

TESIS DOCTORAL

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

JOAQUIM BONA STRA TOLÓS

UNIVERSITAT DE BARCELONA
2006

2.- LAZARETOS Y REDES CUARENTENARIAS. ASPECTOS ESPACIALES

Bloque IV ASPECTOS TERRITORIALES

CAPÍTULO 11° EL LAZARETO Y LA CIUDAD

A estas alturas del relato nos hemos hecho una idea bastante clara de cómo funcionaba el sistema cuarentenario y de cómo eran los lazaretos. Nos interesa ver ahora la manera en la que diferentes núcleos poblacionales solucionaron el problema de su establecimiento, dónde fueron colocados y cuáles eran las razones que se aducían para justificar tales decisiones. Una vez más nos damos cuenta de que, aún tratándose de una infraestructura importante y necesaria, muchas veces confluyeron, tanto en su diseño como en su instalación, condicionantes exteriores a la propia lógica cuarentenaria e, incluso, a la médica.

La relación entre los lazaretos y su entorno es un asunto importante ya que éstos, como instrumentos coercitivos, influyeron en gran manera en la utilización y la gestión del territorio en el que se localizaban. El lazareto, las cuarentenas, las zonas de excepción, los lugares eternamente tocados, etc., crearon, ya fuera en la realidad o en el imaginario colectivo, un plano y una imagen del mundo muy concreta que conviene poner de relieve. Para ello, es preciso, por un lado, significar las relaciones entre el lazareto y la ciudad (nos interesa la reflexión sobre dónde debían erigirse de modo que asegurasen la mejor defensa ante las epidemias) y, por otro, observar cómo el espacio cuarentenario modeló la ordenación territorial de muchos países y cómo, en mayor escala, influyó de alguna manera en el mapa de las relaciones

internacionales. Nos ocuparemos del primer tema en este capítulo y de los otros dos en los dos siguientes.

11.1 Consideraciones previas

Cuando hemos explicado las diferentes teorías médicas acerca de la propagación de las enfermedades, hemos ido apuntando que, en muchos casos, prevalecía la visión de los administradores por delante de la ofrecida por los médicos. Demasiado a menudo se ha hablado de que, desde la Edad Media hasta bien entrado el ochocientos, con salvedades que ya hemos apuntado en su momento, los administradores urbanos o estatales habían creído más en la difusión contagiosa de las epidemias que en el pensamiento médico hegemónico. Ya hemos visto que éste último no era tan monolítico como a veces se quiere hacer ver, pero ¿qué pasaba con los primeros? ¿Podemos afirmar que éstos eran fervientes partidarios de la idea de contagio? Y, más aún, ¿tenían un discurso estructurado al respecto? En el capítulo sexto hemos hecho un somero repaso a los usos no sanitarios del lazareto y hemos visto que el interés pecuniario o político puede llevar claramente a ortodoxias y fundamentalismos, pero ¿qué pasaba con aquellos funcionarios que tenían que lanzar ideas para proteger la ciudad o el territorio con el único fin del bien común? Creemos que, en la visión que tenían de la enfermedad los encargados de la salud pública no pertenecientes a la clase médica, existía un eclecticismo de conceptos en el que, por un lado, se aceptaba el contagio pero, por otro, se integraba de alguna manera el grueso de doctrinas ambientalistas que, a fuerza de ser repetidas, ya formarían parte de un concepto popular de la enfermedad, sin olvidar muchas de las visiones divinas de ésta. Fue sobre este eclecticismo, en el que el contagio desarrollaría un papel principal, que se basó el sistema cuarentenario.

Por lo que se refiere a las localizaciones, no existió nunca un discurso articulado que se ocupara de ello, como el que podemos encontrar para otro tipo de instalaciones urbanas, como las Casas de Misericordia o las Cárceles.

La ubicación de estas instituciones estuvo sujeta a una reflexión en cuya base se encontraba, aparte de su lógica funcional, una voluntad ejemplarizante y moralizadora. Este hecho haría que, en muchas ocasiones, fueran situadas en lugares centrales de la vida ciudadana para que los individuos, al verlas, fueran conscientes de lo que les esperaba si no mostraban un comportamiento acorde con los que se consideraba normal¹. El lazareto, como hemos explicado en otros pasajes de esta investigación, compartía en muchos casos esta voluntad de algunas ciudades de demostrar que eran escalas sanas y, al mismo tiempo, hacer desistir a aquéllos que tuviesen la intención de burlar el control sanitario. Algunas construyeron sus lazaretos en un lugar central del puerto, como Spalato, Ancona, Messina o Trieste, pero ésta no fue la tónica dominante. La razón no era otra que la gran cantidad de espacio que necesitaba esta instalación, tanto en su interior — para albergar a los tripulantes y las mercancías— como en sus inmediaciones, para dar cobijo a los barcos en cuarentena y mantenerlos aislados de los demás. También debemos tener en cuenta que el sentido común aconsejaba la búsqueda de lugares alejados, para evitar la transmisión de la enfermedad por vía aérea, pero que tampoco lo fueran demasiado, puesto que esto podía suponer una mayor dificultad a la hora de realizar cualquier operación mercantil. En este sentido podemos encontrar puertos que instalaron sus lazaretos en islotes, como Ragusa, Corfú, Québec o Nueva York; en penínsulas de difícil acceso para los habitantes de la ciudad, como Mahón; o, simplemente, en lugares algo apartados, en los alrededores de la ciudad, como hicieron Génova y Barcelona.

¹ No vamos a entrar en una descripción minuciosa de estas ideas puesto que nos apartaría de nuestra línea argumental, remitimos al lector a las siguientes obras que tratan respectivamente de las Casas de Misericordia y de las cárceles: Fraile, Pedro. *El vigilante de la atalaya. La génesis de los espacios de control en los albores del capitalismo*. Lleida: Editorial Milenio, 2005; Fraile, Pedro. *Un espacio para castigar. La cárcel y la ciencia penitenciaria en España (siglo XVIII-XIX)*. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1987.

Ante la gran cantidad de ejemplos, hemos optado por describir el proceso de localización de los lazaretos en tres ciudades que, por sus características, consideramos que tienen una especial relevancia: Ragusa, Liorna y Marsella.

11.2 Ragusa

Ya sabemos que la República de Ragusa tiene el honor de haber sido la primera en aplicar las medidas cuarentenarias a los convoyes de mercancías que, tanto por tierra como por mar, llegaban a la ciudad procedentes, sobre todo, del Levante mediterráneo. La experiencia de las epidemias de peste que periódicamente aparecieron en su territorio a partir de 1348, hizo que, en 1377, se dictaran las conocidas reglas que iniciaron las operaciones de cuarentena.

A partir del siglo XI, y coincidiendo con las cruzadas en Tierra Santa, las ciudades europeas habían comenzado un floreciente camino de crecimiento, tanto económico como físico, y de creación de ciudades de nueva planta que duró hasta el tristemente célebre episodio de la peste negra. En su base se encontraban, según Capel², la recomposición del comercio mediterráneo, la nueva actividad de las rutas del comercio continental y el nacimiento de las peregrinaciones a Roma y a Santiago de Compostela. Como expone Benévolo³, a este proceso se sumaba un aumento demográfico y productivo que las convertiría en centros especializados de actividades secundarias y terciarias. Razón que les haría desarrollar iniciativas comerciales, industriales, financieras y culturales mucho más amplias que les permitirían competir con otras ciudades a escala continental y mundial. Esta clase de desarrollo encontró, según Benévolo,

² Capel, Horacio. *La morfología de las ciudades. I. Sociedad, cultura y paisaje urbano*. Barcelona: Ediciones del Serbal, Colección la Estrella Polar nº 37, 2002, p. 113.

³ Benévolo, Leonardo. *La ciudad europea*. Barcelona: Crítica, 1993, p. 31-33.

una ventaja definitiva para su aceleración y difusión en la manera en que estas ciudades se ordenaron sobre el territorio. Su disposición policéntrica y diferenciada les permitiría, en muchos casos, la conquista de la autonomía y les facilitaría la resistencia en el enfrentamiento con los débiles y lejanos poderes estatales⁴.

Como ya hemos explicado en otro capítulo, Ragusa era una república que vivía casi exclusivamente del comercio, para ello debía mantener buenas relaciones diplomáticas con las potencias extranjeras y, desde su invención de las cuarentenas, tener buenos lazaretos que evitaran la interrupción del tráfico de mercancías.

En lo que a las relaciones diplomáticas respecta, la República de Ragusa había firmado acuerdos con las potencias extranjeras a las que exportaba mercancías. Tales acuerdos incluían referencias a las tarifas que se debían pagar por el permiso para transportar mercancías a través de esos territorios o la posibilidad de realizar intercambios libres de aranceles. De este modo, y ganada en 1358 la libertad de la tutela veneciana en la Paz de Zadar, Ragusa se fue imponiendo como centro comercial y financiero a lo largo de la baja Edad Media. En 1204, la Serenísima había aprovechado la cuarta cruzada para ocupar Ragusa y pasó, mediante el citado tratado, a estar bajo la autoridad del rey de Croacia y Hungría Ludovico I, cuyo yugo parece que era menos pesado que el de los venecianos⁵. Durante los siglos XIV y XV instaló consulados en los puertos más importantes del Mediterráneo y del Norte de Europa, por ejemplo: Ancona, Pesaro, Ortona, Bari, Barletta, Trani, Molfetta, Otranto, Nápoles, Siracusa, Messina, Augusta, Trapani, Catania, Palermo, Malta, Chios, Rodas, Creta, Zakinthos, Corfú, Milos, Izmir,

⁴ Sobre las nuevas ciudades autónomas ver también Braunfels, Wolfgang. *Urbanismo occidental*. Madrid: Alianza Forma, 1987, p. 41 ss.

⁵ Ver a este respecto Carter, Francis W. *Dubrovnik (Ragusa). A Classic City-state*. London, New York: Seminar Press, 1972, p. 84-101, en las que se relatan las múltiples querellas entre Ragusa y Venecia.

Estambul, Marsella, Niza, Génova, Córcega, Cádiz, Valencia, Alicante, Mallorca, Cartagena, Lisboa, Amberes, Hamburgo o Londres⁶, y los mantuvo hasta su caída en 1808⁷. Esta actividad diplomática, la dispensa papal obtenida para el comercio con los "infieles" en 1373 y la inmigración de numerosos sefardíes en la primera mitad del siglo XV, hicieron de Ragusa una potencia comercial de primer orden.

