dubrovačke karantene*. Zagreb: Jugoslavenska Akademija Zantosti i Umjetnosti, 1980, p. 9-54, p. 49.

concepto, el que, durante el primer medio siglo de aparición de la peste estimuló la invención y puesta en marcha de medidas cuarentenarias de una manera rápida y enérgica. Medidas, todas ellas, apoyadas por el poder legislativo, que estaba interesado en la continuación del tráfico, puesto que participaba de sus beneficios.

El cambio aquí era radical: el comercio debía continuar y las medidas que prohibían el tránsito a los barcos y las gentes en tiempo de epidemia eran inconcebibles si se pretendía seguir sacando provecho de las nuevas vías ultramarinas³. La clave estaba en encontrar un sistema que, a la vez, protegiese y, aunque lo ralentizara, no interrumpiese el comercio. El Gran Consejo promulgó, el 27 de julio de 1377, una ley que prohibía, tanto a los autóctonos como a los extranjeros provenientes de regiones epidemiadas, la libre plática en la ciudad o alrededores sin haber pasado un periodo de aislamiento de un mes en la localidad de Ragusavecchia (Cavtat) o en la Isla Mercana (Mrkan)⁴, donde habían de ser purificados. La población tenía prohibida la visita a los aislados, bajo pena de seguir su misma suerte y hacer frente a una multa⁵. Estas leyes se fueron volviendo más elaboradas y estrictas durante dicho periodo; de este modo, en junio de 1397, la exclusión se extendió a todas aquellas personas y mercancías provenientes de regiones sospechosas.

Para aplicar medidas aislacionistas hacía falta una concepción contagiosa de la peste. Ya hemos visto que ésta no era la que dominaba entre el cuerpo académico, que, inducido por la gente de iglesia, buscaba sus causas en otros factores como: el balance humoral, la influencia astral o la misma mano de Dios. Antes de la entrada de la peste en Europa, los magistrados de algunas ciudades empezaron a ver la utilidad pública de la

³ Así denominaban en Ragusa a las nuevas rutas marítimas establecidas con el Levante.

⁴ En donde eran aislados respectivamente los llegados por tierra y por mar.

⁵ Grmek, Mirko D. *Le concept d'infection...*, p. 50.

salud del cuerpo social. Siguiendo la doctrina de las *seis cosas no naturales* y los métodos de argumentación lógica escolásticos, se podían dictar medidas con miras a evitar el influjo de estos factores. Nos encontramos ante los primeros intentos de saneamiento de los espacios públicos y privados de la *civitas*. Estas medidas podían ir, desde la recogida de los materiales putrefactos que se podían encontrar en las calles —como desechos de carnicería y excrementos humanos— hasta la expulsión de las personas consideradas moralmente contaminantes, como las prostitutas o los judíos⁶.

Pero, en tiempo de pestilencia, estas providencias se revelaban insuficientes. El sentido común adquirido por la experiencia de las epidemias indujo a la segregación, al secuestro de todo aquello que pudiera introducir la epidemia. Fabre⁷ encuentra paradójico que, en un momento en que la ciencia médica no apoyaba los postulados contagionistas, se desarrollase una institución basada en ellos. Este autor explica el lento proceso de institucionalización del aislamiento por un paulatino procedimiento de simbolización de los conocimientos sobre la peste, de una apropiación de las representaciones del mal contagioso por diversos grupos sociales. Ciertamente, la implantación del aislamiento necesitaba un acuerdo en cuanto a la percepción del contagio, el cual, a menudo, se prestaba a controversias y a malos entendidos. El mundo médico apoyó estas ideas algo más adelante, nos referimos a las postrimerías del siglo XV y durante todo el siglo XVI, cuando Fracastoro, y otros, volvieron a hablar del contagio. Las teorías médicas legitimaron las disposiciones para protegerse del contagio (y lo hicieron a medida que éstas se dictaban e incluso a posteriori) mientras se iba ensayando y elaborando un método basado en una lógica disciplinaria y sujeta a unos plazos preestablecidos. De este modo, los tipos de contagio

⁶ Ver Watts, Sheldon. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello, 2000, p. 30.

⁷ Fabre, Gérard. *Epidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998, p. 115-116.

explicados por Fracastoro no hicieron más que confirmar los procedimientos que ya se habían puesto en marcha. El contagio vivo o directo, de persona a persona, se intentaba evitar por el aislamiento de éstas; el contagio indirecto, o mediante *fomites*, por la purificación de mercancías, correo y dinero; y, el contagio a distancia, por la búsqueda de lugares apartados en los que cumplir la cuarentena.

El terror del hecho epidémico impedía el normal desarrollo de la vida y justificaba el secuestro temporal. En los países con un importante flujo de inmigración, como Canadá y Estados Unidos en el siglo XIX, la amenaza del cólera llenó las páginas de los periódicos y sembró la intranquilidad entre la población. Los cordones sanitarios impuestos a Rusia y Polonia se habían revelado ineficaces para parar el avance del morbo asiático que había entrado en el resto de Europa en 1831. ¿Qué justificaba la aplicación de una medida que se estaba revelando estéril, al menos en lo concerniente a la protección terrestre? El miedo, la imagen de miles de barcos cargados de inmigrantes con la enfermedad, el cólera que llamaba a la propia puerta, el desconocimiento de la etiología y la contagiosidad de una nueva afección de masas. Así, en ambos países se crearon comités de encuesta y se recopiló información sobre la dolencia. Mucha de esta información la suministraron los médicos de la Compañía de las Indias Occidentales, los únicos que habían convivido con el cólera en otras ocasiones. De nuevo, la práctica de la prevención sanitaria se adelantó a la opinión médica. En Estados Unidos, casi al mismo tiempo, se declaró la cuarentena para todos los bienes y personas provenientes los puertos infectados de Rusia y del Báltico, y, después de la entrada del cólera en Inglaterra, ésta fue añadida a las zonas de interdicción. Nueva York, cuyo *Board of Health* había formado una comisión médica de información el 6 de septiembre de 1831, declaró el aislamiento el 17 del mismo mes. Poco más tarde le siguieron: Boston, Philadelphia y Baltimore⁸. En Canadá, ante la división de opiniones acerca de

⁸ Ver Rosenberg, Charles E. *The cholera years. The United states in 1832, 1849 and 1866. With a new afterword*. Chicago: University of Chicago Press, 1987, p. 13-15.

su contagiosidad, el *Bureau Médical de Québec* decidió actuar como si la plaga fuera contagiosa y se decretó la cuarentena en 1832⁹.

Segur-Dupeyron, en su memoria sobre los regímenes sanitarios del Mediterráneo, explicaba los efectos del miedo cuando la “despreocupación en materia sanitaria es tomada por sorpresa”. Nos explica la quema de barcos en los que se había declarado la peste, las órdenes de disparar hasta su hundimiento sobre los navíos sospechosos y otras atrocidades. Todo ello fruto del miedo existente en los lugares en que no se seguía una recta política de prevención. El filtro entre sanos y enfermos que proporcionaba el sistema de aislamiento mantenía los espíritus tranquilos; si el método se mostraba eficaz, les hacía sentirse seguros:

Il ne n'est plus ainsi aujourd'hui, l'efficacité des lazarets est constatée, et Marseille tient à honneur de purifier un bâtiment, ses hommes et ses marchandises. Cette population de Marseille si impressionable, qui craint tant la peste, ne s'émeut pas le moins quand on lui dit que la peste est au lazaret, tant elle compte sur l'expertise des agents de la santé¹⁰.

El intercambio de información sanitaria y la construcción de una malla de aislamiento constituyeron también una herramienta de segregación territorial. Los países que adoptaban medidas sanitarias y se aislaban de los lugares tocados por las pestilencias, excluían de la libre práctica a aquellos que no seguían los postulados de la prevención y el aislamiento. Las patentes y los pasaportes de sanidad oficializaban esta exclusión. De esta práctica surgía una división del mundo en territorios: limpios, sospechosos y sucios, muy en boga hasta bien entrado el siglo XIX, momento en que se empezó a cuestionar seriamente la institución cuarentenaria.

⁹ Ver Bilson, Geoffrey. *A darkened house. Cholera in nineteenth-century Canada*. Toronto and Buffalo: University of Toronto Press, 1980, p. 6.

¹⁰ Ségur-Dupeyron, P. de. *Rapport adressé...*, p. 28.

El aislamiento tenía una función preventiva de doble sentido: si bien, servía como filtro a la entrada de epidemias, significaba, al mismo tiempo, que toda mercancía o persona proveniente del lugar en que se aplicaban tales disposiciones estaba libre de sospecha. Estamos hablando de una situación en la que el sistema funcionaba con la misma intensidad hubiese, o no, riesgo de epidemias. La clave del éxito de este dispositivo residía en la perennidad de su funcionamiento. Así, algunos puertos estaban dispuestos a probar su eficacia llegando al extremo del castigo ejemplar en sus actividades profilácticas¹¹. Se trataba de una función propagandística encaminada a protegerse, a no pasar a formar parte de los lugares sospechosos o sucios. En efecto, para conservar la reputación, se necesitaba actuar con mano de hierro. Las numerosas legislaciones sobre cuarentenas podían llegar a prescribir la pena capital para aquél o aquéllos que infringieran las normas y los principios del aislamiento. La eficacia del sistema se fundamentaba en la práctica continuada de esta represión.

5.2 El lazareto, piedra maestra del sistema cuarentenario

El sistema de aislamiento cuarentenario necesitaba un lugar privilegiado donde ejercerlo, que se vio materializado en el lazareto. Su configuración obedecía a los principios que hemos mencionado y debía distribuir y

¹¹ Ver como ejemplo el caso del navío *Notre-Dame de Porto-Salvo* y su patrón Antoine Riouffe. Éste, llegado con documentación sanitaria falsa a Marsella desde Mónaco y Niza, mintió a las autoridades sanitarias marselesas para esconder la muerte por fiebres de cinco de sus tripulantes en una escala oriental del Mediterráneo, además hizo un uso abusivo del pabellón francés. La investigación duró unos dos meses, durante los cuales tanto el barco como la tripulación y el cargamento permanecieron en cuarentena y se dispusieron medidas que afectaban el comercio con Mónaco. Citado por Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la santé de Marseille sous l'ancien régime: le renfermement de la contagion*. Marseille: Fédération historique de Provence, 1980, p.145-150.

compartimentar el espacio con rigor¹². Debía hallarse apartado de la ciudad, en un lugar privilegiado para la navegación. Su espacio interior debía servir para un aislamiento a diferentes niveles: la separación de personas según su origen (para esto se crearon departamentos para las diferentes patentes: sucia, sospechosa o limpia). Se debían separar las mercancías según su capacidad de absorber el mal contagioso, y también según su procedencia, amén de habilitar un espacio para realizar los expurgos. Dentro de cada departamento se debía operar una segregación temporal de estos individuos y bienes teniendo en cuenta la fecha de llegada. El correcto funcionamiento del lazareto implicaba la observación de estas normas, aunque, de todos modos, el incumplimiento y los fallos fueron moneda corriente en el funcionamiento de sistema cuarentenario.

5.2.1 La implantación del sistema de aislamiento

El episodio de la peste negra es el escenario en el que surgieron los primeros lazaretos tal y como los conocemos. La plaga que, en el siglo XIV, asoló Europa y el Mediterráneo hizo que los gobiernos locales tomasen cartas en el asunto y, ya desde el año siguiente del principio de la epidemia, encontramos las primeras medidas dictadas para protegerse de la amenaza. No podremos considerar este tipo de disposiciones como realmente cuarentenarias hasta tres décadas después.

La aparición de la peste negra hizo perentoria una mejor organización de las ciudades contra la devastadora plaga. Ya en 1348, un año después de su aparición, Venecia fue de las primeras en dictar medidas para proteger a la ciudad de la peste. A expensas del Estado, un consejo de tres hombres

¹² Foucault, Michel. *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. 28ª ed. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1998, p. 147-148.

influyentes¹³ fue investido de poderes ejecutivos excepcionales con el fin de aislar todos los barcos, personas y bienes infectados. Al mismo tiempo, se empezó a organizar una red de información en diferentes puertos del Mediterráneo¹⁴. Otras ciudades siguieron el ejemplo veneciano y dictaron medidas de protección similares. Reggio, por ejemplo, obligaba a todos los apestados a ir fuera de la ciudad y permanecer allí hasta el restablecimiento de la salud o la muerte. Esta respuesta institucional obedecía a una concepción muy concreta de la peste: en primer lugar, a la creencia en su contagiosidad y, en segundo lugar, a la posibilidad de transmisión, ya fuera mediante las personas, ya mediante los bienes. Este tipo de diligencias, que vemos repetirse en otras ciudades, no eran aún medidas de cuarentena; obedecían a la exclusión del enfermo y no a la prevención de la entrada de la enfermedad. Como hemos dicho en el apartado anterior, fue a partir de la promulgación del Gran Consejo de Ragusa de 1377 cuando podemos considerar que se empezó a construir un sistema defensivo que no interrumpiera el tráfico de personas y de mercancías.

Algunas ciudades buscaron lugares aislados para el cumplimiento de la cuarentena. Ragusa, en 1377, utilizó a tal efecto el islote de Mercana, a dieciséis kilómetros al sur de la ciudad¹⁵, donde las personas llegadas de lugares sospechosos de peste guardaban aislamiento durante un mes para ser purificados por el sol y el viento. Barcelona y Sevilla dictaron medidas cuarentenarias a partir de 1383. Pero a la nueva institución de la cuarentena le hacía falta un espacio concreto, sujeto a unas normas espaciales, temporales y de disciplina, en el que se pudiese operar dicho aislamiento.

¹³ Según Winslow los tres primeros fueron Nicholas Veneria, Marianus Querino y Paulus Belegna. Ver Winslow, Charles-Edward A. *The Conquest of Epidemic Disease. A Chapter in the History of Ideas*. Princeton: Princeton University Press, 1943, p. 115.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècles*. Aix-en-Provence: Édisud, 1986, p. 160.

Así, tenemos que, para evitar la peste se cedieron espacios dedicados hasta el momento al combate de la lepra, que permitían la analogía de la segregación, y se cedió, también, el espacio de muchas leproserías (previamente remodeladas). El establecimiento debía ser modificado puesto que la lenta muerte de los leprosos no coincidía de ningún modo con el peligro de la peste. La necesidad de una mayor capacidad de exclusión y de disciplina, de medidas más coercitivas, junto al carácter masivo de la peste y su elevada contagiosidad, que la lepra nunca había tenido, configuraron con el tiempo el nuevo establecimiento sanitario¹⁶.

Varios decenios después de la primera oleada epidémica (1347-1351) algunos puertos importantes empezaron a dotarse de lazaretos. Uno de los primeros fue el de Venecia, en 1423, construido en el islote de Sta. María de Nazaret¹⁷. Ragusa construyó uno en el islote de Supetar, en 1430¹⁸. Génova se dotó de uno a principios del quinientos y, Marsella, en 1527¹⁹. Lejos de constituir una red de lazaretos en el Mediterráneo, podemos decir más bien que, poco a poco, todos los puertos importantes empezaron a disponer de un lugar donde cumplir la cuarentena, ya fuera un lazareto o simplemente un lugar aislado.

Durante los primeros siglos de la peste se fue elaborando un código cuarentenario que se basaba en el ensayo y en el que se intentaron modificar los errores. Hablamos de ensayar porque se desconocían los mecanismos que regían el contagio (puesto en entredicho), sus agentes de transmisión y la duración del periodo de incubación de la enfermedad. Ante la duda y el miedo, todas las medidas eran pocas. Cuarenta días eran los considerados necesarios para que los pasajeros, marineros y mercancías, pudiesen salir

¹⁶ Fabre, Gérard. *Épidémies et contagions...*, p.129.

¹⁷ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 198.

¹⁸ *Ibid.*, p. 165.

¹⁹ Winslow, Charles-Edward A. *The Conquest of Epidemic...*, p. 119.

del recinto cuarentenario sin riesgo de desarrollar una posible enfermedad atrapada en el puerto de origen o durante el trayecto. Si en Reggio consideraban diez el número de días que se debía estar aislado, y, en Ragusa, treinta, los venecianos elevaron el tiempo a cuarenta días. Con el conocimiento empírico como base, pero también apoyados por muchos prejuicios procedentes del mundo religioso, sobrenatural, astrológico o médico, se construyeron unos reglamentos que hicieron eficiente la institución. De este modo, a principios del siglo XVI nos encontramos ya con un sistema de cuarentena que tenía una cierta coherencia²⁰. Retomando el ejemplo veneciano, esta ciudad se había empezado a proveer de una red permanente de información sanitaria en todos los lugares frecuentados por los europeos. Al mismo tiempo, se había dotado de unas instalaciones, también permanentes, en las que era posible segregar a los cuarentenados sanos, de los enfermos, y purificar el correo y los bienes. El conocimiento permanente del estado de salud de los otros puertos hacía que Venecia pudiera estar más o menos prevenida. Si las informaciones llegaban a tiempo, ésta obligaba a los navíos apestados a cumplir la cuarentena en Istria, antes de acercarse más a sus límites; si no, los enfermos eran encerrados en el Lazzaretto Vecchio y, los sanos, en el Lazzaretto Nuovo, construido en 1468-71.

Se trataba, como se ha indicado, de un lento camino que duró hasta finales del siglo XVI. La amenaza de la peste daba un sentido al mantenimiento del orden y a una dura política de prevención cuarentenaria por parte de los burócratas encargados de los asuntos públicos. Aunque para que éstos tuvieran plenos poderes hacía falta que se cumpliesen los requisitos de centralización del poder que permitieran a los gobernantes nombrar consejos sanitarios que pudiesen aplicar medidas coercitivas²¹. Pero estos requisitos no se dieron, en general, hasta más adelante. En Florencia,

²⁰ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 198.

²¹ Watts, Sheldon. *Epidemias y poder...*, p. 42.

por ejemplo, en 1348 se nombró una suerte de comité de salud pública compuesto por ocho sabios y dotado de poderes casi dictatoriales. En Venecia, en 1504, el consejo de sanidad poseía derecho de vida o muerte sobre los que estaban bajo su jurisdicción. Pero no fue ésta la regla hasta más tarde. En otros países europeos se tuvo que esperar hasta la segunda mitad del siglo XVI para que se establecieran regulaciones nacionales de lucha contra la peste. Se trataba de una fase en la que las medidas se imponían a un nivel local y no solían ser permanentes.

Lo mismo pasaba con la cuarentena, durante estos dos siglos y medio las cuarentenas y los recintos destinados a su cumplimiento solían tener un carácter temporal y eran fruto de una situación de emergencia: el peligro inminente de la peste. Contra esta amenaza, las autoridades locales propugnaron medidas de aislamiento que, una vez desaparecido el riesgo, se retiraban. De este modo no es extraño que, aparte de los ya citados, no existieran en esa época muchos lazaretos de carácter permanente en las costas mediterráneas.

5.2.2 La creación de una red de lazaretos

De acuerdo con Panzac²², a partir del siglo XVII los puertos mediterráneos más amenazados veían la aparición de la peste bajo una triple óptica que definía el procedimiento de protección. La peste era una enfermedad contagiosa que provenía sobre todo del Levante y la Berbería, donde era permanente, y por vía marítima. Así pues, las grandes líneas de las prácticas cuarentenarias no se cambiaron en absoluto. Tan sólo se tenía que poner énfasis en estos postulados y hacer que el sistema fuera “préventif, permanent, rigoureux et indépendant de l'état de santé local”²³.

²² Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 31-32.

²³ *Ibidem*.

En su inmovilismo, la práctica cuarentenaria se apoyaba sobre un cierto número de realizaciones: la creación de administraciones particulares y permanentes encargadas de velar por el buen funcionamiento de los métodos empleados; es decir, comisiones y oficiales de sanidad a escala local. Boletos de sanidad para controlar a los individuos, a escala provincial y nacional, y un régimen de patentes marítimas de sanidad²⁴, que comportaba una incipiente red de información sanitaria entre los puertos mediterráneos. También, la puesta a punto de reglamentos que tuvieran en cuenta estas recientes constataciones y, finalmente, la edificación de lazaretos, piedra clave del sistema. Es, de hecho, en esta época, cuando se puede empezar a hablar de una red de lazaretos en el Mediterráneo. Los puertos comercialmente más importantes se debían dotar de establecimientos sanitarios para asegurar al máximo su buen estado sanitario y sostener también el mantenimiento de su poder económico. Así, Liorna erigió el primero de sus lazaretos entre 1590 y 1595; los venecianos fundaron uno en Spalato (Split), en 1592. Toulon construyó uno en 1622; Palermo, en 1628; Ragusa levantó uno nuevo en 1590 y lo amplió en 1628-42; en La Valetta (Malta) se empezaron en 1645 las obras de un lazareto verdaderamente aislado; Marsella ampliaba y cambiaba de lugar los suyos durante ese siglo, etc²⁵.

Hasta finales del siglo XIX, cuando el impacto de la teorías bacteriológicas y la implantación de innovaciones en el sistema cuarentenario hicieron que los lazaretos fueran cayendo en desuso, la ampliación de su número permitió una fluidez del tráfico marítimo que respondía a la voluntad política de reforzar el poder económico de los puertos en un momento en que las mercancías atravesaban el Mediterráneo mayoritariamente de este a oeste, pero esto lo veremos en el capítulo siguiente.

²⁴ Fabre, Gérard. *Épidémies et contagions...*, p. 123.

²⁵ En un marco más amplio, estas fechas coinciden con el proceso de renovación urbana que se estaba produciendo en Europa, con la consolidación de las grandes capitales y la de la red de ciudades secundarias. Ver Benévolo, Leonardo. *La ciudad europea*. Barcelona: Crítica, 1993, p. 130-131.

5.2.3 Los cordones sanitarios y la protección terrestre

Al igual que para la protección del frente marítimo, las medidas de aislamiento cuarentenario daban también soluciones para asegurar la protección terrestre. Aparte de los previsibles lazaretos en alguna de las entradas de las ciudades (véase el caso de Milán, del cual hablaremos más adelante) fueron inventados otros mecanismos que, con mayor o menor eficacia, evitarían el avance de las enfermedades epidémicas: los cordones sanitarios.

Este dispositivo consistía en una o varias líneas concéntricas de defensa alrededor del lugar a proteger. Éste, según los casos, podía ser el que se mantenía sano o el que sufría la epidemia (si ésta era detectada a tiempo). Este instrumento podía ir acompañado de lazaretos terrestres. Dejemos que el clérigo y polígrafo italiano Ludovico Antonio Muratori nos explique con sus palabras en qué consistía el cordón sanitario, tal y como lo había descrito en su obra sobre la peste:

Si penetrase en Italia, y se arrimase el contagio superando las barreras de la otra ciudades mas expuestas, entonces la nuestra debe redoblar las diligencias y defensas, como si efectivamente el Exercito enemigo viniese à sitiaria y sujetarla. (...) Del mismo modo es menester suspender el comercio con los puertos sospechosos, no admitiendo sin cuarentena las personas ó los géneros y efectos que vienen de allí; y quitarle enteramente con los pueblos infectos de la peste, arreglando unicamente alguna comunicacion para los víveres y comestibles si la necesidad lo pidiese, según diremos mas adelante. Es menester tambien, segun costumbre, situar Guardias muy inmediatas en todo el confin, para que ninguno pueda entrar sin ser visto y sin la permission de los Diputados; conviene hacer recorrer los confines por Patrullas de Caballeria; cortar los caminos que tengan comunicacion con el país apestado, de modo que quede prohibido à cualesquiera sea extrangero sea nacional el venir de allí, sino es por el camino que los Magistrados, por necesidad, hubiesen destinado y reservado, debiendose presentar al Diputado que tiene la custodia de los pasos; custodiar las puertas y murallas de la ciudad ò lugar; y usar en fin otras semejantes precauciones y diligencias, que son comunes y conocidas de todos. Se advierte que serán

inútiles las Guardias, como no se haga la Guardia à las mismas Guardias; esto es, será menester emplear personas de autoridad y actividad que hagan executar las ordenes, y que cumplan con su deber las Centinelas y las guardias(...).

Debese tambien observar, que para asegurarse del todo de este terrible y fraudulento enemigo, convendria no contentarse con un solo atrincheramiento en los confines, disponiendo, y finalmente otro à las puertas del lugar ò ciudad: porque si por descuido ò malicia de las Guardias situadas en los confines penetrase el mal, no pase la segunda barrera, ò superada esta no pase la tercera y entre así en el corazón de la ciudad. Como esta guardia suele ser dificil y peligrosa, quando los confines de dos diferentes reynos son de mucha extension y faciles de superar, en cuyo caso tal vez los extrangeros y naturales poco escrupulosos y muy codiciosos entran y salen; por tanto, el mas seguro atrincheramiento se debe creer que sea el que forman los montes, rios, canales anchos, fosos profundos y otros semejantes obstáculos.²⁶

Al igual que para la maquinaria de la sanidad marítima, aquí también era necesario un mecanismo de inteligencia sanitaria que diese fe del lugar de origen del arribado a la ciudad o al cordón sanitario. A este documento se le denominó: pasaporte sanitario, boleta o fe de sanidad. Tomemos de nuevo prestadas las explicaciones de Muratori a este respecto:

Consisten estas diligencias en exigir de todos la fe de sanidad, cuidando de que no haya fraude en ella, y que por las personas del distrito, en falta de la Justicia, la dé y firme el cura. En los grandes peligros será prudente que la fe de sanidad á mas de la firma tenga una marca, el sello y numero que le corresponda, usando todas las precauciones. Sucede muchas veces que se concede dicha fe sin mucho exâmen, faltando à la verdad con daño de los

²⁶ Muratori, Ludovico Antonio. *Tratado del gobierno político de la peste y del modo de preservarse de ella...* Zaragoza: Francisco Magallon, 1801, p. 18-20. Parecidos consejos encontramos en Foderé, François-Emmanuel. *Las leyes ilustradas por las ciencias físicas ó Tratado de medicina legal y de higiene pública*. Madrid: Imp. de la Administracion del Real Arbitrio de Beneficencia - Imp. Real, 1802, vol II, p. 241-246.

vecinos. Otras veces se falsifica; y otras se da para sacar dinero de las personas que no saben leer. Quando hay graves sospechas, no se admite à ningun extranjero ni à ningun nacional, sino se sabe de positivo que haya estado por mucho tiempo en parage sano.²⁷

La utilización de estos dispositivos es casi tan antigua como la aparición de la peste en Europa. Regio nell'Emilia, por ejemplo, fue acordonada por orden de Bernardo Visconti, en 1374, para evitar que la peste llegara a Milán, cosa que no se consiguió. Siguiendo el ejemplo milanés, la rival Florencia adoptó también el sistema y lo acompañó de duras medidas coercitivas que ayudarían a su éxito: las patrullas de soldados que impedían el libre tránsito por los lugares declarados de excepción y el uso obligatorio del pasaporte sanitario para cualquier movimiento por el área²⁸.

Este tipo de medidas fueron utilizadas hasta el siglo XIX. Por ejemplo, el gobierno español hizo lo propio cuando la peste estaba azotando Andalucía en 1679. Dos cordones de tropas fueron dispuestos en las rutas del norte de esta región para evitar el paso de personas y bienes contagiados y el terror ante una inminente catástrofe quedó solamente en un susto.

También con ocasión de la fiebre amarilla y el cólera se dictaron providencias de aislamiento de la misma clase para evitar su entrada y propagación en una ciudad o región. En España, por ejemplo, cuando estaba avanzando la epidemia de cólera morbo desde Granada, la Junta Municipal de Sanidad de Murcia, formada por ciudadanos de las elites dominantes, impuso cordones sanitarios —en fecha de 11 de junio de 1834— a Puerto Lumbreras, la primera población murciana que se vio afectada por la llamada peste azul. Un poco más tarde, cuando había sucumbido Orihuela al acoso colérico, se colocaron sendas barreras profilácticas en Molina de Segura,

²⁷ *Ibid.*, p. 18.

²⁸ Watts, Sheldon. *Epidemias y poder...*, p. 48.