Como explica Frati, las políticas sanitarias son el resultado de varios factores: la existencia de un interés público que debe ser protegido, la conciencia general de que este interés puede ser protegido y la existencia de una organización cívica y social capaz de organizar la mencionada protección⁸. La primera de las premisas es suficientemente clara para el caso de Ragusa. En cuanto a la segunda, tal como afirman Grmek⁹ y la misma autora, cabe decir que en la ciudad había desde el siglo XIII un número importante de médicos, muchos de ellos extranjeros, y parece ser que los estándares de conocimiento eran bastante altos. A todo ello hay que añadir, además, la experiencia de varias epidemias de peste que conferirían la base empírica para la creación de las cuarentenas. En último término, en lo que a organización cívica y social se refiere, tenemos que, a partir del siglo XIV, la ciudad empezó a regirse por un *Consilium Magnum* en el que podían participar todos los hombres de familias patricias de edad superior a veinte años y poseedores de un certificado de educación y de buena conducta. Esta asamblea elegía, entre sus integrantes, al *Rector* de la República, a un

⁶ 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. 110-111.

⁷ Para una lista de los cerca de sesenta consulados que tenía la República en el periodo 1750-1808, ver Carter, Francis W. *Dubrovnik (Ragusa)*..., p. 437.

⁸ *Ibid.*, p. 115.

⁹ Grmek, Mirko D. Les médecins communaux de Raguse (Dubrovnik) au Moyen Age. *Gesnerus*, nº 52, 1995, p. 7-19.

Senado (*Consilium Rogatorum*) de unos treinta a cuarenta y cinco miembros y a un cuerpo ejecutivo (*Consilium Minor*).

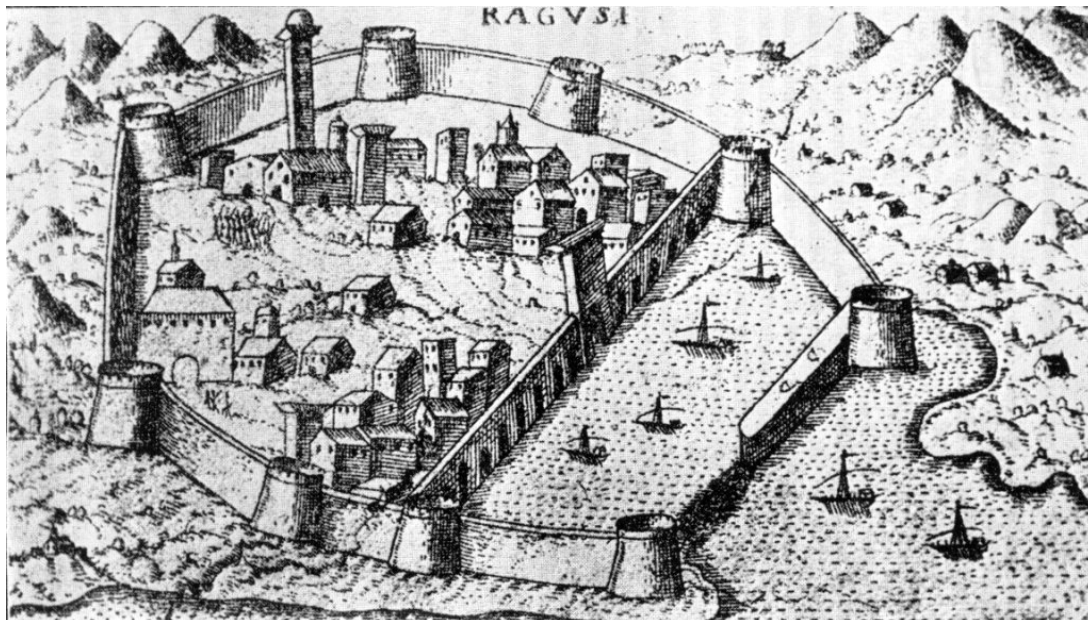


Figura 11.1 Vista de Ragusa hacia 1580, antes de la construcción del lazareto. En Carter, Francis W. *Dubrovnik (Ragusa). A Classic City-state*. London and New York: Seminar Press, 1972, p. 334

Fue en esta coyuntura en la que se fundaron los primeros lazaretos o, mejor dicho, se eligieron los primeros lugares de cuarentena. Ejemplo de ello es la localidad de Ragusavecchia (Cavtat), a unos quince kilómetros al sureste de Ragusa, para las caravanas que llegaban por tierra o la pequeña isla de Mercana (Mrkan), delante de la costa de Ragusavecchia, para los barcos. En ninguno de ambos emplazamientos, situados cerca de la capital y orientados hacia el este, había un edificio especial para el cumplimiento de las cuarentenas; como ya hemos explicado, tan sólo se construían barracas que eran quemadas en cuanto ésta acababa¹⁰. A partir de 1442 se dejó de

¹⁰ Janeković Römer, Zdenka. I lazaretti de Dubrovnik (Ragusa). In Nelly-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 246-249, p. 246.

utilizar, para cumplir la cuarentena, la isla de Mercana y fue sustituida por la vecina isla de Bobara y la, más occidental, isla de Meleda (Mljet).

A pesar de las medidas puestas en marcha en estos dos emplazamientos, a partir de 1377 la peste entró en la ciudad y lo hizo dos veces más durante el trescientos, en 1391 y en 1397. Como explica Grmek¹¹, este hecho incitó al *Consilium Magnum* a efectuar mejoras en el sistema de defensa epidemiológica que habían inventado. En esta última fecha se habilitó el viejo convento situado en la isla Meleda y hay noticias, también, de la existencia de lazaretos en la segunda década del cuatrocientos. Concretamente, en las islas Elafiti (situadas al oeste de Ragusa), Bobara y en el escollo de San Pietro (Supetar), construido este último en 1429¹².

Al mismo tiempo se intentaba asegurar la sanidad terrestre, ya hemos adelantado que Ragusa era un importante destino caravanero. Así, en 1436, algunas casas cercanas a Porta Pila —que se abría hacia el oeste— fueron acondicionadas como lazaretos y, en 1457, se empezó a construir otro en Danze, al noroeste de la ciudad, que estuvo en funciones durante todo el quinientos.

Nos damos cuenta que la política seguida hasta ese momento era de dispersión; los raguseos temían el contagio de la peste e intentaban por todos los medios alejar las actividades de cuarentena de las cercanías de sus murallas. Pero todos estos emplazamientos, y sobre todo los correspondientes a las islas occidentales de la ciudad, eran bastante inadecuados e incómodos puesto que el grueso del tráfico de naves y caravanas llegaba por la parte de oriente. Además, con más de cien años de

¹¹ 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, p. 53.

¹² *Ibid.*, p. 55. Grmek atribuye los muros de un edificio de piedra en la isla Bobara a las ruinas de un lazareto en funcionamiento durante el siglo XV.

práctica en las operaciones cuarentenarias, suponemos que los oficiales sanitarios poseerían amplios conocimientos para parar un brote epidémico e impedir su difusión fuera de los muros del lazareto.



Figura 11.2 Ragusa, ca. 1890-1900. En *Views of the Austro-Hungarian Empire*. Detroit: Detroit Publishing Company, 1905 (LOC, Prints and Photographs Division, n. "9940"). Se puede apreciar el amplio edificio del lazareto de la Porta Plozze en la entrada del puerto

De modo que, a principios del quinientos, se decidió emplazar el lazareto en la puerta Plozze, es decir, la puerta oriental de la ciudad, donde se encontraba el puerto. Como explica Janekovi ¹³, allí desembocaba la gran vía de comunicación que comunicaba Ragusa con Constantinopla, atravesando la península balcánica. Se trataba, sin lugar a dudas, del mejor lugar, al ser allí donde se cargaban, descargaban e intercambiaban las mercancías, tanto las de las caravanas, como las del puerto.

¹³ Janekovi Römer, Zdenka. *I lazaretti...*, p. 246.

Se tiene constancia de un lazareto de barracas existente en 1517 y de algunas obras realizadas a este propósito en 1523. De todos modos, el Senado, temeroso de la peste, decidió la construcción, en 1534, de un establecimiento en la isla Lacroma (Lokrum), situada a la entrada del puerto. Sus obras definitivas terminaron en 1596 y estuvo en funcionamiento hasta 1691. Este cambio de ubicación fue pernicioso para los intercambios comerciales, que parecen menguar en los primeros cincuenta años de actividad. Por esta razón, a partir de 1590, se decidió retomar las obras del de Porta Plozze. La elección fue, a todas luces, acertada, puesto que tuvo que ser ampliado en 1624. En la nueva instalación cumplirían la cuarentena las mercancías y tripulantes llegados por mar, los llegados por tierra lo harían en un recinto próximo denominado *tabor*¹⁴.

El caso de Ragusa es muy interesante porque muestra los primeros balbuceos de la institución cuarentenaria en lo que a la localización de sus instalaciones se refiere. Como hemos observado, la falta de experiencia provocó una política de ensayo de ubicaciones. Estas localizaciones se iban cambiando, a medida que se revelaban inadecuadas, no sólo para las funciones de cuarentena, sino también en la medida en que dificultaban la actividad comercial de la ciudad. De hecho, la ciudad necesitaba tres puntos de protección sanitaria: el marítimo, el terrestre oriental y el terrestre occidental. De este modo, como hemos visto, se ensayaron diversas localizaciones en las que colocar los distintos lazaretos para asegurar el freno de las posibles epidemias.

El panorama, después de la construcción del gran lazareto, era el siguiente: las arribadas por mar serían tratadas en Porta Plozze y en Lacroma, es de suponer¹⁵ que la isla serviría para la cuarentena de los barcos con patente sucia y el lugar de cuarentena de las puertas de la ciudad

¹⁴ *Ibid.*, p. 246-247.

¹⁵ Aunque, a causa de la obvias limitaciones de acceso a las fuentes, no hemos podido consultar documentos que lo demuestren.

acogería las llegadas menos peligrosas. La sanidad terrestre del territorio la aseguraría, por la parte oriental, este último lazareto y, por la occidental, el construido durante el quinientos en Castell di quel mar (Mali Ston), fortaleza estratégica situada a varias decenas de kilómetros al noroeste.



Figura11.3 Ragusa. Porto Interno, ca. 1890-1900. En *Views of the Austro-Hungarian Empire*. Detroit: Detroit Publishing Company, 1905 (LOC, Prints and Photographs Division, n. "9929") El lazareto se encuentra a la derecha de la imagen ligeramente tapado por los mástiles de los veleros

La dispersión inicial y la búsqueda de lugares lo más alejados posible dio paso paulatinamente a una política de concentración de las instalaciones. Durante un siglo convivieron los dos lazaretos marítimos y, abandonado el insular, a partir de 1691, el de Porta Plozza quedó como única infraestructura sanitaria. Esta decisión vino motivada por el declive de la navegación en la República durante ese siglo. A pesar de esto, durante el setecientos, su comercio experimentó una revitalización relativa, puesto que los barcos con la bandera de San Blas se podían encontrar por todo el Mediterráneo, el Mar

Negro, el Mar del Norte e incluso en la costa oeste de Norteamérica, en puertos como Nueva York, Philadelphia o Baltimore, aunque poco a poco la República fue quedando arrinconada y cayó bajo el control del imperio francés en 1808 y, más tarde, pasó a manos de los Austriacos.

La ciudad perdió su antiguo vigor comercial en la época del vapor¹⁶ y, en lo que respecta a los lazaretos, no tenemos noticia de ningún cambio en su estructura desde mediados del setecientos.