Yecla y Lorquí²⁹. Sirvan estos tres ejemplos para hacernos una idea de lo que podía ocurrir en muchas de las ciudades del resto de Europa ante los episodios epidémicos de la época prebacteriológica.

El cordón sanitario servía tanto para rodear ciudades sanas, como enfermas, y para áreas de mayor o menor extensión, incluyendo la línea de costa (con el fin de evitar los desembarcos no permitidos y el contrabando). Ejemplo de esto último fue el largísimo cordón sanitario austriaco en sus confines lindantes con el Imperio Otomano, que se instauró de manera permanente en la segunda mitad del siglo XVIII. Durante todo ese siglo la gran región del este de Europa se vio salpicada por numerosos episodios de peste. La moneda común en los territorios fronterizos del levante europeo fue la instauración de cordones sanitarios temporales guardados por militares, ya fueran regulares, o mercenarios. Panzac, en su obra de referencia, nos da una imagen detallada de la protección terrestre veneciana, sobre todo de la Istria, durante ese siglo. Nos informa de su alto nivel de sofisticación y también del cordón militar y sanitario austriaco: desde sus balbucentes principios, hasta su definitiva formación a finales del siglo XVIII³⁰.

5.3 Hacia la desintegración de los lazaretos

5.3.1 La reforma cuarentenaria

La apertura de líneas de barcos de vapor que permitían cruzar el Mediterráneo en menos tiempo y transportar un mayor volumen de mercancías, la progresiva extensión del ferrocarril, con efectos similares en el transporte terrestre, y las disputas acerca de la etiología y la incubación de las principales enfermedades infecciosas, la peste, la fiebre amarilla y la

²⁹ Guerra Martínez, Ana-María. Morfología del cólera morbo en Murcia. *Asclepio*, vol. XXXVIII, 1986, p. 177-198, p. 181.

³⁰ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 62-78.

reciente aparición del cólera, fueron el telón de fondo de la reforma cuarentenaria.

En 1830 se fundó en Viena una compañía de navegación a vapor por el Danubio. En 1831 se establecieron en Marsella las primeras líneas regulares con algunos puertos italianos. La rama austriaca de la firma de vapores estadounidense Lloyd se fundó en 1833 y estaba encargada de las relaciones con el Levante a través del puerto de Trieste³¹. Inglaterra estableció en 1834 una primera línea entre Southampton y Alejandría; poco más tarde Francia instaló la suya entre Marsella y el puerto egipcio³². Durante las décadas siguientes la navegación a vapor se fue extendiendo de una manera importante y fue tomando el relevo de la navegación a vela. Pocos eran, al cabo de unos años, los puertos de Europa y América del Norte que no estuviesen comunicados por esta nueva tecnología. De hecho, las propias Europa y América se verían comunicadas por una malla de transporte cuyas características más importantes eran la velocidad y la regularidad³³.

El progreso que representaba el ahorro de tiempo resultante de la aplicación de la tecnología del vapor en la navegación se vio emborronado y ensombrecido por las cuarentenas a las que los barcos eran sometidos en el Mediterráneo. El trayecto Alejandría-Marsella, que a vela podía durar de quince a treinta días, se podía realizar con un vapor en seis u ocho; desde Inglaterra se podía alcanzar dicha destinación en quince o dieciséis. Si a esto

³¹ Ver Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 108. Sobre la compañía Lloyd ver Coons, Ronald E. *Steamships, Statesmen, and Bureaucrats: Austrian Policy towards the Steam Navigation Company of the Austrian Lloyd, 1836-1848*. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag, 1975; y Coons, Ronald E. *Steamships and Quarantines at Trieste, 1837-1848*. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. XLIV, 1989, p. 28-55.

³² Heaman, E. A. The Rise and Fall of Anticontagionism in France. *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. XII, nº 1, 1995, p. 3-25, p. 16.

³³ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 109.

le sumamos los veinte días de cuarentena impuestos en ambos países a las arribadas desde tal procedencia, los claros beneficios de ahorro de tiempo se desvanecían. Por esto, en Inglaterra se decidió en 1841 reducir dichas cuarentenas a catorce días, que debían ser contados desde el momento de la partida del buque. El cómputo debía emprenderse de nuevo si alguien moría sospechosamente durante el trayecto³⁴.

Podemos considerar esta iniciativa como un principio de reforma cuarentenaria cuyas consecuencias prácticas significaban que, en 1841, en las islas británicas la cuarentena para la peste desaparecía en el caso de que no hubiera habido muertes a bordo durante el trayecto. Austria y otros países eslavos siguieron el ejemplo británico, mientras que en Marsella se dudaba sobre el hecho de rebajar la cuarentena, pues su intendencia sanitaria estaba ocupada en su mayoría por contagionistas³⁵.

A la iniciativa de considerar como cuarentena el tiempo del trayecto le faltaba un apoyo que viniese del mundo de la ciencia, ya que esta decisión estaba basada solamente en una cuestión práctica de ahorro de tiempo. Aubert-Roche, un médico transmisionista francés, sugirió entonces una solución inspirada por la constatación empírica de que la peste no había estallado en un lazareto francés en los últimos ciento veinticuatro años sin haber aparecido antes a bordo de un barco, de lo que inducía que su periodo de incubación no pasaba nunca de los ocho días:

La reforma que apetece debe versar provisoriamente sobre la duración de las cuarentenas. De 64 hechos y de una experiencia de 124 años resulta, dice Aubert-Roche, que cuando se ha visto la peste después de la arribada, siempre se había declarado ya durante la travesía; —que los buques arribados sin novedad, aunque procedentes de un foco epidémico, nunca han tenido caso alguno en la cuarentena; —que las mercancías de los buques arribados sin novedad nunca han comunicado la peste en los

³⁴ Heaman, E. A. *The Rise and Fall...*, p 16.

³⁵ *Ibidem*.

lazaretos; —y que el período de incubación á bordo nunca ha pasado de 8 días. ¿Por qué, pues, no ha de ser admitido á libre plática, al noveno ó al décimo día de su salida, cualquier buque procedente de las escalas de Levante que no haya tenido caso alguno de peste durante la travesía?³⁶

El apoyo de Inglaterra y de Austria a estas tesis contrastaba con las reticencias que, en principio, se mostraron en Francia. Austria aplicó rápidamente la política de reducción de las cuarentenas, interesada como estaba en mejorar más aún sus relaciones comerciales con el imperio Otomano, y empezó a contarlas desde la partida del puerto. De este modo, en 1842 las procedencias de Grecia en Trieste vieron reducidas a cuarenta y ocho horas su estancia en el lazareto³⁷. Por su lado, en Francia, Aubert-Roche había enviado sus argumentos a la Academia de Medicina y Ciencias, que se entretuvo en inacabables debates entre contagionistas y anticontagionistas³⁸. Finalmente se sugirió la formación de un comité de encuesta sobre la peste, que fue encabezado por Clovis-René Prus y del cual surgió una exhaustiva memoria³⁹ sobre el problema suscitado por Aubert-Roche. En ésta se observaba que la peste no era contagiosa, que no estaba probado que se pudiera transmitir por el contacto, por las ropas, las mercancías o la inoculación, pero que era comunicable durante una epidemia a través de las exhalaciones miasmáticas expedidas por los cuerpos de los enfermos⁴⁰. En lo que se refiere a la incubación, leamos sus propias palabras:

³⁶ Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública ó arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed. Madrid: Impr. y Est. de M. Rivadeneyra, 1862, p. 256-257.

³⁷ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 110.

³⁸ Heaman, E. A. *The Rise and Fall...*, p 16.

³⁹ Prus, René-Clovis. *Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines: fait au nom d'une commission*. Paris: Chez J.-B. Baillièrre, 1846.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 199-203.

S'il est vrai qu'on ne pourrait assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, il paraît cependant démontré, d'après les faits connus, que loin des pays où la peste est endémique et en dehors des foyers épidémiques, cette maladie n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours.⁴¹

De estas constataciones extraía unas deducciones prácticas para el régimen cuarentenario francés, cuyos procedimientos de arribada a puerto describiremos a continuación⁴². Los barcos con médico sanitario a bordo procedentes de Turquía, Egipto o Siria, con patente limpia y sin manifestaciones de peste ni otra enfermedad sospechosa a bordo durante la travesía, debían cumplir una cuarentena de diez días completos a partir de la salida. Para buques con médico sanitario a bordo, procedentes de los mismos países, con patente sucia y sin ninguna manifestación de enfermedad a bordo durante el trayecto, se prescribía una cuarentena de quince días a partir de la salida. Para los navíos sin médico, con patente limpia y libres de enfermedad durante el trayecto, se dictaba una cuarentena de diez días de observación a partir de la arribada a destino. Para las embarcaciones sin médico, con patente sucia y sin la evidencia de casos de enfermedad en la travesía, la cuarentena de rigor debía ser de quince días a partir de la llegada a puerto. En último término, para aquellos barcos en los que se hubiese manifestado la peste u otra enfermedad sospechosa durante el trayecto, fuera cual fuere su patente, procedencia y disponiendo o no de médico, las providencias a adoptar eran las siguientes: el barco sería bien limpiado y purificado, quedando vacío durante un mes, durante el cual estaría prohibido subir a bordo. Los fardos y vestidos que no hubieran sido purificados en el mar, serían ventilados y sometidos a las purgaciones juzgadas convenientes. Los pasajeros y tripulación serían transportados al lazareto, donde se les sometería a una cuarentena de un mínimo de quince días y un máximo de veinte.

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² *Ibid.*, p. 225-228.

El régimen propuesto por la comisión de Prus fue adoptado después de ocho meses de deliberaciones en la Academia. Las cuarentenas de diez días fueron pronto reducidas a ocho; se enviaron, asimismo, médicos para controlar el estado sanitario de lugares sospechosos como Alejandría, Constantinopla, Smyrna, Beirut, Damasco y El Cairo. La sustitución de la ordenanza de 7 de agosto de 1822, legislación sanitario-marítima francesa muy parecida a la española, por el real decreto de 18 de abril de 1847, inauguró, según Monlau, la reforma cuarentenaria⁴³. Dos años más tarde, el gobierno francés disolvió la Intendencia Sanitaria de Marsella, “que se había ido constituyendo en una especie de poder independiente del supremo, y tal cual vez hasta rebelde a los mandatos de éste”⁴⁴, siendo confiada la policía de la sanidad marítima del distrito de Marsella a un funcionario responsable y a una junta consultiva en 1850.

5.3.2 *El sistema inglés, hacia la desaparición de las cuarentenas*

A pesar de las rigurosas y numerosas medidas cuarentenarias organizadas en Gran Bretaña con ocasión de la amenaza del cólera durante los años que precedieron a la epidemia de 1831-32 y durante las dos décadas siguientes, la enfermedad consiguió traspasar las barreras que se impusieron en las islas dejando un saldo negativo en lo que se refiere a la mortalidad y a la opinión pública respecto a la eficacia de las providencias cuarentenarias.

La pérdida de apoyo a las cuarentenas tuvo su origen en la conjunción de varios factores, entre los cuales encontramos el evidente fallo del sistema cuarentenario a la hora de evitar la importación del cólera y la incompatibilidad de dicho sistema con las doctrinas económicas del *laissez*

⁴³ Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 265.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 266.

faire y el libre comercio⁴⁵. Apoyando esta convicción anticuarentenaria se sumaban otros factores, como el creciente anticontagionismo respecto al cólera en el seno del *General Board of Health*, que lo asociaba preferentemente a las malas condiciones de salubridad. Esta tendencia estaba de algún modo relacionada con el hecho de que la mayoría de países consideraba la India como el foco desde donde se desplegaba el cólera al resto del mundo. Esto no beneficiaba en absoluto a los británicos, que controlaban dicho territorio. Asimismo, un cierto conocimiento de los patrones de diseminación del cólera, adquiridos a través de la observación empírica, les permitía de algún modo prever el alcance del peligro⁴⁶.

A finales de la década de 1850, un subcomité de cuarentenas de la *National Association for the Promotion of Social Science* presidido por el Dr. Gavin Milroy realizó una encuesta sobre el sistema cuarentenario. Se envió un cuestionario a todas las estaciones de cuarentena, a todos los oficiales sanitarios de los puertos, a los directores de tales servicios, a las compañías de navegación, a todos los cónsules ingleses y a todos los gobernadores coloniales. Se recibieron alrededor de doscientas respuestas. Estudiada la documentación, lanzaron las siguientes propuestas: (1) la base del sistema debía ser la inspección médica de los barcos a su llegada y antes de su partida; (2) la patente sanitaria otorgada a un barco antes de zarpar debía depender del estado de salud en el puerto y del estado de higiene a bordo — determinado, éste, por una inspección médica; (3) los barcos con patente de sanidad limpia debían ser aceptados inmediatamente a libre plática; (4) para los otros tipos de patente, solamente los enfermos debían ser conducidos al hospital, los sanos no debían ser detenidos, salvo aquellos que hubiesen tenido contacto con individuos afectados de viruela, que serían antes

⁴⁵ Ver Maglen, Krista. 'The First Line of Defence': British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in the Nineteenth Century. *Social History of Medicine*, vol. XV, nº 3, 2002, p. 413-428, p. 419.

⁴⁶ Hardy, Anne. Cholera, Quarantine and the English preventive System, 1850-1895. *Medical History*, vol. XXXVII, 1993, p. 250-269, p.252-254.

vacunados; (5) el agua de la cala debía ser bombeada antes de la entrada en puerto; (6) todos los oficiales médicos de cuarentena debían mantener cuidadas memorias de las operaciones⁴⁷.

En este contexto, Sir John Simon, un administrador sanitario, proponía en la década de 1860 un nuevo sistema que debía reemplazar las entonces practicadas cuarentenas y que fue conocido como “sistema inglés”. Éste se basaba en la sustitución de la información sanitaria del puerto de salida por una completa encuesta sanitaria en el momento de la arribada⁴⁸. Las sabidas operaciones de información acerca del origen del barco y el estado de salud de aquel paraje, sus escalas con las consiguientes informaciones, etc., serían sustituidas por una inspección médica de todo barco y tripulación que entrara en los puertos ingleses. Su detención debía durar el tiempo necesario para localizar y aislar a los enfermos o sospechosos y realizar las desinfecciones consideradas pertinentes. El hecho de aislar solamente a los enfermos y a los sospechosos⁴⁹ disminuía de manera importante el tiempo de entrada en el país de los individuos que llegaban con salud. Lo mismo puede decirse de las mercancías, que serían desinfectadas en el más breve tiempo posible, si se creía necesario. Por su parte, los pasajeros y miembros de la tripulación sanos serían aceptados a libre práctica después de tomar sus nombres y direcciones, prevención que serviría para poder localizarlos en el caso en que

⁴⁷ McDonald, J. C. The history of quarantine in Britain during the 19th century. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXV, nº 1, 1951, p. 22-44, p. 35-36.