11.3 Liorna

En 1543 le fueron restituidas a Cosme de Médicis las fortalezas de Pisa, Liorna y Florencia —entregadas a Carlos V a la muerte del *granduca* Alessandro, en 1537. Dejando de lado embrollos políticos con el Emperador por el control de territorios, a partir de ese momento se cerró un periodo de inestabilidad y de sucesivos turnos en el control de Liorna, que se incorporaba definitivamente a la influencia Toscana y de los Médicis¹⁷. Como indica Matteoni¹⁸, fueron dos las líneas de la política que Cosme I tomó respecto a Liorna. En primer lugar, llevó a cabo una puesta al día del sistema defensivo del núcleo antiguo, ya desarrollado anteriormente bajo la férula de los Médicis al quedar impracticable Porto Pisano (principal puerto comercial

¹⁶ Para una visión de las relaciones marítimas de Ragusa con la nueva metrópolis ver Panjek, Giovanni. *Le relazioni marittime fra Ragusa e Trieste nel Ottocento*. In Antonio Di Vittorio. *Ragusa e il Mediterraneo: ruolo en funzioni di una repubblica marinara tra medioevo ed Età Moderna*. Bari: Cacucci Editore, 1990, p. 315-352.

¹⁷ Braudel, Fernand et Romano, Ruggiero. *Navires et Marchandises à l'Entrée du Port de Livourne (1547-1611)*. Paris: Armand Colin, 1951, p. 15-17.

¹⁸ Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città nella storia d'Italia*. Roma e Bari: Editore Laterza, 1985, p. 3.

de Florencia)¹⁹, cosa que confirmaba la importancia de su colocación geográfica. Y en segundo lugar, se amplió el puerto y se crearon nuevos equipamientos comerciales. Tal como explica Matteoni:

In questo contesto Livorno viene associata a Pisa come unico complesso militare ed economico all'arrivo della valle dell'Arno sull mare e quindi polo trainante delle attività commerciali della Toscana.²⁰

Esta fortaleza comercial estaba dotada de un importante sistema defensivo, tanto por tierra como por mar, que seguía los preceptos de los nuevos tipos de fortificación surgidos de la utilización de la artillería en las artes del asedio militar²¹. Las obras de mejora y de ampliación de estas fortalezas fueron una constante durante todo el quinientos y el seiscientos. Estas operaciones obedecían a un empeño por asentar posiciones en una época de fuertes tensiones territoriales con España, con Francia y con los principados circundantes; Liorna era la mejor salida al mar de la Toscana de los Médicis. Al mismo tiempo se fue colmatando el interior del recinto amurallado que, al inicio de este proceso de fortificación, no era más que un pueblecillo de pescadores al que le fue superpuesta una trama más o menos ortogonal para la que se tuvieron que diseñar todo tipo de edificios públicos y privados.

En este proceso de formación de la ciudad se tuvo también en cuenta la dotación de equipamientos útiles al comercio, entre los que se contaba un primer lazareto. Éste se había implantado en el escollo de la torre del faro en

¹⁹ 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. 25.

²⁰ Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 3.

²¹ Ver a este respecto Capel, Horacio. *La morfología de las ciudades. I. Sociedad, cultura y paisaje urbano*. Barcelona: Ediciones del Serbal, Colección la Estrella Polar nº 37, 2002, p. 133-139.

1582-1583²², en mar abierto, aunque bastante cercano a la ciudad, y se trataba de varios almacenes erigidos en la base de la linterna. Fue a todas luces insuficiente, puesto que, para atraer a los comerciantes, en 1565 se habían dictado medidas para hacer de Liorna una especie de puerto franco. Un puerto en el que las mercancías arribadas de una distancia superior a cien millas estarían exentas de aranceles durante un año en los almacenes de la ciudad²³.

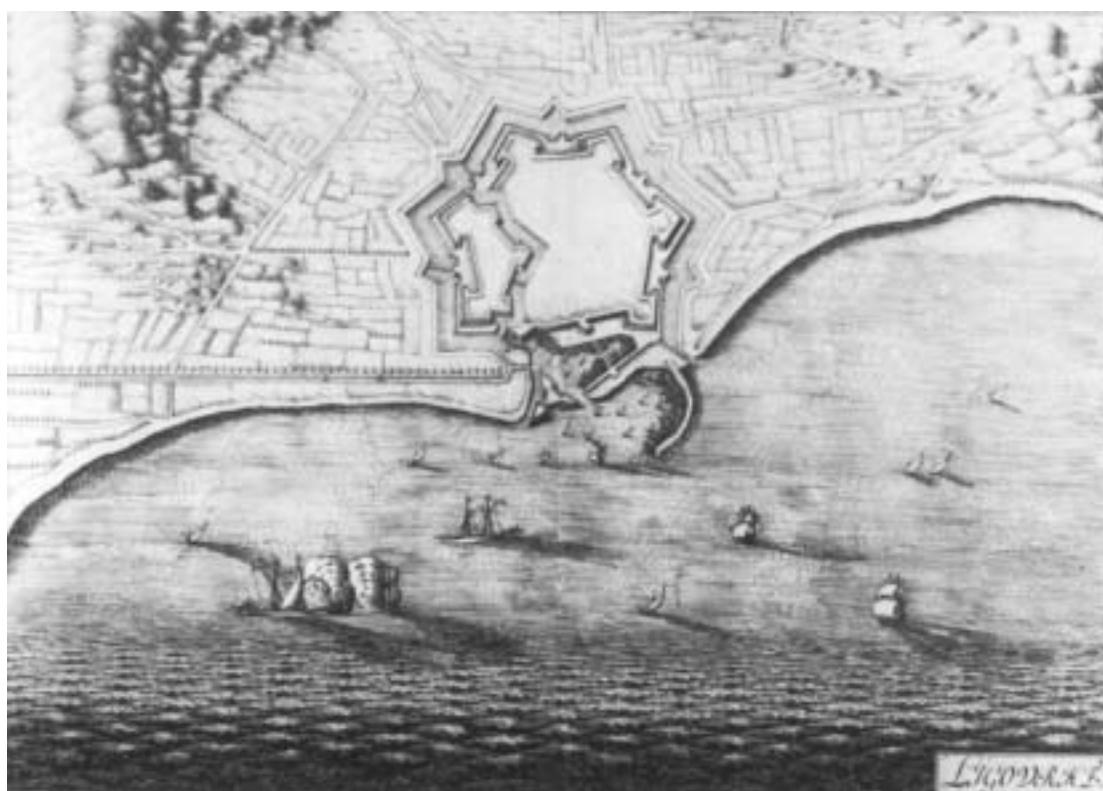


Figura 11.4 Planta de la ciudad de Liorna antes de la construcción de las fortificaciones de defensa del puerto y del lazareto de San Rocco. En F. Auger. *Plan des Principales Villes et Ports de la Mer Méditerranée*, 1652

Esto hizo que se construyera una nueva instalación cuarentenaria, puesta más tarde bajo la advocación de San Rocco, dentro de la parte ampliada del puerto. Esta instalación pronto quedaría totalmente integrada en

²² Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 38.

²³ Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio...*, p. 26.

el recinto amurallado: limitando hacia tierra, con un hornabeque y, hacia el mar, con el baluarte conocido como Porta Murata. Este baluarte era el resultado de la ampliación de la cinta de murallas proyectada en 1635, que representaría unos años más tarde una ampliación del lazareto²⁴. Esto permitía distribuir las mercancías, con la ayuda de barcazas, desde el lazareto a la ciudad, utilizando el foso navegable que la circunvalaba y que, a su vez, conectaba con el canal navegable hacia Pisa.



Figura 11.5 *Veduta Della città, porto e campagna di Livorno presa dalla cima del fanale l'anno MDCCLXXXIV*, por Giuseppe Maria Terrenti 1784 (PCL). En primer plano podemos apreciar el faro en cuya base se habían construido las primeras instalaciones de cuarentena de la ciudad

El notable desarrollo del puerto toscano hizo que la recién ampliada estación de cuarentena quedase también pequeña. El éxito de la nueva escala se explica por los numerosos reclamos y ventajas que ofrecía. Por un lado, la invitación (hecha pública en sendos bandos promulgados a 6 de enero y a 8 de octubre de 1589²⁵) a todo tipo de trabajadores (marineros, calafateadores, albañiles, canteros, etc.) a residir en Liorna. Y, por otro, el hecho de que el 1 de julio de 1591 se invitara a todos los:

mercanti di qualsivoglia nazione Levantini, Ponentini, Spagnoli, Portoghesi, Greci, Tedeschi et Italiani, Ebrei, Turchi, mori, armeni, Persiani... di venire,

²⁴ Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 73.

²⁵ Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio...*, p. 26.

stare, trafficare, passare et liberare con le vostre famiglie o senza esse, partire, tornare e negoziare nella nostra diletta città di Pisa e scalo di Livorno et anco stare per negoziare altrove per tutto il nostro Ducal Domino senza impedimento o molestia alcuna reale o personale.²⁶

Esta invitación iba acompañada de privilegios mercantiles y desgravaciones fiscales. Además, en 1627, se amplió a dos años la exención de aranceles para el depósito de mercancías promulgada en 1565.

Sin embargo, a raíz de las numerosas noticias de peste y a causa de la cercanía de San Rocco al núcleo urbano, en 1622 se creyó precisa la creación de un lazareto sucio en una de las islas del archipiélago toscano, la Gorgona, a unos 37 kilómetros de distancia al oeste de la ciudad. En esta isla cumplirían la cuarentena todas aquellas embarcaciones de las cuales se tuvieran serios indicios para sospechar la existencia del morbo a bordo. Como explica Ciano, la idea no prosperó porque tomó cuerpo el proyecto de colocar la estación sucia de cuarentena en una isla más alejada, la de Giglio, a unos 150 kilómetros al sur de Liorna, en la que se construyó un lazareto que se puso en funcionamiento ese mismo año²⁷. Esta localización fue considerada, al menos en el plano sanitario, más segura que el lazareto de San Rocco, que serviría para la cuarentena final de mercancías y tripulantes; y más, a propósito que la de la isla Gorgona, puesto que al ser Giglio una isla habitada era más fácil su intendencia. De todos modos, la lejanía que le confería claras ventajas sanitarias, la hacía muy vulnerable a los ataques de

²⁶ *Ibid.*, p. 30. Ver también Ciano, Cesare. *La sanità maritima nell'età medicea*. Pisa: Pacini Editore, 1976, p. 28. El edicto se encuentra recogido en *Legislazione Toscana raccolta e illustrata da Lorenzo Cantini, T. XIII*. Firenze. 1804, p. 270. Éste significaba la apertura de las puertas de Liorna a las gentes y mercaderes de todo el mundo, especialmente a los infieles, para los que se redactaron cláusulas especiales asegurando la libertad de culto y la protección frente a la Inquisición.

²⁷ Se puede encontrar una descripción de este lazareto en Ciano, Cesare. *La sanità maritima...*, p. 59-60.

los corsarios berberiscos, por lo que se propuso de nuevo la instalación en la más cercana isla Gorgona²⁸.