⁴⁸ Hirst, L. Fabian. *The Conquest of Plague. A Study of the Evolution of Epidemiology*. Oxford: Clarendon Press, 1953, p 384.

⁴⁹ En el sistema inglés, los sospechosos son entendidos de una manera mucho más restrictiva que en el sistema cuarentenario clásico —al no tener en cuenta ni el lugar de procedencia ni su estado sanitario— solamente lo serían aquellos que mostraran los síntomas de una enfermedad infecciosa.

alguno de ellos desarrollara alguna enfermedad después del periodo de incubación⁵⁰.

El nuevo sistema promovido por Simon fue aprobado en 1871 por el *Privy Council*. Además, la *Public Health Act* de 1872 daba poderes a los *Local Government Boards* para crear *Port Sanitary Authorities* encargadas de poner en marcha el nuevo sistema. Por otro lado, durante la cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, se aprobó la posibilidad de aplicar este nuevo tipo de medidas en lugar de las cuarentenarias clásicas⁵¹. En las conferencias de Venecia (1892) y Dresden (1893), se reconoció la idoneidad del sistema inglés y se adoptó su procedimiento como base de la acción preventiva internacional⁵².

5.3.3 Joseph Holt y el saneamiento marítimo

Mientras el sistema inglés se estaba consolidando en Europa, en América del Norte se barajaban nuevos métodos alternativos a la cuarentena tradicional basada en los postulados prebacteriológicos. Durante el congreso anual de la *American Public Health Association* que se celebró en Washington en 1885, un médico de la Luisiana, el doctor Joseph Holt, propuso un nuevo procedimiento de protección sanitaria basado en los recientes descubrimientos de la incipiente bacteriología. Su conferencia, titulada *The Sanitary Protection of New Orleans*⁵³, sentaba las bases del sistema de

⁵⁰ *Ibid.*, p. 385.

⁵¹ Ver Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1991, p. 100.

⁵² Hardy, Anne. *Cholera, Quarantine...*, p. 251. Para un testimonio contemporáneo sobre la aplicación de estos principios en la Louisiana ver Holt, Joseph. *An epitomized review of the principles and practice of maritime sanitation*. New Orleans: Graham, 1892.

⁵³ Los principios que Holt defendió en este congreso se encuentran impresos en varias publicaciones, entre ellas: Holt, Joseph. *The quarantine system of Louisiana: methods of disinfection practised*. New Orleans: Graham, 1887; Holt, Joseph. *An epitomized review...*

saneamiento marítimo que haría desaparecer las cuarentenas, tal y como las hemos explicado, en el Norte de América. No entraremos en profundidad en este tema puesto que ya se sale de nuestro ámbito temporal pero explicaremos cuáles eran sus principios.

El nuevo sistema proponía un gran ahorro de tiempo al conocer, ya, el agente patógeno causante de la enfermedad. Así, en vez de sufrir toda la cuarentena de observación, los viajeros de los barcos llegados a un lazareto con enfermos a bordo solamente pasaban unas horas de internación: el tiempo necesario para desembarcar a toda la tripulación y a los pasajeros y desinfectar su ropa y efectos personales. Mientras éstos esperaban en habitaciones, vestidos con ropajes esterilizados, el barco era esterilizado con elementos químicos germicidas⁵⁴.

A partir de entonces, este sistema sería adoptado, tanto en los Estados Unidos, como en Canadá. Los nuevos avances de la ciencia médica y el importante desarrollo de la bacteriología hacían de las cuarentenas, que casi no habían cambiado en sus principios desde el siglo XIV, un instrumento obsoleto que debía ser reformado a la luz de las nuevas adquisiciones de la bacteriología.

⁵⁴ Ver Tétreault, Martin. Frederick Montizambert et la quarantaine de Grosse île, 1869-1899. *Scientia Canadensis*, vol. XIX, 1995, p. 5-28, p. 14-15.

CAPÍTULO 6º LOS USOS NO SANITARIOS DEL LAZARETO

Hasta ahora hemos descrito la institución cuarentenaria desde un punto de vista sanitario. Pero no deberíamos, tampoco, descartar los otros usos que se hicieron de este instrumento de defensa contra las epidemias. Unas veces siguiendo un plan premeditado y establecido por los propios gestores de la institución u, otras veces, al hilo de circunstancias puntuales, los lazaretos se dedicaron, también, a “otras labores”. No se puede descartar, tampoco, que la existencia de un mecanismo coercitivo tan importante como la red lazaretaria y las servidumbres a las que estaba sometida (en pos de un supuesto bien común) inflamara la imaginación de los caracteres más arteros y terminaran siendo utilizada para conseguir los más taimados propósitos, fuesen éstos de índole económica, política...¹

Empezaremos con aquellos usos que, a priori, no parecen sacados de las novelas picarescas: nos referimos al lazareto como lugar privilegiado de

¹ Aparte de los ejemplos que citaremos en este capítulo, remitimos al lector al los que nos ofrece sobre el mismo sujeto Eloy Martín Corrales en su interesantísimo *Comercio de Catalunya con el Mediterráneo musulmán [siglos XVI-XVIII]. El comercio con los “enemigos de la fe”*. Barcelona: Edicions Bellaterra, Colección Alborán, 2001, p. 159-163. En éste explica la instrumentalización de la sanidad con fines estratégicos, ya fueran de índole comercial o política, durante la primera etapa de dominación borbónica en España.

control en el que unos pocos disfrutaban de un poder total sobre el resto de individuos.

6.1 ¿Una utopía política?²

El lazareto, tal y como lo hemos descrito hasta el momento, se nos presenta como una institución a medio camino entre el hospital, entendido en la acepción médica de su cometido, y la prisión. Servía para evitar la entrada del contagio, de la epidemia; recogía a los individuos que pudiesen estar enfermos y los retenía hasta que el peligro hubiera pasado. Se trataba de un establecimiento sanitario basado en una lógica de presidio. Este encierro era un acto médico colectivo —puesto que actuaba sobre todos aquellos pasajeros, bienes y buques en tránsito aún cuando la naturaleza de su patente sanitaria les eximiese de cumplir la cuarentena³— y ejercía una dictadura, como explica Hildesheimer⁴, basada en una concepción del lazareto aplicable a todo tipo de establecimiento cuarentenario. Una de estas ideas era el miedo a la epidemia, que el lazareto se encargaría de paliar si demostraba ser efectivo, tal y como lo describía Ségur Dupeyron⁵.

Paralelamente, la lógica cuarentenaria se fundaba en el secreto sobre las operaciones que se desarrollaban en el lazareto, que era “l’auxiliaire idéal du pouvoir absolu”⁶. Un poder absoluto que necesariamente se ejercía en el

² Este título lo hemos tomado prestado de uno de los capítulos del excelente trabajo de Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la Santé de Marseille sous l’ancien régime: le renfermement de la contagion*. Marseille: Fédération historique de Provence, 1980.

³ No olvidemos que el éxito de la institución se apoyaba sobre la sospecha que se ejerce de manera continuada sobre todos y que, en ocasiones, una voluntad ejemplarizante podía hacer cumplir la cuarentena al barco menos susceptible de contagio.

⁴ Hildesheimer. Françoise. *Le Bureau de Santé de Marseille...*, p. 215.

⁵ Ver nota 10 del capítulo 5.

⁶ Hildesheimer. Françoise. *Le Bureau de la Santé de Marseille...*, p. 215.

lazareto, de esto dependía su eficacia: en evitar toda comunicación física y en compartimentar lugares aptos para individuos o mercancías, pero también en el control de la información —ya hemos visto que el rumor no ayudaba en nada al éxito de las medidas dictadas. Este secreto respondía a necesidades psicológicas —como anunciábamos en el párrafo anterior—, económicas y políticas —que explicaremos más adelante.

Finalmente, encontramos la ejemplaridad de las penas sobre los incumplidores de las normas cuarentenarias y sobre cualquier sospechoso que arribara a puerto. Esta voluntad ejemplarizante la podemos comparar con aquella que describe Foucault para las penas de los condenados durante la Edad Moderna⁷, puesto que ambas tenían los mismos fines psicológicos. Las autoridades del lazareto tenían en sus manos el poder de imponer largas cuarentenas, de quemar cargamentos, de obstaculizar las arribadas desde zonas que no se guardaban debidamente del contagio y había, en muchas de sus intervenciones, una intención ejemplarizante. El cambio de concepción en la política punitiva que acaeció en el ochocientos lo podemos aplicar también al lazareto, al menos sobre el papel, juntamente con todos los esfuerzos que se realizaron, durante los Congresos Sanitarios Internacionales, para equiparar las medidas cuarentenarias. De todos modos, la ciencia médica y el avance que se dio a mitad del siglo XIX en el conocimiento de la transmisión de las enfermedades, se adelantaron a los esfuerzos diplomáticos para establecer procedimientos parejos en todos los países.

Nos damos cuenta de que la institución cuarentenaria tenía todos los ingredientes necesarios para que los gobernantes la tomaran como elemento modelador de la sociedad. Hildesheimer⁸ realizó una analogía matizada del lazareto con el sueño político que representaría para los gobernantes la

⁷ Ver Foucault, Michel. *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. 28ª ed. Madrid: Siglo XXI, 1998.

⁸ Hildesheimer. Françoise. *Le Bureau de Santé de Marseille...*, p. 214.

ciudad apestada que describía Foucault⁹. Esta analogía merece algunos matices. La vocación internacional de la institución hacía que la mayor parte de los *clientes* del lazareto fueran forasteros. Las cuarentenas servían para la defensa de los países que las llevaban a cabo. De este modo, poca podía ser la fuerza coercitiva que ejercieran los lazaretos. En cuanto a los cordones sanitarios, éstos quizás sí podían ejercer una mayor influencia en los habitantes de un país.

Nuestra tesis es que el lazareto, si bien fue una institución claramente insertada en el entramado administrativo de las ciudades y de los Estados, tenía un carácter estrictamente sanitario. Es cierto que, en muchas ocasiones, sirvió a fines —sobre todo políticos y económicos— que nada tenían que ver con este principio, pero creemos que estos usos se definieron *a posteriori*, cuando la ocasión lo permitió, y nunca formaron parte de un plan preestablecido. En este capítulo veremos la materialización de estos fines no sanitarios del lazareto.

6.2 Lazaretos, política y relaciones internacionales

La institución cuarentenaria, aprovechando coyunturas favorables, sirvió a sus responsables para influir en su relación con otros países. En un estadio inicial, antes de la generalización de los lazaretos y las providencias preventivas, era normal que los puertos que disponían de lazaretos obligaran a los buques provenientes de las zonas desprovistas de defensas anti-epidémicas a cumplir las cuarentenas más largas que preveían sus códigos. Esto ocasionó que grandes conjuntos territoriales fueran vistos eternamente como sospechosos. No obstante, puede resultarnos sorprendente que, a medida que en los países occidentales el uso de tales dispositivos se fue generalizando, continuaran las querellas sanitarias entre países. Una

⁹ Foucault, Michel. *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. 28ª ed. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1998, p. 200-202.

explicación plausible es la falta de concordancia entre los diferentes reglamentos sanitarios que, al confeccionarse en solitario por cada uno de los países o ciudades, daban lugar a un crisol de estatutos marcadamente heterogéneos¹⁰. Algunos destacaban por ser demasiado rígidos y puntillosos y, otros, por todo lo contrario. Entre los dos extremos, había un amplio laberinto de normativas a veces contrapuestas y a veces indiscernibles. Ya hemos visto que hasta mediados del siglo XIX no se realizó un esfuerzo por ninguna de las partes para unificar las bases y el procedimiento de las cuarentenas.

Al profundizar en este aspecto nos encontramos con que este guirigay reglamentario daba pie, cuando la ocasión lo permitía, a acciones que podemos tildar de tramposas. Se trataba de estrategias cuyo último fin no era estrictamente sanitario, sino más bien encaminado a la obtención de ventajas político-estratégicas, unas veces, y, otras, a la consecución de beneficios económicos —aspecto, este último, que desarrollaremos en el siguiente apartado.

6.2.1 Fiebre amarilla de Barcelona, 1821

Un ejemplo importante lo constituyen los hechos ocurridos durante la epidemia de fiebre amarilla que asoló Barcelona durante la segunda mitad de 1821. La enfermedad apareció en la ciudad durante los primeros días de agosto de ese año y, después de un mes de informaciones contradictorias en que se afirmaba y se negaba su existencia, a principios de septiembre todos los barrios de la ciudad se vieron atacados. A diecisiete de ese mes la Junta Superior de Sanidad de Cataluña publicaba un bando por el cual imponía un

¹⁰ Cipolla, por poner un ejemplo, pone de relieve la oposición, hablando en términos de defensa sanitaria, de la cultura italiana —puntillosa y temerosa de la peste— y de la inglesa—en la que predomina el espíritu comercial sobre la preocupación sanitaria— en Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio. La "Sanità" toscana e le tribolazioni degli inglesi a Livorno nel XVII secolo*. Bologna: Il Mulino, 1992. En especial las páginas 41-83.

cordón sanitario a Barcelona¹¹, medida, ésta, que no consiguió frenar su avance hacia otros puntos de Cataluña. Mientras, Francia intensificó el control de todas las procedencias de España, tanto por mar como por tierra, dispuso estrictas cuarentenas para los navíos y un cordón sanitario a lo largo de los Pirineos¹².

Como ya hemos visto, una manera eficiente de conseguir información sanitaria de primera mano era enviar comisiones sanitarias a los lugares pretendidamente infestados por epidemias. De este modo se obtenía información segura y completa de la naturaleza del mal y se podían dictar, en consecuencia, las providencias preventivas que se estimasen más oportunas. Desde el momento en que se tuvo conocimiento de la existencia de la epidemia en Barcelona, el Ministerio del Interior francés encargó a la *Académie Royale de Médecine* la creación de una comisión formada por algunos de sus miembros más cualificados, los doctores: Étienne Pariset, J.-A. Rochoux, André Mazet, Victor Bally y Victor-Joseph François. No nos detendremos en la descripción de las tareas acometidas por este grupo de médicos¹³, aunque sí resulta interesante atender a sus dictámenes y la atención social que se les prestó. Para ellos, la enfermedad era la fiebre

¹¹ Bando incluido en Henry, Dominique. *Rélation historique des malheurs de la Catalogne, ou Mémoires de ce qui s'est passé à Barcelone en 1821, pendant que la fièvre jaune y a exercé ses ravages; suivis de Pièces Officielles communiquées par MM. les Préfets, les Consuls, les Intendants et les Médecins de la Catalogne*. Paris: Audot, 1822, p. 236-246.

¹² Hoffman, Léon-François. *La peste à Barcelone*. Paris: Presses Universitaires de France, 1964, p. 12-13.

¹³ El trabajo de esta comisión está relatado en numerosas obras, es digna de mención la de Hoffman, Léon-François. *La peste à Barcelone...*; cabe citar también las crónicas contemporáneas, tanto aquellas de los miembros de la comisión Bailly, Victor; François, Victor-Joseph et Pariset, Étienne. *Histoire médicale de la fièvre jaune, observée en Espagne, particulièrement en Catalogne, dans l'année 1821, par...* Paris: L. Colas, 1823; como otras producidas también en Francia: Henry, Dominique. *Relation historique des malheurs de la Catalogne...*

amarilla y su naturaleza era contagiosa. Resulta también interesante la gran atención prestada desde Francia al desarrollo de la epidemia. Los periódicos rebosaban de noticias sobre el asunto y publicaban las cartas de los médicos de la comisión¹⁴.

La epidemia había terminado para los barceloneses hacia finales de noviembre. Se celebró, entonces, el correspondiente *Te Deum* de acción de gracias el día veinticuatro de ese mes. El once de enero se dio por erradicada la epidemia desde Madrid, que se había mantenido más cautelosa por el peligro de importación del mal. Francia, por su parte, al conocer la noticia oficial del fin de la plaga, no solamente no retiró las tropas que formaban el cordón sanitario que había impuesto a España, sino que lo reforzó con más soldados¹⁵. La razón de esta operación estaba a todas luces relacionada con las tensiones políticas que había entre ambos países.

Como bien sabemos, en aquella época se enfrentaban en España dos facciones políticas, los absolutistas y los liberales¹⁶. Con posturas irreconciliables, el triunfo de uno de los bandos significaba la desaparición del otro y su entrada en la clandestinidad. El pronunciamiento de Riego y la consiguiente proclamación de la Constitución hicieron que en 1820 los liberales entraran a ocupar el poder. Fernando VII fue obligado a jurar dicha Constitución y se reemprendieron las reformas empezadas durante la

¹⁴ Fue además un momento de gran publicación de libros y panfletos sobre dicha enfermedad en el país vecino. Ver Peset, Mariano y Peset, José Luis. *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid: Seminarios y Ediciones S.A., 1972, p. 141.

¹⁵ *Ibid.*, p. 145.

¹⁶ Éstos estaban divididos a su vez en dos partidos, los moderados y los exaltados, los primeros confiaban en la participación de la Corona en el proceso reformista, los segundos intentaban reducir al máximo las atribuciones de ésta. No entraremos en más detalles puesto que nos distraería de nuestro cometido.

precedente etapa liberal¹⁷. El nuevo régimen, instaurado de forma bastante pacífica¹⁸, tenía como enemigos a los mismos que ya conocía del golpe de estado de 1814, a su cabeza: el rey y los absolutistas, además de los guerrilleros que, emboscados, proclamaban el absolutismo. Las pugnas entre exaltados y moderados, espoleadas por las maniobras de los absolutistas, representaban también una traba para la estabilidad del gobierno.

En Francia, derrocado Napoleón por dos veces, reinaba Louis XVIII. Tras el fracaso del falso régimen constitucional y democrático que permitió de nuevo la entrada en Francia de Bonaparte, el Borbón francés vio restaurado su trono. Con el nombramiento de ministros moderados pretendió aplicar una política más laxa pero, enfermo, fue dejando poco a poco el poder a su hermano (heredero al trono y futuro Charles X) y a los ultra-realistas. Así, a finales de 1821, se formó un gobierno dirigido por el conde de Villèle, jefe del grupo ultra-realista.

Al mismo tiempo, la Santa Alianza desaprobaba los “desmanes” liberales que se sucedían en España. De hecho, ya había aplacado las revueltas de Nápoles, el Piamonte y Portugal y ahora le tocaba el turno a una España, epicentro de hechos revolucionarios, a la que acudían exiliados un gran número de carbonarios italianos y de franceses huidos de las purgas de la restauración.

El nuevo orden liberal no era visto en Europa con buenos ojos y la epidemia de fiebre amarilla fue la excusa perfecta para actuar en España. Leamos la explicación que de esta situación hizo el mariscal Marmont en sus memorias:

¹⁷ Artola, Miguel. La burguesía revolucionaria (1808-1874). In Miguel Artola (Dir.). *Historia de España Alfaguara. Vol. V.* Madrid: Alianza Universidad, 1976, p. 46-49.

¹⁸ Casi sin derramamiento de sangre y con benevolentes represalias para los artífices destacados del golpe de 1814.

Cet événement, qui était funeste pour l'Espagne, n'était pas moins fâcheux pour nous. Un foyer de révolution, si près d'un pays rempli, comme le nôtre, de grands éléments de troubles, était quelque chose de menaçant. On fit un rassemblement de troupes sur la frontière, et l'on établit un cordon sous le prétexte d'une maladie contagieuse qui venait de se déclarer en Espagne. Les dangers que présentait la nouvelle situation de la Péninsule furent complétés par une révolution du même genre opérée en Portugal.¹⁹

Por su parte, Chateaubriand hacía una lectura diferente, pero que nos conduce al mismo punto:

La fièvre jaune survient: la France envoie des médecins et des soeurs hospitalières à Barcelone; elle établit un cordon sanitaire; mesure nécessaire, prétexte d'une accusation absurde. Qu'avait besoin la France de mentir? Elle défendait d'un fléau ses populations en exposant ses soldats à la double contagion de la peste américaine et de la révolution espagnole.²⁰

Pasada la epidemia, el peligro revolucionario continuaba. Ya hemos dicho que se mantuvo el cordón sanitario. En España reinaba la desesperación. El primer médico del lazareto de Nazareth, en Barcelona, protestaba efusivamente contra las abusivas medidas adoptadas. Medidas, por lo demás, que continuaban vigentes en verano de 1822, cuando ya hacía meses que la epidemia había remitido y las miras políticas de la intervención francesa eran más que evidentes. De este modo arremetía en un artículo en el *Periódico de la Sociedad de Salud Pública de Cataluña* contra la comisión francesa y el resultado de su dictamen:

Saben que la comision no ha hablado con la lengua de la verdad, y que el objeto de su mision en Barcelona ha sido prevenido y muy meditado. (...) La idea que se habia formado de aquella comision diariamente se vé confirmada

¹⁹ Marmont, Auguste-Frédéric-Louis Wiese de. *Mémoires du maréchal Marmont duc de Raguse: de 1792 à 1841. vol. VII.* 3e éd. Paris: Perrotin, 1857, p. 291

²⁰ Chateaubriand, François René de. *Oeuvres complètes de Chateaubriand. vol. 12.* Paris: Garnier, 1861, p. 26-27.

por los resultados que la Cataluña está presenciando. Las cuarentenas y abusivas secuestraciones á que han sido obligados todos los pasajeros que han entrado en Francia durante este invierno y primavera, época en que no podía ecsistir epidemia alguna de calentura amarilla, prueban las mira políticas que el Gavinete de Francia ha tenido para prestar el acordonamiento de tropas en el Rosellon, y se ve claramente que los médicos franceses han sido el instrumento de que aquel se ha valido para inculcar á la Europa la perniciosa idea de un contagio que no ecsiste, y poder paralizar mejor las operaciones de los españoles".²¹

Villèle entendía que la situación era insostenible y que se debían explicar claramente las causas del cordón. Así lo explicaba en una carta enviada a mediados de septiembre de 1822 al conde de Montmorency:

...les mesures sanitaires cesseront à dater du 1er octobre; mais que vu de l'état politique de ce pays, les mesures sanitaires nécessaires à la sûreté de nos frontières seront maintenues.²²

Otro ministro de Louis XVIII, el conde Ferrand, explicaba la situación de manera clara y concisa. Las medidas impuestas a España podían considerarse al mismo tiempo medidas sanitarias y políticas. Acabado el contagio, a principios de 1822, "la contagion politique devenait, au contraire, plus inquietante"²³: De este modo, para no manchar la dignidad de la corona, se debía cambiar el nombre de "cordón sanitario" por el de "cordón de observación". Mientras esto sucedía, se preparaba para el mes de octubre de 1822 un congreso en Verona en el que se discutiría, entre otros temas, una

²¹ Capmany, Salvador. Reflexiones acerca del origen y propagacion de la calentura amarilla que apareció à primeros de agosto de 1821 en el puerto de Barcelona, por ..., consultor honorario de los ejércitos nacionales, primer médico de los lazaretos, &c. *Periódico de la Sociedad de Salud Pública de Cataluña*, vol. 2, 1822, p. 340-367, p. 345.

²² Citado en Hoffman, Léon-François. *La peste à Barcelone...*, p. 34.

²³ Ferrand, Antoine-François-Claude. *Mémoires du Comte Ferrand, ministre d'Etat sous Louis XVIII*. Paris: A. Picard et fils, 1897, p. 255.

posible guerra con España²⁴. Mientras, se prestaba ayuda a los guerrilleros absolutistas españoles que, apresados cruzando la frontera, eran puestos en cuarentena y, una vez cumplida, eran equipados y soltados para que continuaran la lucha contra el gobierno liberal²⁵. Leamos la crónica que sobre este particular escribió Vaulabelle:

Les grands propriétaires, les prélats, les supérieurs de couvents, les prêtres, les moines et les fonctionnaires de toutes les ordres, réfugiés en France depuis les événements de l'Île de Léon, étaient en fort grand nombre. La plupart se rapprochèrent immédiatement des Pyrénées, et, groupés sur trois points principaux, à Bayonne, à Toulouse et à Perpignan, ils se mirent en rapport avec les mécontents demeurés en Espagne. [...] ceux-ci établirent leur premier foyer insurrectionnel à l'autre extrémité de la chaîne, sur la frontière de Navarre, et, dans les derniers jours de 1821, une junte apostolique, formée à Bayonne, organisait et armait dans les deux vallées espagnoles de Roncal et de Bastan, un corps de 12 à 15,000 hommes composé d'émigrés de tous les rangs, moines, soldats déserteurs, étudiants, cultivateurs ou contrebandiers. Cette troupe, placée sous le commandement de deux anciens chefs de la guerre de l'Indépendance, les partisans Santos-Ladron et don Juan Villanueva, dit *Juanito*, fut le noyau de l'*armée de la foi*; attaqués par le général constitutionnel Lopez Baños et dispersés en trois rencontres différents, à quelques pas de nos postes et à la vue de nos soldats, les hommes qui la composaient se réfugièrent sur notre territoire et vinrent immédiatement se reformer à l'abri de nos régiments.

L'audace de ces efforts, concertés et organisés publiquement sous les yeux des autorités françaises, témoignaient chez celles-ci d'une sorte de complicité qu'elles n'avaient pas encore montrée, et qui tenait au changement survenu dans le gouvernement.²⁶

²⁴ *Ibid.*, p. 256.

²⁵ Hoffman, Léon-François. *La peste à Barcelone...*, p. 39.

²⁶ Vaulabelle, Achille de. *Histoire des deux Restaurations jusqu'à l'avènement de Louis-Philippe (de janvier 1813 à octobre 1830). Tome sixième*. 5e éd. Paris: Perrotin, 1860, p. 199-200.

El final de esta historia es, de sobras, conocido:

Les divers cours de l'Europe ne pouvaient rester indifférentes à des événements aussi graves. De là la réunion à Vérone des souverains et des chefs de leurs cabinets. On y résolut de porter assistance au roi Ferdinand, et la France, admise dans l'union de la sainte-alliance, fut chargée d'agir en son nom.²⁷

De este modo, en Verona, el traidor Fernando VII encontró el apoyo que necesitaba: Rusia, Prusia, Austria y Francia acordaron un tratado secreto que restituiría el absolutismo en España. Francia debía actuar como ejecutor, financiado por los otros. El 28 de febrero de 1823, Louis XVIII anunció a las Cortes de Francia la invasión. Los Cien Mil Hijos de San Luís entraron el abril siguiente en la península donde, ayudados por un importante número de voluntarios realistas, restablecieron los plenos poderes del Borbón sin grandes dificultades.

6.2.2 Cuarentenas e imperialismo

La experiencia de siglos de observación de las epidemias había hecho llegar a las naciones occidentales a la conclusión de que la peste, y después el cólera, llegaban a Europa a través de la India, Turquía y Egipto. Ya hemos visto cómo la costa del levante mediterráneo estuvo bajo sospecha desde el principio de la andadura de la institución cuarentenaria. Esta sospecha estaba motivada por una doble causa: por la constatación de que este territorio era uno de los focos permanentes de la peste y por la histórica inexistencia en este lugar de protección contra las epidemias. También hemos observado cómo numerosas voces se manifestaban, a partir del siglo XIX, a favor de una unificación internacional de las medidas cuarentenarias. Y ya sabemos cómo las potencias marítimas europeas intentaron crear una red de establecimientos sanitarios en el norte de África y en el Imperio Otomano. La

²⁷ Marmont, Auguste-Frédéric-Louis Wiese de. *Mémoires du maréchal Marmont ...*, p. 291.

idea no era otra que la de ampliar la barrera defensiva que representaba la costa norte del Mediterráneo y conseguir una zona segura por medio de la instalación de consejos sanitarios en varios de los puertos importantes de esta zona, a saber: Alejandría, Constantinopla, Tánger y Teherán.