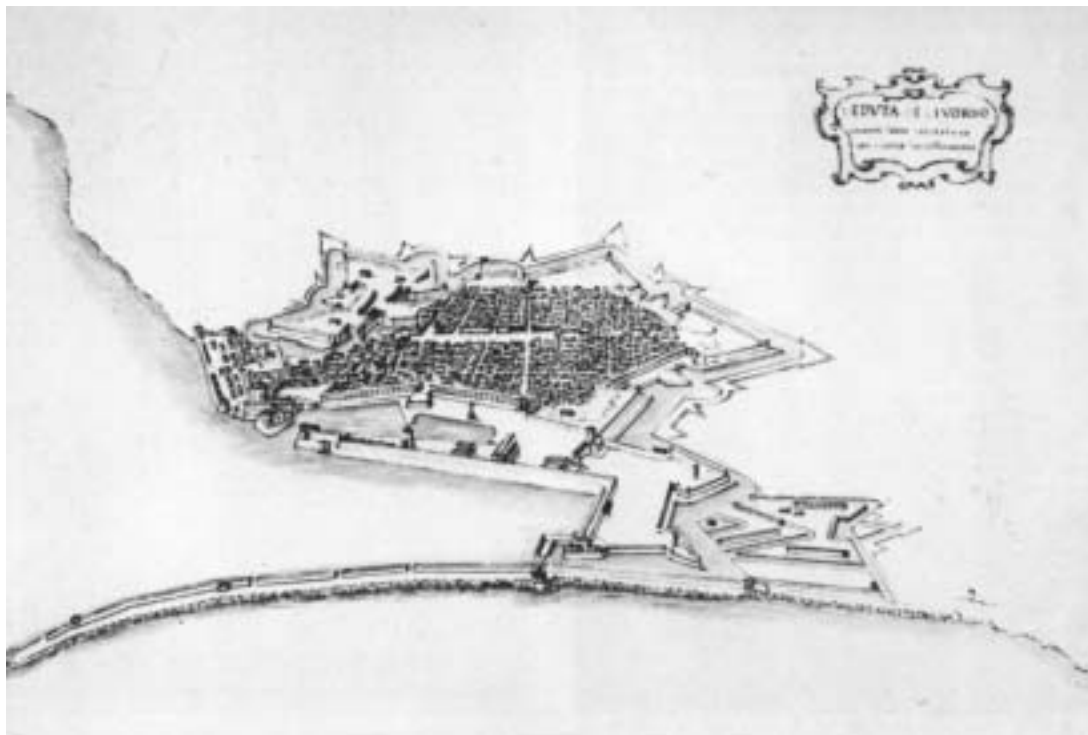


Figura 11.6 V Veduta di Livorno avanti fosse accresciuto con nuove fortificazioni, siglo XVII (ISCAG, cart. XXII n° 1630)

Algunos años más tarde, coincidiendo con el plan de lograr un desarrollo funcional de las áreas litorales del sur de la ciudad, y a causa de la gravedad de la peste de 1630-32, se construyó, a unos dos kilómetros del de San Rocco, el lazareto de San Jacopo, en un lugar exterior de la localidad. El nuevo establecimiento, cuyas obras empezaron en torno a 1643, debía ser utilizado por las naves de patente sucia o tocada. El emplazamiento, unos antiguos hornos más allá del lugar conocido como San Jacopo, lo eligió el ingeniero Francesco Cantagallina, y daba ocasión a los mercaderes de ir de manera voluntaria al puerto de Liorna sin tener que constreñirles a una purga en las islas del archipiélago toscano, cuyos evidentes problemas ya hemos explicado.

²⁸ Ciano, Cesare. *La sanità maritima...*, p. 58-61.



Figura 11.7 Pianta della piazza e porto di Livorno, por Carlo Seutter. ca. 1720 (BLL, Collezione Minutelli). Se pueden apreciar tres de los lugares utilizados para la cuarentena. Abajo en el centro el escollo del faro, en forma de boomerang, encima de éste, tocando a la ciudad y al puerto, el lazareto de San Rocco y a su derecha, ligado a éste por un canal, el lazareto de San Jacopo

De este modo, los lazaretos de Liorna se convierten, como habíamos visto para el caso de Venecia, en una instalación con funciones descentralizadas en la que las arribadas menos peligrosas eran albergadas en el recinto integrado en el puerto de la ciudad. Los barcos sospechosos serían tratados en el nuevo espacio, más alejado y seguro, aunque situado en un lugar cómodo para los mercaderes y al abrigo de los ataques de los corsarios berberiscos, defensa a la cual ayudaba el cercano fuerte del Cavalleggeri.

Ambos lazaretos, según planos del periodo, estaban comunicados mediante un canal que, iniciado en 1628, fue utilizado en un primer momento para transportar los materiales para las obras, y que suponemos que serviría más tarde para llevar hacia la ciudad las mercancías que ya habían sido expurgadas. Este canal, acabado en 1688, parece que era bastante deficiente y fue reestructurado, acabando las obras en 1722, coincidiendo con la última ampliación de San Jacopo²⁹. Entre la ampliación de San Rocco y la instalación, y las sucesivas ampliaciones del San Jacopo³⁰ durante el seiscientos, la ciudad quedaría servida, durante algo más de un siglo, en lo que a estructuras sanitarias se refiere.

En 1737 murió Gian Gastone, el último de los Médicis, y el Gran Ducado de Toscana fue asignado de acuerdo con los convenios estipulados por las grandes potencias europeas a Francesco Stefano de Lorena, el marido de María Teresa de Austria. Se trataba de una regencia que duró veintiocho años, hasta que el trono pasó a Pietro Leopoldo, el segundo hijo de María Teresa³¹.

La nueva administración quería promover, aún más, la navegación mercantil toscana. Para ello, en los años 1747 y 1749, se promovieron tratados con los países musulmanes. Sin embargo, la ciudad amurallada que hemos descrito, totalmente edificada en su interior desde hacía bastantes décadas, se revelaba insuficiente ante el desafío planteado desde Viena,

²⁹ Martines, Vincenzo. Il lazaretto de San Leopoldo e di San Jacopo di Livorno. In Nelly-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 286-291, p. 286.

³⁰ Después de la ampliación de 1660-65 el lazareto tenía una superficie de 10.750 m², en 1722, una nueva ampliación llevó su superficie hasta los 12.700 m². Ver Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècles*. Aix-en-Provence: Édisud, 1986, p. 173.

³¹ Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 113.

donde residía el regente. Es por eso que se impulsó el crecimiento de la ciudad extramuros. Veamos las órdenes dictadas desde la metrópoli:

Noi sismo persuaso che uno dei Maggiore ostacoli allo sviluppo dei commerci e della navigazione dei nostri sudditi è la poca estensione dell nostra città di Livorno che non consente di trovare le abitazionio e i magazzini necessari ai negozianti, mercanti e gente di mare; è per rimediare a questo inconveniente e nello stesso tempo per approfittare di circostanze favorevoli che noi riteniamo opportuno far costruire un sobborgo nelle vicinanze di Livorno (...) scegliendo per la sua collocazione un terreno comodo e ben spazioso per contenere la case che i negozianti e i mercanti vi potranno costruire succesivamente e nello stesso tempo la abitazioni per 1000 o 2000 famiglie di gente di mare, marinai, pescatori ecc.³²

El lugar designado para su localización estaba en las inmediaciones del fuerte del Cavalleggeri, muy cercano al lazareto de San Jacopo. Influyó en su elección la presencia de un pequeño puerto natural y suponemos que, también, la existencia del canal navegable entre los dos lazaretos. Aparte del éxito de este proyecto, lo que interesa remarcar es la voluntad de expansión de la ciudad fuera de las murallas para permitir su crecimiento económico mediante un incremento del tráfico marítimo. Esta política fue continuada por Pietro Leopoldo, bajo cuyo mandato, aparte de un primer intento de demolición de las murallas, se favoreció el crecimiento de la ciudad extramuros y se reorganizaron los servicios ciudadanos.

En este contexto se decidió la creación en la ciudad de un nuevo lazareto denominado San Leopoldo (en honor de la *granduca* Leopoldo I). Según Martines³³, también influyó en la toma de tal decisión una cierta presión ejercida por los negociantes de Liorna. En cualquier caso, como indica Matteoni, no se trataba simplemente de aumentar la capacidad de

³² ASF, Reggenza 6, dispaccio del 2 dicembre 1747, cc. 57 v.-58 r. Citado por Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 113.

³³ Martines, Vincenzo. *Il lazaretto de San Leopoldo...*, p. 287.

recepción de mercancías, que de alguna manera ya estaba asegurada con las ampliaciones de San Jacopo, se trataba más bien de “organizzare con maggiore razionalità e rapidità tutte le operazini connesse con la quarentena”³⁴. Fue ubicado un poco al sur de San Jacopo y, pocos años después de acabada la obra, que finalizó en 1780, se publicaron nuevas disposiciones que regulaban el funcionamiento de los tres lazaretos³⁵.



Figura 11.8 *Pianta generale della città e porto di Livorno campagne adiacenti*, por Tommaso Fabián, 1822 (ASF, Miscellanea Piante 141). Podemos apreciar los tres lazaretos en línea, los de San Rocco y San Jacopo unidos por el canal y, a la derecha del último (en el que se pueden observar las ampliaciones del setecientos), el nuevo lazareto de San Leopoldo

Los barcos arribados al puerto de Liorna eran repartidos entre los tres establecimientos según el grado de peligrosidad que presentaran. De este modo, las embarcaciones que llegasen con la peste a bordo serían acogidas en San Leopoldo; las sospechosas, en San Jacopo y las limpias, en San Rocco.

³⁴ Matteoni, Dario. *Livorno. Le Città...*, p. 127.

³⁵ Nos da noticias de éstas John Howard en su tratado sobre los lazaretos. Las *Ordini di Sanità* fueron publicadas según este autor en 1785. Ver 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. 7.

Este triple lazareto seguiría en funcionamiento hasta 1846, fecha hasta la cual estuvo en servicio el lazareto de San Leopoldo, desafectado de sus funciones sanitarias y utilizado algo más tarde como prisión. El lazareto de San Jacopo fue inutilizado en 1860 y demolido en 1877. No tenemos noticia de cuándo y bajo qué circunstancias desapareció San Rocco, aunque por planos de la segunda mitad del ochocientos tenemos constancia de su existencia.

El caso de Liorna es relevante porque muestra los problemas de localización de los lazaretos de una ciudad de marcado carácter comercial durante toda la edad Moderna. Una primera implantación consistió en la reutilización de un faro situado fuera del puerto en una ciudad que empezaba a amurallarse a finales del quinientos y que poco más tarde sería trasladado al nuevo puerto amurallado. La nueva infraestructura era el apartado sanitario de este cordón defensivo. La emergencia de nuevas epidemias de peste hizo buscar durante el principio del seiscientos nuevos emplazamientos para una segregación jerárquica de las actividades de cuarentena. Revelándose inútil la localización de lazaretos en islas alejadas, se decidió crear un lazareto sucio a dos kilómetros al sur de la ciudad. Se repetía, de este modo, la misma operación que se realizó en el setecientos con la creación de un tercer departamento del gran lazareto descentralizado que tuvo Liorna hasta la mitad del ochocientos.