En este contexto, las operaciones de las potencias extranjeras, aparte de velar por el control sanitario, se encaminaron hacia otras tareas más relacionadas con sus intereses políticos y con la idea de penetrar en los países del norte de África y del Oriente Próximo. Todo ello hay que entenderlo y situarlo en íntima conexión con la expansión colonial que se desarrolló a lo largo de todo el siglo XIX y, sobre todo, a partir de la segunda mitad²⁸. El hecho era aún más evidente si tenemos en cuenta las dificultades que las potencias europeas tenían a la hora de ponerse de acuerdo para llevar a cabo una reorganización internacional de las medidas cuarentenarias, basadas sobre los mismos principios y aplicando normativas parejas. Otro dato importante es que la desaparición de todos estos consejos sanitarios coincide con el principio de la Primera Guerra Mundial, punto de inflexión importantísimo en los movimientos imperialistas europeos. Desaparecerán entonces, y no antes, cuando, formados los consejos, construidos los lazaretos, adiestrados los funcionarios y convencida la opinión pública, cada país hubiera podido continuar en solitario sus políticas profilácticas.

Estos consejos estaban constituidos por delegados de las diferentes potencias europeas y representantes del país en el que éstos se instauraban. La competencia entre los distintos delegados reinaba en el seno de cada uno de ellos y reflejaba de manera bastante transparente las tensiones territoriales de los países en juego.

En Egipto, por ejemplo, Francia y Gran Bretaña rivalizaban por el control de un país que, para recuperar su estadio de puente entre oriente y

²⁸ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1991, p. 46.

occidente después de la expulsión de las tropas napoleónicas, tenía que abrirse a estos últimos. Esta apertura se realizó bajo los mandatos de Mohammed Alí y de su hijo Said. No es, pues, extraño que se accediese a la creación de una institución sanitaria controlada por las potencias occidentales a las que otorgaron amplios poderes. El Consejo Sanitario de Alejandría, por ejemplo, ejercía su poder sobre todo el tráfico marítimo y terrestre que pasaba por Egipto. De este modo, endeudado el país por la obras del canal de Suez, el sucesor de Said, Ismail, ordenó en 1876 la suspensión del pago de la deuda. Esto provocó la intervención de Francia y Gran Bretaña, que defenestraron al gobernante y lo sustituyeron por su hijo Tawfiq. La consiguiente revuelta nacionalista de los coroneles en 1881 propició que las tropas inglesas conquistaran el país, cosa que no resultó muy difícil teniendo el control portuario de todo el territorio egipcio. Los ingleses mantuvieron el dominio de Egipto sin un título jurídico definido hasta 1914.

A partir de este momento los ingleses gobernaron en el Consejo Sanitario de Alejandría²⁹ —que en principio seguía siendo una institución de carácter internacional— a su antojo. Tenían controlados a los miembros egipcios de la comisión que la regía, de este modo la dominaban. Analizando esta situación, el representante austrohúngaro, el Dr. Klodzianowski, admitía que dicho Consejo no era un cuerpo internacional, sino una institución Anglo-Egipcia bajo un manto internacional³⁰. Por su parte, el médico y comisionado ruso N.V Eck apuntaba en 1885:

The Quarantine Board now existing in Alexandria is a place of constant bickering, in which not the least role is played by national bias and political interest. The British control the nine Egyptian votes and, besides, of the remaining 13 members from the European consulates many, particularly the representatives of small states, can by no means ignore the influence of a

²⁹ Que funcionó entre 1843 y 1938. En este caso la fecha de clausura difiere de las de los otros consejos sanitarios a causa del control que suponía del canal de Suez.

³⁰ Citado por Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 49.

power with a dominant say in Egyptian affairs; hence, this powers ability to guide the Board's decisions to favour its interests.³¹

El gobierno de los otros Consejos Sanitarios Internacionales tampoco se encontraba exento de intrigas. Todas ellas se relacionaban con el control de las zonas en que estos Consejos se encontraban. En el de Constantinopla, por ejemplo, los alemanes y los austrohúngaros tramaban contra los británicos debido a un intento de los primeros por establecer un control político sobre las zonas del Imperio Otomano y para perjudicar las posiciones británicas del golfo Pérsico.

6.3 Una institución al servicio de la economía

6.3.1 El lazareto como garante del comercio

El sistema cuarentenario nació y fue configurándose como respuesta a la amenaza de las epidemias de peste en el momento en que se llegó a la constatación empírica de que ésta aparecía después de la llegada a la ciudad de barcos o de viajeros desde zonas afectadas. Esta amenaza podía evitarse de una forma segura con la total interrupción de las comunicaciones que, como ya hemos visto, fue la forma utilizada por las ciudades y países hasta que se consolidó la utilización del lazareto.

La invención de la cuarentena en un lugar como Ragusa no es casual. Su situación explica de manera importante las actividades productivas a las que se dedicaba. Rodeada por un área montañosa, la agricultura era muy escasa y pobre. Siendo un puerto natural al amparo de los vientos y situada casi a la entrada del mar Adriático, su vocación fue básicamente comercial. Se trataba de una ciudad con un intenso tráfico marítimo que hacía de nexo entre el Oriente Próximo y una red de puntos comerciales de la Europa

³¹ *Ibidem.*

Central y del Norte, así como con otros países del Mediterráneo occidental. Como ejemplo podemos decir que, a mediados del siglo XIV, Ragusa exportaba a Venecia, Ancona, Sicilia, Siria, Alejandría y Cataluña toda la plata y el plomo que extraía en Bosnia. A causa de su dependencia del comercio es muy comprensible que los ciudadanos de la república estuvieran especialmente interesados en ofrecer garantías a los mercaderes³². En este contexto, el puerto de Ragusa dictó las primeras providencias cuarentenarias en 1377. La creación de un espacio libre de peste debía necesariamente proteger su modo de subsistencia y la cuarentena era el único modo que podía a la vez repeler la peste y asegurar la continuación del tráfico de personas y mercancías. Estas ideas y la construcción del que posiblemente fue el primer lazareto de cuarentena, que se erigió en 1397 en la isla de Mljet, destacan el papel de Ragusa en esta historia³³. En la misma línea, tampoco es raro que la siguiente ciudad en interesarse por la cuarentena fuera Venecia, uno de los enclaves comerciales más importantes del Mediterráneo medieval. Venecia fundó sobre el hospital de aislamiento de apestados su primer lazareto de cuarentena en 1423.

Poco a poco otras ciudades del Mediterráneo siguieron el ejemplo de estos dos puertos del Adriático, pero esto no sucedió hasta finales del siglo XV y principios del XVI; aún debían cumplirse unas cuantas condiciones:

³² Ver Frati, Paola. Quarantine, Trade and Health Policies in Ragusa-Dubrovnik until the age of Geoge Armenius-Baglivi. *Medicina nei Secoli, Arte e Scienza*, vol. XII, nº 1, 2000, p. 103-127, p. 108-110.

³³ Se pueden obtener más datos sobre el principio de las cuarentenas y los lazaretos en: Grmek, Mirko D. Les débuts de la quarantaine maritime. In Christian Buchet (Dir.). *L'homme, la santé et la mer. Actes du Colloque International tenu à l'Institut Catholique de Paris les 5 et 6 décembre 1995*. Paris: Honoré Champion Éditeur, 1997, p. 39-59; del mismo autor: Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Age, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik (1377). In RAD. *Radovi sa međunarodnog simpozija u povodu šestote obljetnice dubrovačke karantene*. Zagreb: Jugoslavenska Akademija Zantosti i Umjetnosti, 1980, p. 9-54.

En primer lugar, era necesario que las autoridades sanitarias aceptasen la idea de contagio. Ya sabemos que en esa época la ciencia médica negaba la transmisión individual de la peste. Esta adopción se realizó de manera empírica y a menudo a espaldas de las teorías etiológicas predominantes³⁴. De todos modos, no es extraño que fuera a partir del siglo XVI cuando empezó la generalización de la cuarentena, puesto que fue entonces cuando aparecieron los escritos de Fracastoro³⁵ relativos al contagio. Aunque contaron con pocos seguidores entre los académicos de su tiempo, parece ser que sus estudios sí ayudaron a los administradores sanitarios a adoptar la cuarentena como método profiláctico.

En segundo lugar, se aplicaba aquí la misma lógica comercial que hemos explicado para Ragusa y Venecia. El avance que suponía no parar el comercio durante las epidemias debía ser necesariamente un acicate para adoptar la cuarentena. Al mismo tiempo, los puertos que se iban dotando de ella desconfiaban de aquellos que aún no lo habían hecho. De este modo, todo puerto que quisiera comerciar con otro en situación de igualdad debía adoptar el sistema si no quería que los barcos que partían de él sufrieran cuarentenas más rigurosas que aquellos que provenían de puertos dotados de infraestructura sanitaria. Entraba en juego la reputación de los puertos que, como hemos visto en capítulos anteriores, era un elemento fundamental de la institución cuarentenaria.

La política profiláctica de Barcelona es un buen ejemplo de estos hechos. Durante la primera mitad del quinientos, el comercio exterior de la capital del Principado, ante la creciente competencia de genoveses y franceses, sufrió una etapa de recesión que se agravó durante la segunda

³⁴ Ver Grmek, Mirko D. *Les débuts de la quarantaine...*, p. 56; ver también Fabre, Gérard. *Epidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998, p. 115-116.

³⁵ Fracastoro, Girolamo. *De sympathia et antipathia rerum liber unus. De contagione et contagiosis morbis, et eorum curatione libri III*. Venetia: Lucantonio Giunta, 1546.

mitad de ese siglo. Como sabemos, los asuntos de lucha antiepidémica en Barcelona estaban dirigidos por una comisión conocida como la Junta del Morbo. Esta junta, que tomaba diferentes denominaciones según el número de *consellers* que la integrasen (*vuitena*, *dotzena*, *setzena*), se consolidó como comisión permanente³⁶ a mediados del siglo XVI. A partir de esas fechas, Barcelona empezó una política de estricto cumplimiento de las normas sanitarias que en principio restaba agilidad al tránsito de mercancías pero que, cómo bien indica Betrán Moya³⁷:

...aunque pudiera parecer una paradoja, esta inmovilización se yuxtaponía a la noción de circulación. Estas operaciones terminaban por convertirse en un auxilio precioso de ese mismo comercio en la medida que la estricta aplicación de la reglamentación constituía uno de los elementos que favorecían su reputación internacional y permitían, consecuentemente, el mismo.

La cuestión de la reputación era importante en un momento en que la información sanitaria de los otros lugares y las patentes sanitarias empezaban a ser una herramienta de uso común a lo largo del Mediterráneo. En el siglo siguiente, Narcís Feliu de la Penya en su *Fénix de Catalunya*³⁸ —obra que, como su título indica, daba las claves con las que, según el autor, Barcelona recuperaría sus antiguas grandezas— insistía en la necesidad de favorecer el desarrollo comercial por medio de la creación de un puerto franco

³⁶ José Luís Betrán Moya nos explica la consolidación esta comisión en *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Editorial Milenio, 1996, p. 211-253.

³⁷ Betrán Moya, José Luís. La protección sanitaria de Barcelona como protección del comercio a larga distancia. In Joan Roca i Albert (Coord.). *La formació del cinturó industrial de Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal d'Història de Barcelona, Proa, 1997, p. 47-59, p. 54.

³⁸ Feliu de la Penya, Narcís. *Fénix de Catalunya. Compendio de sus antiguas grandezas, y medio para renovarlas*. Barcelona: Imp. de Rafael Figuerò, 1683.

y de la creación de un lazareto. Así reza el título del capítulo XV de dicha obra:

De quanta conveniencia fuera erigir dos casas, una por puerto franco, y otra por lazareto, ò de mercadurias sospechosas del mal contagioso, y unyr los derechos para los que se de solo un manifiesto.³⁹

Nos damos cuenta, pues, de que los sistemas sanitarios no estaban de ninguna manera desvinculados del resto de funciones urbanas sino que, en mayor o menor medida, podían servir como apoyo a algunas de ellas, como la comercial. Más aún, en algunos casos puntuales, tal como muestra Pierre Vilar⁴⁰, los sistemas sanitarios habrían servido para proteger los productos locales frente a los competidores extranjeros.

Quizás el ejemplo paradigmático del lazareto como estructura al servicio del comercio sea el de la ciudad de Liorna. Ésta había sido un pueblecito de pescadores en la Edad Media que fue comprado por los florentinos a los genoveses en 1421. Esta adquisición, explica Cipolla⁴¹, reflejaba la antigua aspiración de Florencia de abrirse un paso hacia el mar. Ya lo había intentado quince años antes con la conquista de Pisa, pero sin muchos resultados, puesto que Porto Pisano se estaba enarenando irremisiblemente y las continuas operaciones de dragado no pudieron hacer nada para evitar que dicho puerto quedara totalmente impracticable hacia 1540.

Liorna se convirtió, pues, en la única desembocadura de Florencia al mar. Esto hizo que la ciudad, convertida en una especie de puerto franco,

³⁹ *Ibid.*, p. 109.

⁴⁰ Vilar, Pierre. Le monde urbain dans la Catalogne des temps modernes. In *1er Congrès d'Història Moderna de Catalunya*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 1984, vol. 1, p. 421-434, p. 429.

⁴¹ Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio...*, p. 25.

creciese a gran velocidad a partir del desgraciado suceso en el puerto de Pisa, y con esto iba creciendo, también, su tráfico marítimo. A modo de ejemplo, si en el periodo comprendido entre julio de 1573 y junio de 1574, arribaron a puerto 357 naves, solamente cuatro años más tarde, en el periodo que va de julio de 1577 a junio de 1578, el total de barcos que llegaron a Liorna fue de 512. Si tomamos el mismo periodo, entre 1592 y 1593, el número de barcos que pasaron por el puerto liornés fue de 2.266⁴². Y eso no era más que el comienzo porque, muerto Cosme de Médicis, su primogénito Francesco continuó la obra de potenciación de este puerto emprendida por su padre⁴³. Vista la importancia que iba tomando la ciudad como punto comercial, el gran duque Francesco hizo construir un primer lazareto, en 1581, porque las naves llegadas a Liorna necesitaban hacer la purga en tiempos de sospecha de peste. Según las autoridades florentinas, esto supuso un beneficio para los comerciantes y para el mismo puerto⁴⁴. La ciudad se iba convirtiendo cada vez más en una escala comercial importante y, al mismo tiempo, segura. En la década de 1590, al quedar pequeño el primer lazareto, se construyó otro llamado de San Rocco, defensor contra la peste. En 1643, por falta de previsión, se decidió construir un tercer lazareto en la ciudad, esta vez dedicado a San Jacopo. Un siglo más tarde, y esta vez puesto bajo la advocación de San Leopoldo, se construyó otro lazareto.