11.4 Marsella

La tendencia a la unificación de territorios y la centralización del poder, y al refuerzo de la autoridad, imprescindible para la creación del Estado Moderno³⁶, que se empezó a notar desde mediados del siglo XV en

³⁶ Ver Maravall, José António. *Estado Moderno y Mentalidad Social (Siglos XV a XVIII)*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente, 1972; ver también Bennassar, Bartolomé et. al. *Historia Moderna*. Madrid: Akal, 1980, p. 16-21.

diferentes puntos de Europa, fue el marco en el que se produjo la anexión del Ducado de Provenza al Reino de Francia en 1481, bajo la férula de Louis XI. Este hecho, que convirtió la ciudad de Marsella en la principal vía de entrada y de distribución de mercancías de todo tipo hacia Francia y, a su vez, en el principal puerto exportador de esta potencia, fue el que hizo necesaria la instalación de un establecimiento cuarentenario.

Marsella acrecentó, durante este periodo, su área de influencia y, de centro regional en el Mediterráneo que recibía sobre todo una navegación de cabotaje, paso a ser un nodo comercial a escala internacional. Por su puerto pasaban, en ambas direcciones, todas las mercancías del corredor del Ródano, dominado por Lyon, un lugar que recibía y redistribuía los intercambios terrestres con el norte de Italia y, en gran medida, los españoles y flamencos. En lo que a influencia marítima se refiere “Marseille se projette, au gré de tours des épices, dans un monde en découverte, élargi à d’autres terres, nourri à d’autres sources, sillonné de routes d’approvisionnement reconnues”³⁷. Todo el proceso de unión al Reino se llevó a cabo con el consentimiento y la colaboración de la oligarquía comercial provenzal, que la veía favorable a sus intereses. Y no era para menos, puesto que, desde su anexión a Francia, los monarcas tuvieron un vivo interés en hacer de Marsella el puerto que el Reino necesitaba para su expansión por el Mediterráneo.

La configuración de la ciudad medieval, en su esencia, no se vio alterada en esta primera etapa de desarrollo. El ángulo agudo que formaban los dos frentes marítimos, el que daba a mar abierto y el que daba al puerto interior, se cerraba en forma de triángulo por la muralla terrestre. La intensificación del tráfico comportó una densificación del interior del recinto urbano pero en un primer momento no provocó una gran extensión de la ciudad extramuros, salvo el inevitable asentamiento de construcciones suburbanas ligadas al transporte terrestre. Por su parte, el puerto empezaba a ser a todas luces insuficiente puesto que no contaba con las

³⁷ Bonillo, Jean-Lucien (Dir.). *Marseille: Ville et Port*. Marseille: Parenthèses, 1992, p. 100.

infraestructuras necesarias para el almacenamiento de bienes y servía casi exclusivamente para la carga y descarga de mercancías. Esta falta de capacidad y de operatividad resultaba todavía más evidente si tenemos en cuenta los planes de expansión que, desde París, se ideaban para este puerto: un fallido plan de creación de una compañía comercial estatal y la posterior instalación de unos astilleros para la construcción de las galeras de guerra, así como la definitiva instalación en este puerto de la flota real³⁸, demostraban el interés existente por parte del Reino.

Todo este vaivén de barcos comerciales y de guerra, y de convoyes terrestres, hizo que, aunque sin la apariencia de formar parte de una plan global, se fueran realizando operaciones de ampliación y mejora de la infraestructura portuaria. Prueba de ello son las obras de construcción de un verdadero muelle en 1512, remodelado y ampliado en 1565, 1602 y 1622, o la construcción de los astilleros. En este difuso contexto de trabajos de remodelación del puerto, que se hizo de manera sucesiva, y después de la aparición devastadora de varias epidemias, se decidió el establecimiento del primer lazareto marsellés (Hildesheimer señala que es posible que ya existiera, cerca del puerto, una infraestructura que cumplía este cometido, aunque ningún documento lo corrobora)³⁹.

Este lazareto, construido a instancias del Consejo Municipal tras una deliberación celebrada el 18 de abril de 1526, fue situado en la costa occidental de la ciudad (orientada a mar abierto) en la pequeña rada conocida como el *Anse de l'Ourse*, cerca de la puerta del mismo nombre. Se trataba de un edificio con un jardín cerrado por un muro⁴⁰. Sobre su emplazamiento, aparte de las lógicas motivaciones derivadas de la necesidad de aislamiento

³⁸ *Ibid.*, p. 102-104.

³⁹ 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. 19.

⁴⁰ Ruffi, Antoine. *Histoire de la ville de Marseille*. Marseille: H. Martel, 1696, tome I, p. 95.

y la posibilidad de anclaje en los alrededores, podemos aventurar que al encontrarse la rada expuesta al Mistral, el conocido viento frío y seco dominante en la Provenza, era un lugar sanitariamente perfecto, puesto que esta corriente de aire podría contrarrestar los perniciosos miasmas que se suponían engendrados en lugares calientes y húmedos. Por otra parte, suponemos que, atendiendo al nombre de este establecimiento (*Hôpital de l'Infirmierie o de la Charité*⁴¹), probablemente aglutinara varias funciones. Es esta denominación la que nos hace pensar que pudiese ser ocasionalmente utilizado como depósito de pobres y vagabundos, sobre todo si tenemos en cuenta que su gestión fue confiada a la cofradía de Santa Bárbara, la de las gentes de mar, a cuyo cargo se hallaban también las leproserías⁴².

De todos modos, el lazareto se encontraba demasiado involucrado en el entramado urbano. A pesar del efecto benefactor del Mistral, treinta años más tarde fue transferido a la costa meridional de la entrada del puerto. Se eligió para su emplazamiento la cala y puerto de Saint-Lambert. Este lugar resultaba mucho mejor que el anterior ya que todo el sur de la cuenca del puerto de la ciudad se encontraba sin urbanizar. Con ello se confería a la cuarentena un aislamiento más riguroso y le daba al lazareto la posibilidad de crecer.

Suponemos que este último factor fue tomado muy en cuenta, puesto que el crecimiento y la consolidación de la ciudad como puerto francés del Mediterráneo era la intención que tenían tanto el reino, como los comerciantes de la ciudad. Un buen puerto comercial necesitaba un lazareto acorde a su rango. Y así se hizo, ampliándose, de nuevo, diez años más tarde.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 180.



Figura 11.9 *Marsegle, faite della main du Capite Hercules. Conte du Senfont*, por Ercole Nigra, 1591 (AST, Biblioteca Antica, Manoscritti, Architettura militare, disegni di piazze e fortificazioni, parte su pergamena, Volume III, Mazzo nº 3) Podemos apreciar el *Anse de l'Ourse* (el mordisco en la muralla marítima) con lo que, sin duda, eran las instalaciones cuarentenarias

Sin embargo, estas transformaciones se vieron frenadas en el último tercio del quinientos debido a las guerras contra los berberiscos y los españoles, amén de la crisis comercial que las siguió, que se intentó paliar con la creación, en 1599, y a instancias del rey Henry IV, de una cámara de comercio autónoma⁴³. Parece ser que las medidas fueron efectivas porque, además de la revitalización del puerto durante el seiscientos, las *Infirmes* fueron ampliadas varias veces durante ese periodo: en 1630, después de una

⁴³ Bonillo, Jean-Lucien (Dir.). *Marseille: Ville et Port...*, p. 105, 107.

epidemia de peste, y entre 1653 y 1659⁴⁴. Hay que sumar al éxito de tal empresa la decisión de 1622 del Parlamento de la Provenza por la cual los puertos de Marsella y Tolón eran los únicos que podían recibir los barcos llegados en derechura desde los países musulmanes⁴⁵. En esta última fecha las *Infirmeries* ya presentaban su configuración definitiva con un cercado que las aislaban del exterior.



Figura 11.10 *Massilia. Marseille*. En Martin Zeiller. *Topographia Galliae*. Frankfurt: Caspar Merian, 1655, vol. I. Podemos apreciar el nuevo lazareto construido en 1557, conocido más tarde como *Vieilles Infirmeries* (el almacén aislado que toca al mar situado detrás del gran edificio en primer plano). Aún no posee la valla que se construyó poco después

Paralelamente, en la isla Pomègue, una de las tres del archipiélago del Frioul, situado a unas cinco millas en dirección oeste-suroeste del puerto de Marsella y se utilizaban a menudo para el trasbordo de mercancías de los

⁴⁴ Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la Santé...*, p. 19-20.

⁴⁵ Panzac, Daniel. Le système sanitaire de Marseille. In V.V.A.A. *Vivre en quarantaine dans les ports de Marseille aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Marseille: Musée d'Histoire de Marseille, 1987, p. 23-42, p. 23.

barcos demasiado pesados para entrar en el puerto de la ciudad, se habilitó una rada como lugar de cuarentena. Estas islas hacían las funciones de un antepuerto que, en principio, tendría que ayudar a impedir la entrada de pestilencias en la ciudad. En un sitio de fondeo llamado la Grand-Prise, en el que podían amarrar unas treinta y cinco embarcaciones, debían parar las arribadas con una patente que no fuera del todo limpia. Para aquellas cuyo certificado sanitario era sucio, se utilizaba el lugar conocido como Galiano, un fondeadero entre Pomègue y la vecina isla de Ratonneau. En 1621 Louis XIII autorizó la construcción en ambas islas de las instalaciones de almacenamiento y purga de mercancías que pedían los comerciantes⁴⁶.

Pero las *Vieilles Infirmeries* tenían un serio problema de abastecimiento de agua potable al que no se pudo poner remedio, a pesar de los varios intentos de corregir esta eventualidad⁴⁷. A ello había que sumar su apartada situación, que hacía incómodas, según Panzac, todas las operaciones⁴⁸. En otro orden de cosas, durante la época del Rey Sol, a instancias de éste y de su ministro Colbert, la ciudad había triplicado su extensión y se había empezado la urbanización de la parte meridional del puerto interior de la ciudad. Este hecho y el inicio en 1660 de la construcción del fuerte de Saint-Nicolas, que protegía la entrada del puerto y servía como complemento al fuerte de Saint-Jean y como elemento de control de la ciudad —ya que su nobleza se había alineado con la Fronda⁴⁹— hizo pensar en el abandono de este lazareto. La instalación de la ciudadela cerca del lazareto hacía que éste se convirtiera en una molestia para las operaciones militares.

⁴⁶ Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la Santé...*, p. 56-57.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 20.

⁴⁸ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 180.

⁴⁹ Bonillo, Jean-Lucien (Dir.). *Marseille: Ville et Port...*, p. 110.



Figura 11.11 L'entrée du port de Marseille et le plan de la Citadelle le Fort de St. Jean, por Nicollas Bellin, 1695 (BNM, xx05108b). Se ven las Vieilles Infirmeries y los fuertes de Saint-Nicolas y de Saint-Jean

De modo que, en 1662, el *Conseil de Ville* decidió la construcción de una nueva estructura cuarentenaria en el norte de la ciudad, en un lugar conocido como Saint-Martin d'Arenc, a unos escasos trescientos metros de la puerta de l'Ourse. Las obras del primer recinto duraron de 1663 a 1668 y fueron pagadas por la Corona, que destinó a tal efecto una partida de 62.000 libras, el resto fue sufragado por la ciudad⁵⁰. La construcción del nuevo lazareto formaba parte del proyecto de Louis XIV de perfeccionamiento del puerto. Entre sus operaciones encontramos el dragado y saneamiento del puerto, la consolidación de los muelles y la ampliación del arsenal. No olvidemos que, a esta mejora de la ciudad y del puerto, hay que añadir el monopolio del comercio de Levante concedido por Colbert en un edicto de

⁵⁰ Hildesheimer, Françoise. *Le Bureau de la Santé...*, p. 60.

1669. Si, además, sumamos el monopolio sanitario compartido con Tolón, nos encontramos con una gran ventaja económica para la ciudad.

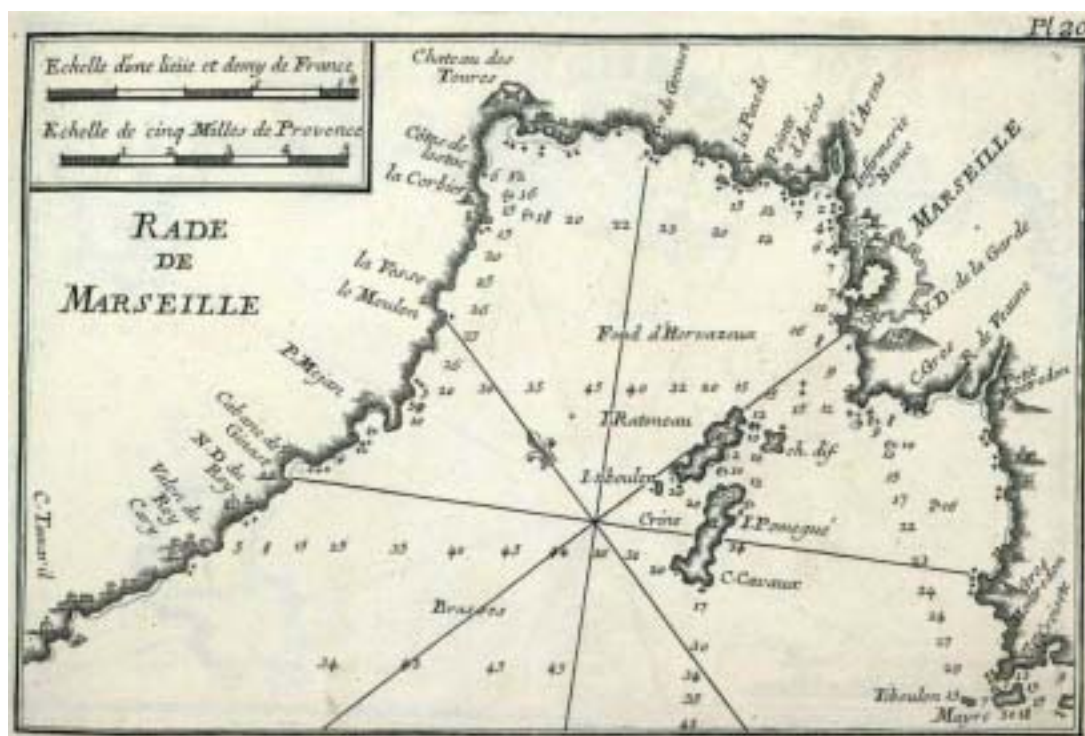


Figura 11.12 Rade de Marseille. En Roux, Joseph. *Recueil des Principaux Plans des Ports et Rades de la Mer Méditerranée*. Marseille: 1764, plancha 20

Las instalaciones de las *Nouvelles Infirmeries*, como hemos explicado en el capítulo séptimo, fueron ampliadas en 1724. Durante toda la segunda mitad del setecientos se realizaron obras de mejora interior del nuevo lazareto y también de las instalaciones en el Frioul. Hasta 1720 no tenemos noticias del principio de una práctica que consistía en usar una isla situada a unas quince millas al sur de Pomègue como anclaje para los barcos con patente sucia. Se trataba de la isla Jarre⁵¹ donde, por ejemplo, cumplió una más que dudosa cuarentena el *Grand Saint-Antoine*, responsable de la epidemia de peste de 1720. A partir de esta fecha, se emplearon a tal efecto solamente las islas del Frioul.

⁵¹ Carrière, Charles; Courdurié, Marcel et Rebuffat, Ferréol. *Marseille, ville morte. La peste de 1720*. Marseille: Maurice Garçon Editeur, 1968, p. 210.

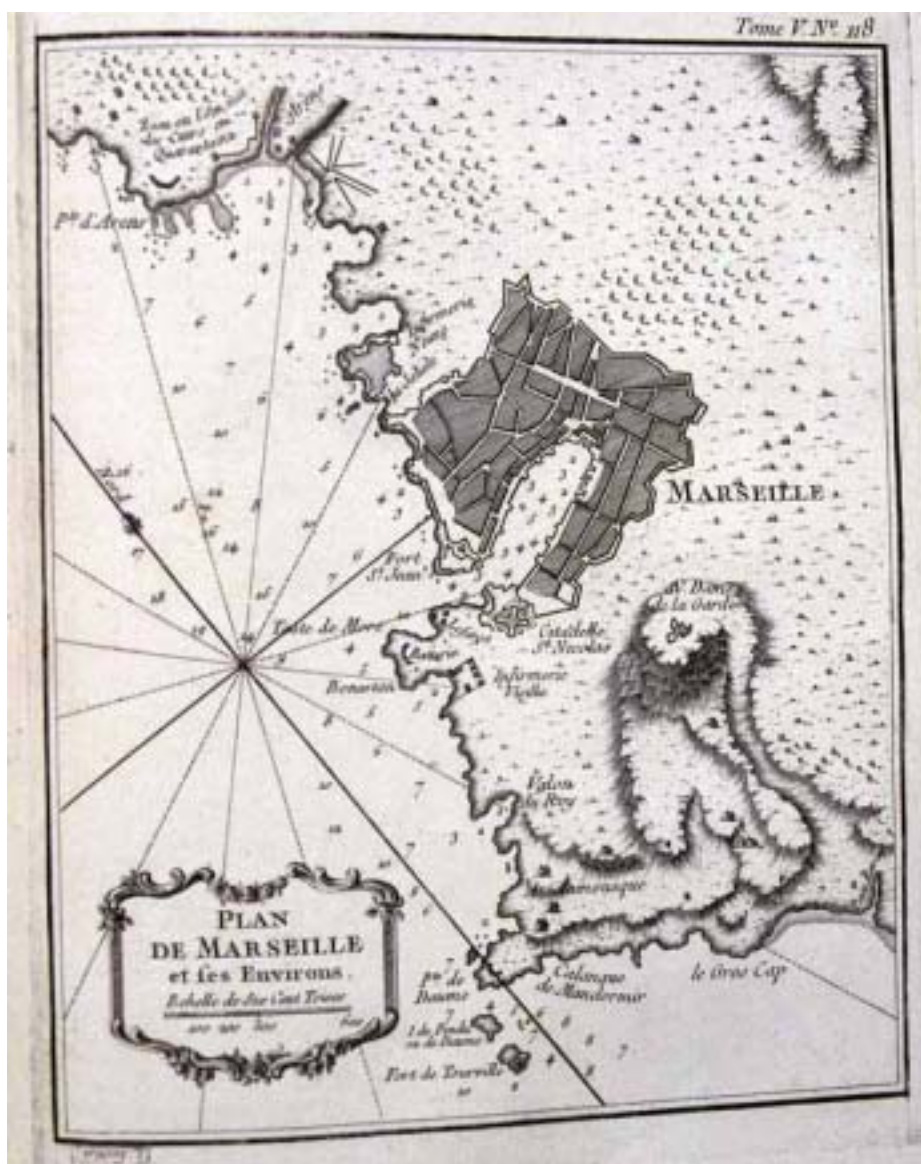


Figura 11.13 Plan de Marseille et ses environs. En Bellin, Nicolas. *Le Petit Atlas Maritime*. Paris: 1764, Tome V, plancha 8. Se pueden ver los recintos de las *Vieilles* y de las *Nouvelles Infirmeries* al sur y al norte de la ciudad respectivamente

La aparición de la fiebre amarilla en Europa fue el marco en el que se construyó el último de los lazaretos de la ciudad. Aunque ésta ya había aparecido en algunos lugares, como España, a finales del setecientos, fue con ocasión de la epidemia catalana de 1821, a la que ya hemos hecho alusión en el capítulo sexto, cuando se hizo necesario dotar a la ciudad de un nuevo lazareto. Esta plaga hacía que fueran sospechosos no sólo los barcos llegados de la España en tiempos de la epidemia, el Levante y la Berbería,

sino también todos los arribados desde América. Esta situación supuso una mayor afluencia de embarcaciones en las instalaciones cuarentenarias y éstas quedaron pequeñas. Recordemos que en 1822 había aparecido el informe de Hély D'Oissel sobre el establecimiento de nuevos lazaretos en Francia para hacer frente a la aparición de la fiebre amarilla y su clara apuesta por la construcción de lazaretos de tipo pabellonario⁵². D'Oissel, para todo lo relacionado con el emplazamiento de los lazaretos, opinaba que:

On devra choisir de préférence, pour y établir le lazaret ; le terrain le plus sec et le plus élevé dont on pourra disposer, à portée ou du moins à peu de distance d'une ville qui offre des ressources pour la composition de la commission sanitaire qui en aura l'inspection et la surveillance. Il est à désirer cependant qu'il n'ait point d'habitations à une distance trop rapprochée ; les communications seraient trop difficiles à prévenir, et la surveillance deviendrait pénible et dispendieuse. Son exposition devra être telle, qu'il puisse être habituellement battu par les vents dominans dans chaque contrée.

Il est nécessaire qu'il soit pourvu d'eaux vives et de bonne qualité. (...) Si le lazaret est situé dans un île (...) il y faudra suppléer en multipliant les citernes de telle manière que l'eau ne manque jamais. (...)

On devra chercher à éloigner l'établissement des marais ou des vases que la mer ou les fleuves découvrent à chaque marée, dont les exhalaisons rendraient moins salubre le séjour du lazaret. Dans beaucoup de cas où ce fâcheux voisinage ne pourra être évité, il serait sans doute possible de ne former au bord de la mer ou du fleuve qu'une enceinte destinée à recevoir et à purifier les marchandises, et d'établir à quelque distance, sur les hauteurs, le lazaret, où l'on conduirait les malades et les équipages ou passagers, pour y subir leur quarantaine.⁵³

⁵² Ver el capítulo noveno.