La misma lógica comercial seguía el *rastel* del cordón sanitario austriaco. Como hemos explicado, el temor de importación de la peste al Imperio Austro-Húngaro desde el vecino Imperio Otomano, obligó a las

⁴² Braudel, Fernand et Romano, Ruggiero. *Navires et Marchandises à l'Entrée du Port de Livourne (1547-1611)*. Paris: Armand Colin, 1951, p. 109.

⁴³ Ver Ciano, Cesare. *La sanità marittima nell'età medicea*. Pisa: Pacini Editore, 1976, p. 21-35.

⁴⁴ La orden de construcción del lazareto se encuentra en una carta enviada por las autoridades florentinas al capitán del puerto de Liorna. Citada por Ciano, Cesare. *La sanità marittima...*, p. 26.

autoridades austriacas a emplazar un cordón sanitario, a partir de mediados del setecientos, a lo largo de toda la frontera común. Como explica Panzac⁴⁵, esta frontera de la peste era altamente perniciosa para el importante comercio local a lo largo de todo el linde austro-turco, cosa que comportaba continuadas quejas de la población que de él dependía. Esto hizo que se retomara una idea veneciana: la creación de mercados semanales en los que los sujetos turcos y austriacos pudieran intercambiar solamente aquellos géneros no susceptibles de contagio (sal, trigo y ganado). Las operaciones eran supervisadas por los soldados del cordón. Ésta es la descripción que el viajero inglés Robert Walsh hizo de estos *rastelle*:

Un grand bâtiment est élevé sur la ligne de la frontière. Une partie de ce bâtiment est en Autriche, et l'autre sur le territoire appartenant à la Turquie. L'intérieur est séparé par une grande table, d'un côté sont les vendeurs, de l'autre les acheteurs. Le bétail est rassemblé en groupes dans une prairie fermée par une claire-voie. Les acheteurs font leur choix, et, quand le prix est convenu, l'argent est compté sur la table. Celui qui provient des paysans valaques est trempé dans du vinaigre placé sur la table à cet effet. Le bétail acheté est ensuite conduit dans un étang qu'il traverse, et après ce lavage, il est emmené par les acheteurs. Au moyen de ces précautions, cinq à six cents paysans se rencontrent deux fois la semaine dans un marché ouvert, dans un pays où la peste exerce ses ravages, et font un échange de leurs denrées, sans contact, ni danger de la contagion.⁴⁶

El éxito del primer *rastel* erigido en 1768 hizo que se extendiera su uso al conjunto de los confines del Imperio Austro-Húngaro para permitir el comercio fronterizo.

⁴⁵ Ver Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècles*. Aix-en-Provence: Édisud, 1986, p. 72.

⁴⁶ Walsh, Robert. *Voyage en Turquie et à Constantinople. Traduit de l'anglais par H. Vilmain et E. Rives, attachés au ministère des affaires étrangères*. Paris, Moutardier, 1828, p. 233-234.

Existen muchos más casos, pero estos ejemplos ya ilustran ampliamente el objetivo que nos habíamos propuesto: ver cómo la imposición de medidas de cuarentena, que se dictaban generalmente a partir de la instauración de instituciones y establecimientos permanentes de sanidad en las ciudades, se insertaban, como nos recuerda Betrán Moya, “dentro de una red compleja de dependencias administrativas que los ligaban a los gobiernos locales y por tanto a los intereses socioeconómicos que aquéllos sustentaban”⁴⁷. Ragusa, Venecia, Barcelona, Liorna o los *rastelle* del cordón austro-turco son buenos ejemplos de la utilización de la cuarentena como herramienta para crear la sensación de escala segura que serviría como ariete de su pujanza comercial.

6.3.2 El lazareto y la regulación comercial

En la introducción del capítulo hablábamos de medidas que parecían sacadas de las novelas picarescas, y no es para menos. La creación de espacios cuarentenarios a lo largo del Mediterráneo a partir del siglo XVI daba a las autoridades, como acabamos de ver, una herramienta importante para ayudar a los intereses comerciales de sus puertos. Estos espacios no hacían sino incrementar la reputación de los puertos como lugares sanos y con los que era seguro traficar.

La posesión de un instrumento como el lazareto, en el que todos los sujetos estaban sometidos a una autoridad que tenía poder represivo y sobre cuyas actividades reinaba el secreto, dio en muchas ocasiones el resultado que, de esta situación, se podría predecir un uso partidista de la institución con el fin de regular el comercio frente a otros países. De este modo, y sobre todo en la Edad Moderna, la cuarentena se convirtió en un instrumento al servicio del proteccionismo económico. Sería exagerado pretender que esto obedecía a un plan por el cual se ejercería un control de todas las mercancías, porque lo que realmente interesaba a las ciudades eran los

⁴⁷ Betrán Moya, José Luís. *La Peste en la Barcelona...*, p. 215.

beneficios que obtenían con el comercio y con los derechos fiscales sobre éste, pero lo que sí que es casi seguro es que todos los puertos lo utilizaron de manera puntual.

Betrán Moya explica el uso de estas prácticas por parte de las autoridades sanitarias de Barcelona, en el quinientos y el seiscientos, cuando declinó el sector textil y en numerosas ocasiones se prohibió la entrada de tejidos desde Francia, Inglaterra o, incluso, desde Terrassa⁴⁸. Feliu de la Peña había escrito en 1681 el *Político Discurso*⁴⁹ a instancias de los cuatro gremios textiles más importantes de la urbe que, como nos indica Vilar, eran los tradicionalmente más proteccionistas de la ciudad⁵⁰. La finalidad era prohibir la entrada de mercancía extranjera con el fin de salvar la producción catalana y su exportación. En este caso la cuarentena ayudaría en cierto modo a conseguir sus propósitos

Otro buen ejemplo de estas prácticas fueron las operaciones emprendidas por España frente al episodio de la peste de Marsella en el periodo que va de 1720 a 1723.

Felipe V, descontento con el resultado del tratado de Utrecht y deseoso de una revisión de algunos de sus acuerdos, seguía ambicionando el trono francés, al que tuvo que renunciar en la mencionada paz si quería

⁴⁸ Ver su artículo Betrán Moya, José Luís. La protección sanitaria de Barcelona ... donde explica, por otra parte, el complicado equilibrio entre la protección de los intereses del textil barcelonés por un lado y el de los grupos mercantiles cuyo negocio dependía de la importación de dichas mercancías.

⁴⁹ Feliu de la Peña, Narcís. *Político discurso en defensa de la cierta verdad que contiene vn memorial presentado á la Nobilíssima Ciudad de Barcelona : suplicando mande, y procure impedir el sobrado trato, y uso de algunas ropas estrangeras, que acaban el comercio, y pierden las artes en Cataluña...* Barcelona: Imp. de Rafael Figuerò, 1681.

⁵⁰ Vilar, Pierre. *Catalunya dins l'Espanya Moderna. Recerques sobre els fonaments econòmics de les estructures nacionals Volum segon: El Medi Històric*. 3ª ed. Barcelona: Edicions 62, 1968, p. 397.

ocupar el español. Muerto el rey Sol en 1715 y entronizado su biznieto de cinco años, el antiguo duque de Anjou empezó una guerra de intrigas contra el regente duque de Orléans, su fin era apoderarse de la corona de Francia si el enfermizo Louis XV moría. Se sumaban a estas intrigas las de recuperar territorios perdidos en el dicho tratado. Así pues, en los años 1717 y 1718 inició varias acciones militares en las perdidas posesiones de Cerdeña y Sicilia. La respuesta no se hizo esperar y Austria, Inglaterra, Francia y Holanda formaron una cuádruple Alianza y contestaron la afrenta española con las armas, de lo que resultó la derrota en Sicilia por los ingleses y la toma de algunas plazas catalanas y vascas por los franceses en 1719⁵¹. España se vio obligada a firmar una tregua.

La epidemia de peste que se declaró en Marsella en julio de 1720 fue beneficiosa para la corona española para resarcirse del enemigo francés. Como era de esperar, se tomaron medidas para evitar la introducción del morbo en forma de una vigilancia intensiva del comercio y el tráfico marítimo en general, amén de la implantación de cordones sanitarios, formados por soldados y paisanos, en las fronteras y en las costas.

La Junta formada en el seno del Consejo de Castilla, que era quien tenía la responsabilidad de llevar a cabo las acciones de defensa sanitaria, con Miravall a su cabeza, había prohibido el comercio con Marsella y las localidades situadas a diez leguas a su alrededor. Más adelante se amplió el círculo a toda la Provenza y el Languedoc y, a 25 de octubre de 1720, la interdicción de comerciar se hizo extensible al resto de Francia —a causa de las pocas precauciones que se habían tomado con Marsella. Esta situación duró hasta el fin de la epidemia y se dictaron muchas regulaciones con el objeto de evitar toda relación con Francia o con aquéllos que comerciasen con ella.

⁵¹ Ver Bennassar, Bartolomé et. al. *Historia Moderna*. Madrid: Akal, 1980, p. 876 ss.; Martínez Ruiz, Enrique et. al. *Introducción a la Historia Moderna*. Madrid: Ediciones Istmo, 1991, p. 491 ss.

Los hermanos Peset⁵² sostienen varias hipótesis acerca de la actuación de España en este particular. Por un lado, mantienen que ejerció presión sobre Francia para salir lo más airosa posible en la paz que tendría que firmar después de la aventura reconquistadora que hemos explicado. Por otro lado, mantienen que quería corregir una balanza comercial muy desfavorable con Francia. Esta situación había empezado con la firma de las treguas y se había originado a causa de la entrada de grano francés⁵³ a la península. Se trataba de regular el comercio, podemos decir que todo ello representa el inicio del proteccionismo borbónico. Esta última hipótesis no es nada descabellada si tenemos en cuenta que se prohibió a los barcos holandeses e ingleses traer a España géneros franceses y que se vedó, también, la entrada de cualquier barco francés, aún viniendo en derechura desde Italia y con las cédulas de sanidad en regla. Acabada la epidemia, España fue de los últimos países en reabrir el comercio con Francia, continuando el bloqueo hasta seis meses después⁵⁴ de que se hiciese solemne declaración por parte del Papa del fin de la peste. Este episodio demuestra cómo el nuevo orden borbónico apostaba por las prácticas proteccionistas. No estamos diciendo que tales medidas sanitarias provocaran dicha política económica, Vilar nos explica cómo se habían iniciado esos usos varios años antes que la epidemia⁵⁵, de lo que no nos cabe duda es de que aprovecharon la ocasión y se sirvieron de las medidas cuarentenarias para, además de salvaguardarse de la peste francesa, protegerse de sus productos.

⁵² Peset, Mariano; Mancebo, Pilar y Peset, José Luís. Temores y defensa de España frente a la peste de Marsella de 1720. *Asclepio*, vol. XXIII, 1971, p. 131-189., p. 160-166.

⁵³ Encontramos más detalles acerca de la importaciones de grano a España durante el siglo XVIII en: Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya con el Mediterráneo...*, p. 315-355.

⁵⁴ Por una real cédula del 18 de junio de 1723.

⁵⁵ Vilar, Pierre. *Catalunya dins l'Espanya...* vol. 2, p. 454.

Otro buen ejemplo es el que relataba John Howard en su clásica obra sobre los lazaretos del Mediterráneo y que se inscribe del todo en la lógica picaresca: los comerciantes ingleses, desprovistos de lugares de cuarentena de importancia en su propio suelo, confiaban su protección anti-epidémica a los puertos del Mediterráneo. Los barcos que partían hacia Inglaterra con patente sucia concedida en Turquía estaban obligados a cumplir cuarentena en alguno de los puertos del Mediterráneo⁵⁶, ya fuera Malta, Liorna, Messina, etc. Esto significaba que cualquier accidente relacionado con la peste en Estambul o sus cercanías obligaba al cónsul inglés a librar patentes de sanidad sucias, cosa que parece que era bastante común. Por otro lado, las autoridades turcas no prestaban ninguna información sanitaria a los cónsules de las diferentes naciones en Estambul, de modo que éstos dependían de las informaciones de los diputados griegos, segundo grupo nacional más numeroso en el país. Advertidos de esta situación, no es de extrañar que algunos competidores económicos —como los holandeses, los griegos o los italianos— intentaran sacar partido de esta situación alimentando falsos rumores en los momentos que ellos lo consideraban necesario. Así podían abastecer a las manufacturas textiles británicas, hambrientas de materia prima, antes que los propios importadores ingleses, por el medio que unos comerciantes afectados describían en una carta que reprodujo John Howard en su tratado:

It often happens that the Greeks themselves are authors of false concerning the plague, and that their deputies inform the consuls of accidents having happened in their nation, when in reality there is no plague in the city or its environs. The Greeks carry on three-fourths of the Dutch as well Italian trade: it is therefore their interest (and unfortunately that of every other nation) to depress ours as much as possible; and there is not a more effectual method of doing this, than by obliging our vessels to go to perform a long and expensive quarantine in the ports of the Mediterranean, by which means the cottons which for their principal loading, as well as the chief article of both

⁵⁶ Ver la ley 26 Geo II. Desconocemos si existían leyes regulando las procedencias desde otros puntos del levante Mediterráneo.

trades are no less than seven months on their way to London. This long interval gives the Greeks time to load their ships, and as they perform a very short quarantine in Holland (of the nature of which we shall speak here after) they supply our markets by copious exportations of the cottons that were loaded here at the same time with ours, two or three months before our vessels can reach England. It is by this means that more than half the Turkey cottons consumed in England, and supplied by Dutch to the great support of their Turkey trade, and the ruin of ours; and is by this means that, whilst our trade is sacrificed by rigorous quarantine laws, to considerations of national safety, the plague may be introduced into the Kingdom by the Dutch⁵⁷.

Siguiendo el hilo de lo explicado en el apartado anterior, lo que dichos comerciantes proponían era la creación de un gran lazareto en Inglaterra que evitara al tráfico inglés de mercancías muchos problemas y reportara al país bastantes beneficios. Por un lado, comportaría la defensa sanitaria del país. Pero sus preocupaciones, hemos dicho, eran primordialmente comerciales. La idea consistía en protegerse del algodón importado desde Turquía por otros países, vía Holanda (donde las reglas cuarentenarias eran poco menos que blandas), Francia o Italia, cuyo volumen era en esa época el cincuenta por ciento del que utilizaban las manufacturas inglesas. Por otro lado, permitiría que el algodón importado por los ingleses llegara más rápido a las islas y las fábricas textiles no dependeran en una proporción tan importante del que llegaba a través de los países mencionados⁵⁸. Esta situación hacía que las telas inglesas, puestas en el mercado, tuviesen un coste superior a las de sus competidores franceses, por ejemplo, al no estar sujeta la materia prima al incremento de precio resultante de los múltiples intermediarios⁵⁹.

⁵⁷ Howard, John. *An Account of the Principal Lazarettos in Europe, with Various Papers Relative to the Plague and Additional Remarks on the Present State of Prisons in Great Britain and Ireland*. 2nd ed. London: Johnson, Dilly and Cadell, 1791, p. 27.

⁵⁸ *Ibid*, p. 28-32.

⁵⁹ Sobre el comercio de Inglaterra con Turquía en esta época ver Eton, William. *Tableau historique, politique et moderne de l'Empire Ottoman*. Paris: Tavernier, 1798, p. 218-250, en donde explica la situación de desventaja del comercio inglés frente a sus competidores

6.3.3 La crítica a las cuarentenas desde los círculos comerciales

Las cuarentenas podían servir como apoyo al comercio y como elemento regulador de éste, lo hemos comprobado en los dos apartados anteriores, pero éstas, además de costar dinero a quien las aplicaba, representaban también un gasto importante para quienes se veían en la obligación de cumplirlas. Ya hemos visto en otro capítulo cómo el aumento del tráfico marítimo y el ahorro de tiempo producido por la evolución de la ingeniería naval menguaban a causa de las costosas cuarentenas y cómo el tiempo de aislamiento fue disminuyendo a lo largo de todo el siglo XIX. Veamos, como ejemplo, lo que acaeció en España respecto a esta situación.

En 1765 se dictó el *Real Decreto y Instrucción de 16 de octubre de 1765* que abría a nueve puertos españoles (Barcelona, Alicante, Cartagena, Málaga, Cádiz, Sevilla, la Coruña, Santander y Gijón) el comercio con las Antillas. Esta medida significaba un primer paso hacia el libre comercio de todos los puertos españoles con las colonias americanas y que Cádiz empezase a perder el monopolio en la Carrera de Indias. Cinco años más tarde, la *Real Orden de 9 de julio de 1770* incorporaba los puertos de Campeche y Yucatán al área de libre comercio. Finalmente, el 12 de octubre de 1778 fue aprobado el *Reglamento y Aranceles para el Comercio Libre*, que significaba la total libertad comercial con las colonias.

En el periodo comprendido entre fines del siglo XVII y esta fecha, el comercio español, con sus territorios de ultramar, había experimentado un gran crecimiento. España, en este lapso de tiempo, triplicó su flota y

debido a la entrada de algodón turco vía Holanda o Italia. También nos explica cómo esta carestía de algodón turco se debía a la protección ejercida por una compañía comercial británica en Levante que solamente dejaba importar directamente desde Turquía a sus miembros, cosa que hacía que aquellos marchantes que no eran miembros de la compañía no pudiesen importar a Inglaterra, salvo a través de otros países.

cuadruplicó el número de toneladas transportables. Dos fueron para Delgado⁶⁰ las razones de este cambio: la primera, la desaparición del monopolio y el *Reglamento*, claro ejemplo de la política del reformismo ilustrado, que pretendía así dinamizar el comercio colonial, aboliendo los derechos y cargas como el monopolio gaditano a favor de una docena de puertos más. La segunda razón a que obedecían estas medidas era la presión conjunta de las burguesías de la periferia española, que reclamaban mayor protagonismo en la Carrera de Indias. En 1796 el valor del comercio exterior se había cuadruplicado con relación a 1778. Aunque Cádiz en un principio pudiera verse perjudicada por la Real Cédula de 1778, siguió recibiendo un 75% del volumen de un negocio que no paraba de crecer⁶¹ y otros puertos como los de Málaga, La Coruña o Barcelona se beneficiaron de este auge por primera vez. Los comerciantes de estas ciudades que, con anterioridad a estas disposiciones, habían querido negociar con América se las habían ingeniado para hacerlo mediante consignatarios en Cádiz⁶², cosa que explica el gran aumento de la flota española a la que ya nos hemos referido y la incipiente industrialización de regiones como la catalana.

Lamentablemente para estos puertos, el esplendor duró poco. El primer *Tratado de San Ildefonso* (18 de agosto de 1796) significó para España una alianza con Francia y el verse de nuevo involucrada en una guerra con Inglaterra, dadas las claras ambiciones británicas sobre las colonias españolas en América. Esto sumiría al Estado español en una fuerte

⁶⁰ Delgado i Ribas, Josep M^a. El miratge del lliure comerç. In V.V.A.A. *El comerç entre Catalunya i Amèrica, segles XVIII i XIX*. Barcelona: L'avenç, Col·lecció Clio n° 6, 1986, p. 65-80, p. 69.

⁶¹ Frax, Esperanza y Matilla, María Jesús. Transporte y comercio marítimo en los siglos XVIII y XIX. In *Puertos españoles en la historia*. Madrid: Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente, 1994, p. 77-100.

⁶² Para esta cuestión ver Martínez Shaw, Carlos. El comerç català, del Mediterrani a l'Atlàntic. In V.V.A.A. *El comerç entre Catalunya i Amèrica, segles XVIII i XIX*. Barcelona: L'avenç, Col·lecció Clio n°6, 1986, p. 23-36, p.32-33.

crisis comercial de la que no saldría hasta mediados del siglo XIX. Esta crisis fue debida a diversos factores: se debe destacar la interrupción del tráfico regular entre España e Indias y el bloqueo impuesto al puerto de Cádiz, que aún recibía un elevado porcentaje del comercio trasatlántico. Sumado esto a los gastos guerreros, comprendemos que la situación empezaba a ser insostenible⁶³.

Esta circunstancia representaba, además, una falta de abastecimiento de las colonias, puesto que éstas no podían realizar intercambios directamente con otros países. La invasión francesa en 1808 no hizo más que agravar esta situación de desaprovechamiento de la América española, lo que contribuyó a que estallaran los sucesivos procesos de independencia.

Así pues, entre la guerra con los ingleses, la invasión francesa y la sucesiva pérdida de colonias, España se vio sumida en una crisis de la que le costaría mucho salir. Por poner un ejemplo, en 1827, año en el que se alcanzó el cenit de las dificultades económicas, el comercio exterior había disminuido hasta menos de los tres cuartos del volumen de negocio registrado en 1796.

En este contexto, no es raro que muchos médicos con sensibilidad comercial entendieran que el sistema cuarentenario y de cordones era un lastre para la maltrecha economía española debido a los grandes gastos que provocaban en diferentes conceptos. Gravaban el precio de los productos por las pérdidas que ocasionaba la inmovilización de capitales y por el deterioro que podían sufrir las mercancías sometidas a expurgo, además de la pérdida de las percederas. La subida de precios por estos conceptos siempre repercutía en el comprador al detalle. El sistema de lazaretos resultaba, además, muy costoso para las arcas del Estado, cosa que afectaba a los contribuyentes. El lazareto de Mahón costó al Estado 5.632.746 reales y el de

⁶³ Anes, Gonzalo. El Antiguo Régimen: los Borbones. In Miguel Artola (Dir.). *Historia de España Alfaguara*. Vol. IV. Madrid: Alianza Universidad, 1975, p. 422-423.

San Simón, en Vigo, 2.2337.99. A estas cantidades se debe añadir el coste de los salarios y los gastos derivados de la manutención de los convalecientes, que no debían ser pocos, si tenemos en cuenta que en el lazareto de Mahón, por poner un ejemplo, cumplieron cuarentena entre la fecha de su apertura y el 31 de diciembre de 1855, 6.799 buques, de los cuales 2.867 eran extranjeros⁶⁴.

Es por eso que se pedía una atenuación de las providencias del sistema preventivo. Méndez Álvaro opinaba que, bajo el punto de vista administrativo, los intereses médicos eran muy atendibles y sagrados pero no los únicos; así pues, la Administración "tiene que atender á intereses muy complicados, y debe tener en cuenta si por evitar un mal médico de poca consideración, va á producir un mal grave en otro sentido, y necesita transigir"⁶⁵. Consideraba Méndez Álvaro que tanto la peste como la fiebre amarilla se podían evitar con no demasiadas precauciones sanitarias y que el cólera, a pesar de las severas medidas para evitar su entrada, había conseguido atacar a muchos países, "relativamente al cólera, es cuestión que podrá debatirse, la de si son convenientes las cuarentenas y lazaretos, que entorpecen el comercio, fuente de vida para las naciones, y no alcanzan á librarnos del mal que queremos evitar"⁶⁶.

Dulcificar el sistema preventivo serviría también, según el Dr. Merli, para evitar trampas como las descargas de los géneros, a pesar de estar los buques inmovilizados, o el contrabando; prácticas, todas ellas, muy extendidas, "la quarentena debe sin peligro reducirse á mucho menos de 40 días para los hombres, y si así se determinase su ejecución sería mas

⁶⁴ Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública ó arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed. Madrid: Impr. y Est. de M. Rivadeneyra, 1862, p. 241-244.

⁶⁵ Méndez Álvaro, Francisco. *Carta enviada al Congreso Médico Español. In Actas de las sesiones del Congreso Médico Español. Celebrado en Madrid. Setiembre de 1864*. Madrid: Imp. De José M. Ducazal, 1865, p. 280.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 281.

exácta, y mas cierta, porque habria menos interes, y menos tentaciones de quebrantarla"⁶⁷. Se debe añadir que el contrabando lo realizaban sobre todo las embarcaciones dedicadas a la navegación de cabotaje, que en esos momentos, y hasta la creación de la red de ferrocarriles, por ser más baratas, seguras y rápidas que el tráfico terrestre, abastecían la mayor parte del comercio interior.

Si era necesario relacionar la epidemia de Cádiz con su activo comercio, antes rico y entonces decadente, la epidemia de 1803-1809 es necesario unirla con otra gran catástrofe económica española, la agrícola de esas fechas. Las cosechas de esos años son muy malas y el pueblo español siente hambre y miedo ante ellas. La enfermedad americana encontraría un terreno fácil para su extensión. El hambre por sí favorece la enfermedad, no cabe ninguna duda, pero también actúa indirectamente, sobre todo a través del contrabando. Es claro que ante un período de hambre y subida de precios, el contrabandista se lanzará al mar y, junto a su cargamento, traerá enfermedades que las medidas sanitarias, muy primitivas, no podrán evitar⁶⁸.

Finalmente, se solicitaba la diferenciación entre los pasajeros y las mercancías de los buques, pidiéndose la admisión de los primeros en el caso que no se hubiera manifestado enfermedad durante la travesía, teniendo en cuenta que los periodos de incubación de las enfermedades nunca llegaban a los cuarenta días. Las mercancías debían ser expurgadas rápidamente y así la economía no se resentiría de las providencias profilácticas⁶⁹.

⁶⁷ Merli y Feixas, Ramon. *Arte de detener y aniquilar las epidemias y el verdadero secreto para no contagiarse en tiempos de peste por...* Barcelona: Juan Dorca Imp., 1815, p. 99.

⁶⁸ Peset, Mariano y Peset, José Luis. *Muerte en España...*, p. 109.

⁶⁹ Merli y Feixas, Ramon. *Arte de detener...*, p. 101; ver también Landa y Álvarez de Carvalho, Nicasio. *Sobre la naturaleza del miasma en las epidemias. In Actas de las sesiones del Congreso Médico Español. Celebrado en Madrid. Setiembre de 1864.* Madrid: Imp. De José M. Ducazal, 1865, p. 232-242.

Desde el otro bando de la contienda se argumentaba que la libertad del comercio no debía extenderse hasta despremiar los saludables preceptos de la higiene pública⁷⁰ o que las pérdidas económicas generadas por una epidemia serían mayores que las que ocasionaban en el comercio los sistemas preventivos. El poder que sobre el tránsito, tanto marítimo como terrestre, de personas y mercancías con pretexto sanitario, representaba la herramienta ofrecida por el colectivo médico servía de mucho a las políticas económicas proteccionistas de los dos primeros monarcas del ochocientos y, más aún, cuando España se vio sumida en pocos años en una profunda crisis económica y política. En cualquier caso, admitiendo la buena fe del colectivo médico, el sistema cuarentenario serviría a la administración para otros fines, acordes con las medidas económicas proteccionistas tan típicas de los gobiernos absolutistas.

Los ejemplos serían interminables, en Canadá, en Inglaterra, en Francia y en otros muchos países existió un debate parecido. Quizás el lugar en el que las cuarentenas se vieron más contestadas fue en Inglaterra, país que desarrolló a mediados del siglo XIX lo que conocemos como el sistema inglés de cuarentena y que ya hemos explicado en un capítulo precedente. El hecho es que las cuarentenas representaban una importante traba al comercio y en los Congresos Sanitarios Internacionales celebrados a partir de la segunda mitad del ochocientos este tema ocupó parte importante del debate, pero, como bien sabemos, la respuesta final solamente vendría de manos de la ciencia médica.

⁷⁰ Fernández Carril. Importancia de los lazaretos y cuarentenas. In *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español. Celebrado en Madrid. Setiembre de 1864*. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal, 1865, p. 221-232, p. 223.