⁵³ Hély d'Oissel, Abdon-Patrocle. *Rapport sur l'établissement de nouveaux lazarets, adopté par la commission sanitaire formée près le ministère de l'Intérieur*. Paris: Imprimerie Royale, 1822, p. 14-15.

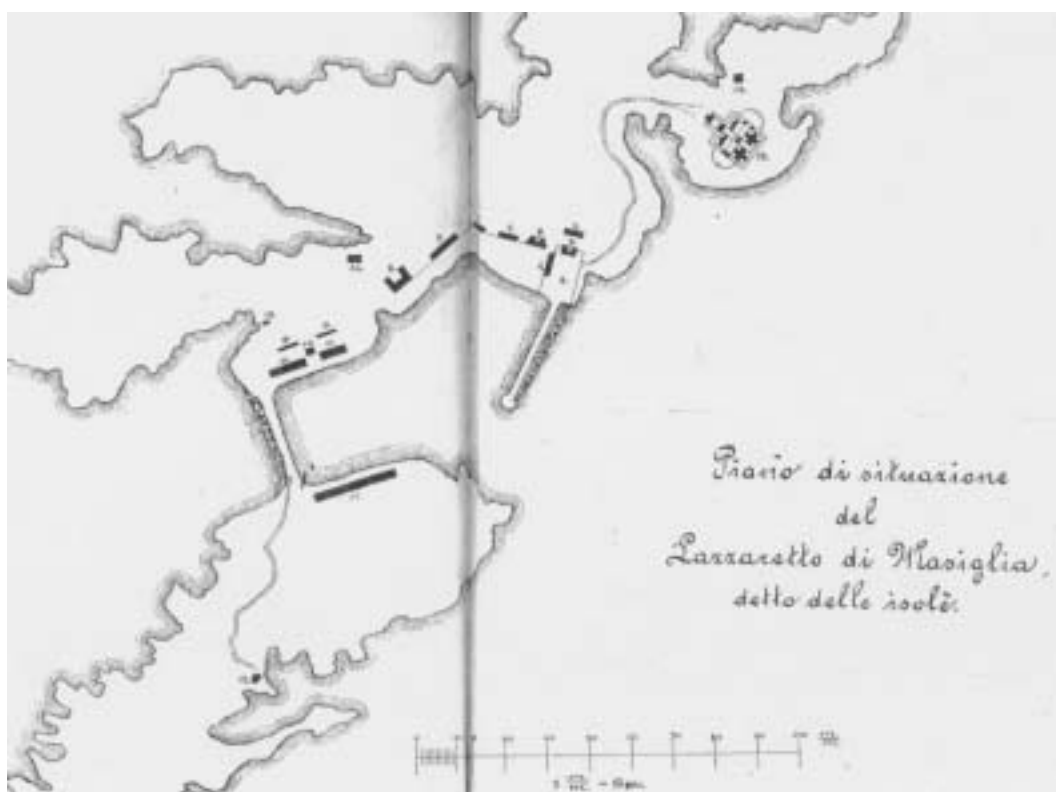


Figura 11.14 Piano di situazione del Lazaretto di Masiglia ditto delle isole. En Bussolin, Giovanni. *Delle Istituzioni di Sanità marittima nel bacino del Mediterraneo*. Trieste: Lod. Herrmanstorfer, 1881, tabla 27

De modo que el Estado ordenó construir en 1822 un lazareto en la isla de Ratonneau⁵⁴ así como un dique entre ésta y la isla de Pomègue, que daría lugar a un puerto en el que podrían anclar un centenar de barcos de la época. El lazareto se construyó siguiendo algunas de las directrices del informe D'Oissel. De tal manera que toda la parte dedicada a las mercancías se encontraba separada del hospital pabellonario, construido a una cierta distancia, en lo alto del peñasco. El Mistral se encargaría de llevarse mar adentro los miasmas desprendidos por enfermos y mercancías.

La construcción del último lazareto también obedecía a otro tipo de intereses por parte de la ciudad, sobre todo los derivados de la perenne

⁵⁴ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 181.

necesidad que ésta tenía de extender su puerto, siempre insuficiente respecto al tráfico marítimo que recibía. Así lo describe Bonillo:

Les problèmes relatifs à l'inadaptation portuaire sont en discussion depuis longtemps. La dimension spatiale de cette inadaptation concerne de nombreux aspects : l'insuffisance des bassins et des quais pour un flotte marchande en constant accroissement, la perte de place par manque de profondeur du port en certains endroits, la nécessité permanente de curer ce que les contemporains décrivent comme le grand égout collecteur de la ville ; les dangers d'incendie, enfin, consécutifs à l'introduction récente de la marine à vapeur... A tous ces inconvénients s'ajoute un hiatus plus grave encore, qui résulte d'un archaïsme dans l'organisation générale du système de circulation et de stockage de la marchandise.⁵⁵

Durante un cuarto de siglo, más o menos, convivieron las instalaciones cuarentenarias del norte de la ciudad con las de las islas. No obstante, a partir de mediados del ochocientos, decidido el emplazamiento del puerto exterior de Marsella en el sector de la Joliette-Arenc, las *Nouvelles Infirmeries* fueron totalmente demolidas quedando como único lazareto el insular.

Marsella tuvo una política de lazareto centralizado, apoyado a partir de la construcción de las *Nouvelles Infirmeries* por un ante-lazareto en las islas de su rada. Como hemos observado, los diferentes cambios fueron debidos en gran parte a la ampliación de las infraestructuras urbanas y a la búsqueda de lugares sucesivamente más apartados, acabando la defensa sanitaria en una isla a cinco millas del puerto.

Hemos visto tres casos que, por sus características, creemos que reflejan los problemas que las ciudades tenían para encontrar un lugar donde instalar sus lazaretos. Existen muchos más ejemplos que, por el carácter de esta investigación, es imposible recoger. De todos modos, remitimos al lector al

⁵⁵ Bonillo, Jean-Lucien (Dir.). *Marseille: Ville et Port...*, p. 138.

segundo apéndice gráfico donde se encuentran numerosos planos y vistas de ciudades con lazareto para que se pueda hacer una idea más exhaustiva del fenómeno.

CAPÍTULO 12º CUARENTENAS Y TERRITORIO EN LA EDAD MODERNA

En el capítulo anterior hemos visto algunos ejemplos de los problemas que tenían las ciudades al decidir dónde instalaban sus lazaretos. Es ahora el momento de cambiar de escala y ver la manera en que los diferentes territorios organizaron su sanidad¹. Como ya se ha adelantado en capítulos anteriores, pretendemos mostrar que el sistema cuarentenario fue un instrumento de ordenación territorial que, en algunos casos de manera consciente y en otros involuntariamente, tuvo importantes consecuencias en la percepción y en el uso del espacio. Para ello centraremos el discurso en la descripción y el análisis del diseño de la malla de lazaretos que, en un primer momento, se fue conformando en el Mediterráneo y que, más adelante, traspasó sus límites desplegándose allende el Mare Nostrum. En este capítulo veremos la formación de la red de lazaretos europeos durante la

¹ Utilizamos sanitaria y sanidad en el sentido de prevención que tenía en la Edad Moderna sobre el cual nos ilustra Rodríguez Ocaña: "En el siglo XVIII, por organización sanitaria o, abreviadamente, Sanidad, hemos de entender la parcela de administraciones públicas dedicadas a proteger la salud de la población frente a enfermedades catastróficas. (...) "resguardo" fue un sinónimo muy utilizado de Sanidad, producto de la estricta definición defensiva de la tarea sanitaria; no en balde el mismo término que designaba la vigilancia de fronteras". En Rodríguez Ocaña, Esteban. El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, vol. VII-VIII, 1987-88, p. 145-170, p. 145.

Edad Moderna, tanto los del Mediterráneo como aquellos sitios en el Atlántico, y en el siguiente, y último, hablaremos de la formación de una red a escala casi mundial.

12.1 Los inicios de la creación de la red

Como ya sabemos, a medida que las circunstancias lo requerían, diferentes ciudades se fueron dotando de lazaretos para asegurar su protección sanitaria. Esta generalización, si bien sirve para los dos primeros siglos del funcionamiento de las cuarentenas, se revela insuficiente entrada la Edad Moderna, cuando el número de lazaretos ya empezaba a ser considerable y se fue estableciendo en el Mediterráneo lo que podemos comenzar a llamar una red más o menos integrada de defensa sanitaria.

En el capítulo tercero hemos explicado cómo el sistema cuarentenario estaba fundado, entre otras cosas, en la exclusión de los puertos situados en lugares considerados focos permanentes de epidemias, de los que se encontraban infectados y de aquellos que no se guardaban debidamente de los anteriores. También hemos visto cómo durante el cuatrocientos y el quinientos se fue formando la imagen, ya del todo afianzada a principios del siglo diecisiete, según la cual los puertos del Levante mediterráneo y de la Berbería entraban en la categoría de lugares perennemente sospechosos. Confluían en esta idea varias constataciones: la peste era endémica en las regiones de la costa meridional y oriental del Mediterráneo —de hecho en estos territorios se encontraban las colonias permanentes de ratas cuyos parásitos transmitían la *yersina pestis* (ver fig. 12.1)— y se sumaba a esto la total falta de protección contra la peste de todos los países musulmanes hasta el siglo XIX, puesto que el precepto religioso obligaba a aceptar el envío divino con resignación. Además, la peste, salvo raras excepciones, fue siempre importada a la Europa cristiana desde las regiones musulmanas.

Según Birabén, podemos trazar una línea de separación de dos diferentes patrones de comportamiento de esta enfermedad que va desde

Cattaro, en el sur del Adriático, hasta Samara, en Rusia, al norte del mar Caspio. Birabén indica que al noroeste de esta diagonal la peste fue incapaz de mantenerse espontáneamente. A pesar del sedentarismo y densidad de su población humana y del clima apropiado para la reproducción y longevidad de las pulgas —puesto que ninguna especie de roedores salvajes podía servir como reserva de virus— en estos países inventaron e implantaron instrumentos para evitar el morbo. En cambio, en el extremo inferior de la raya, que tenía una población humana en su mayor parte nómada, con algunos enclaves de gran concentración de personas, los roedores crearon grandes colonias que, durante siglos, perpetuaron el virus que atacaba periódicamente a una población que nada hacía para evitar la enfermedad².



Figura 12.1 Focos permanentes de peste durante la Edad Media y Moderna
(elaboración propia a partir de los datos de Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets*.
Marseille: Édisud, 1986, p. 80)

² Biraben, Jean-Nöel. Les routes maritimes des grandes épidémies au moyen âge. In Christian Buchet (Dir.). *L'homme, la santé et la mer*. Paris: Honoré Champion Éditeur, 1997, p. 23-37, p. 33.

Estas constataciones crearon una división del Mediterráneo en dos mundos totalmente separados en lo que a protección sanitaria se refiere: el musulmán, que, además de poseer focos permanentes de peste, no se protegía de ella, y el cristiano, que poco a poco fue dándose cuenta del peligro de importación de epidemias desde los países de los “infieltes”. Esto hizo que, paulatinamente, los diferentes puertos de la costa norte del occidente mediterráneo se fueran dotando de instalaciones cuarentenarias cuyo fin era el mantenimiento del tráfico marítimo de mercancías desde los lugares sospechosos. Durante la Edad Media, estas incipientes estructuras sanitarias sirvieron exclusivamente a la población en la que estaban situadas. Durante este primer periodo de creación y mejora del sistema cuarentenario numerosas ciudades se dotaron de códigos que regulaban el quehacer de los puertos y de las ciudades en materia de prevención sanitaria³. En estas disposiciones se adjuntaba en algunos casos una relación de lugares específicos en los que cumplir la cuarentena, aunque no era ésta la moneda corriente. Lo más habitual era que, dentro de un área determinada, cada localidad dictara sus propias normativas —muchas veces acordes con los intereses comerciales de las élites locales, si nos fijamos en el caso de Cataluña⁴—, aunque no es de extrañar que sucediera lo mismo en otros países.

A tenor del peligro que representaba esta falta de centralización de la defensa sanitaria, las ciudades más importantes fueron extendiendo su influencia gradualmente hacia áreas cada vez más amplias, convirtiéndose en los únicos puertos que tenían el derecho de recibir a los navíos llegados en

³ Hace un sucinto repaso de éstos, poniendo el acento sobre los códigos españoles López Nadal, Gonçal. Estructura e instituciones sanitarias en los puertos del levante ibérico entre los siglos XVI y XVIII (una visión de conjunto). In Simonetta Cavaciocchi (Ed.). *I porti come impresa economica*. Firenze: Le Monnier, 1988, p. 65-88, p. 73.

⁴ Martín Corrales, Eloy. *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. 133.

derechura desde puertos sospechoss. Se trataba normalmente de ciudades que, dotadas de instalaciones cuarentenarias, eran autorizadas por el Estado a ejercer un control sobre la sanidad de áreas más o menos amplias.

12.1.1 Barcelona y la protección sanitaria de Cataluña a principios de la Edad Moderna

La gestión de la defensa sanitaria de España desde el principio de la Edad Moderna hasta la caída de la casa de Austria no tuvo nada de uniforme y dependió, en cada una de las unidades administrativas que formaban parte del Reino, de su entramado político y de las relaciones de poder existentes entre las diferentes autoridades. Éstas solían ser muy celosas de sus respectivas jurisdicciones, que a menudo se solapaban, y casi siempre se sostenían en un frágil equilibrio de fuerzas. Es preciso apuntar que, a pesar de la atávica acusación a la Corona española de esa época de no interesarse por la protección sanitaria del Reino, algunos autores demuestran que durante todo el periodo, y sobre todo a partir del reinado de Felipe II, ésta intervino en la política sanitaria: unas veces de forma directa; otras, de forma indirecta; en ocasiones, colaborando con las autoridades pertinentes y, a veces, imponiendo su criterio⁵. En las siguientes líneas explicaremos el caso catalán para mostrar cómo se desarrolló el proceso de centralización de la prevención de las epidemias a escala regional. Se debe tener en cuenta, no obstante, que otros puertos españoles estuvieron implicados en esta carrera y que sería pertinente hablar de ellos si el análisis englobara la totalidad de España. Por el momento nos centraremos en Cataluña y extenderemos el discurso al resto del Estado cuando expliquemos la política borbónica referente a este objeto.

El 17 de julio de 1510, en las Cortes de Monzón, el Consell de Cent de Barcelona recibió de Fernando el Católico el privilegio de regular las prácticas

⁵ Ver a este respecto para toda la época Betrán, José Luis. *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Editorial Milenio, 1996; Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*

del control sanitario tanto en la capital del Principado como en todos aquellos lugares sujetos a la jurisdicción de la ciudad mediante el sistema de *carreratge* —que sobrevivió en Cataluña hasta el siglo XVII. Este hecho, como indica Betrán, hizo que Barcelona se acostumbrara a actuar de manera global sobre todo el Principado a través de la Junta del Morbo —la magistratura sanitaria permanente creada a mediados del quinientos y consolidada a partir del mediados del siglo siguiente⁶. Este proceso no fue, sin embargo, un camino de rosas. La falta de una auténtica jerarquía en la administración sanitaria y la dispersión de poderes entre la Generalitat, las ciudades y el Virrey de Cataluña —que intentaban a toda costa mantener los privilegios adquiridos con anterioridad a la prerrogativa regia— eran fuente de numerosos conflictos. Y más aún si tenemos en cuenta que Barcelona intentaba, ayudándose entre otros instrumentos del control sanitario, recuperar la hegemonía del tráfico marítimo del Principado —cuya preponderancia se había diluido y repartido entre numerosos puertos como Mataró, Sant Feliu de Guíxols o Salou, entre otros⁷. Es por esto que la capital intentó subordinar a todo el Principado en lo que a política sanitaria se refiere⁸, utilizando la coacción económica y militar, si era menester⁹. Hay que añadir que, en Monzón, el rey Fernando permitió también a los mercaderes de todo el Principado, previo pago de 208.000 libras, el comercio con los reinos de Túnez, Argel, Trípoli y Bugía¹⁰.

⁶ Betrán Moya, José Luís. La protección sanitaria de Barcelona como control del comercio a larga distancia, 1570-1680. In Joan Roca i Albert (Coord.). *La formació del cinturó industrial de Barcelona*. Barcelona: Proa, 1997, p. 47-59, p. 49.

⁷ Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 133-134.

⁸ Aunque el privilegio real de 1510 no hacía extensivos los poderes concedidos a Barcelona y a las poblaciones que se encontraban bajo su férula por medio del *carreratge* al resto de localidades

⁹ Betrán Moya, José Luís. *La peste en la Barcelona...*, p. 220.

¹⁰ Ver Martín Corrales, Eloy. El comerç de Catalunya amb el nord d'Àfrica el segle XVI: una segona exclusió? *L'avenç*, 189, 1995, p. 16-21, p. 17.

De todos modos, durante el quinientos, Barcelona no consiguió hacerse con la exclusiva de las arribadas desde lugares epidemiados. Aunque en otras poblaciones, en algunos casos, se siguieron los dictados de la capital y no se dio plática a los barcos procedentes de lugares en los que reinara la peste. Tal fue el caso de una tartana que había llegado a Barcelona desde Marsella el 21 de diciembre de 1586 con cueros, algodones, lino, pimienta, canela y otros géneros consignados a algunos comerciantes barceloneses. Se le impidió la entrada a todos los puertos de la costa catalana del norte de la capital; la razón de este comportamiento era la prohibición, por parte de los *Consellers* y la *Vuytena del Morbo*, de importar todo tipo de géneros procedentes de Francia a Barcelona, dado que en Lyon, Marsella y otros puntos del país había estallado una epidemia de peste. Las autoridades sanitarias de Barcelona habían rogado al Virrey de Cataluña una extensión de tales providencias al resto del principado, aunque éste solamente dictaminó una interdicción de trato con las zonas epidemiadas¹¹. Esto demuestra, en cierto modo, una convergencia de intereses entre la Corona y la ciudad de Barcelona, puesto que ambos estaban interesados en una centralización de la organización sanitaria y un control de las actividades políticas y económicas del Principado¹². Esto no obstaba para que continuaran las tensiones entre las dos instituciones, derivadas algunas de la intromisión de la Corona en los asuntos sanitarios de la ciudad, sobre todo a partir del advenimiento de Felipe II y hasta el Decreto de Nueva Planta, en 1714¹³, y a la ambigua posición de la Corona, que no tenía un excesivo

¹¹ Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona. Medidas adoptadas por el Consell de Cent para prevenir las 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. 430.

¹² Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 133-134.

¹³ Ver a este respecto Friedman, Ellen G. Public health in seventeenth century Catalunya: a conflict over jurisdiction. In *Primer Congrès d'Història Moderna de Catalunya*. Barcelona:

interés en controlar y centralizar la sanidad durante este periodo, entre otras razones, a causa del desembolso económico que le hubiera representado¹⁴.

Los intentos por parte de Barcelona de hacerse con el control sanitario de las arribadas por mar fueron uno de los caballos de batalla de la ciudad durante las monarquías de la casa de Austria. El 27 de julio de 1624, por ejemplo, se acordó en el Consell de Cent pedir al Virrey que dictaminase qué puertos de Cataluña podían recibir embarcaciones extranjeras¹⁵. En esos momentos cualquier nave podía desembarcar indistintamente en otros puertos catalanes¹⁶ pero, como explica Viñas y Cusí, Barcelona tenía grandes sospechas de las negligencias que se producían en éstos en lo tocante a la práctica de medidas profilácticas¹⁷, cosa que suponemos que confería a la capital una mayor seguridad y visos de legitimidad en sus aspiraciones de controlar el tráfico marítimo de Cataluña. Pero la respuesta de la autoridad central a las pretensiones de la capital fue algo más tardía y no se accedió a contemplarlas hasta 1656 cuando, a causa de la continua existencia del mal contagioso en el Levante y la Barbería, y del peligro de su importación por las naves inglesas, francesas y holandesas, el Virrey ordenó:

Edicions de la Universitat de Barcelona, 1984, vol. I, p. 581-587.. En el artículo se muestran varios ejemplos sobre las injerencias durante el reinado de Felipe IV del Virrey, Duque de Cardona, en los asuntos de salud pública de la ciudad que, según la autora, formaba parte de un intento del Conde-Duque de Olivares de poner la jurisdicción de la peste bajo control real.

¹⁴ Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 164.

¹⁵ Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias...*, p. 460.

¹⁶ En agosto del mismo año, por ejemplo, Vilaseca había dado plática a un buque que se creía en procedencia del Levante Mediterráneo, llegaba sin patente sanitaria y no había sido, por este motivo, admitido en los puertos de Tarragona, Salou y Cambrils. En diciembre de 1631 fue el puerto de Cambrils el que admitió un barco rechazado por Barcelona, lo que ocasionó que el Consell estudiara la retirada de la plática a esta localidad. Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias...*, p. 462, p. 477

¹⁷ Viñas y Cusí, Federico. *Datos históricos sobre las epidemias...*, p. 477

à todos los Puertos del Principado, que por ninguna via directa ni indirecta, diesen lugar, ni permitiesen, que ningun vaxel que viniese de Parte sospechosa le admitiesen en ellos, ni les diesen practica, ni comercio alguno sino huviesen primero llegado à este Puerto, y levasen certificacion, de que en el se les havia dado la practica y comercio, mandando assi mismo no les permitiessen el desembarco, antes bien les obligasen à venir à esta Ciudad, donde con maior seguridad se puede precaver à la conservacion de la salud publica, que tanto importa para todos.¹⁸

La ciudad de Barcelona había conseguido, en cierto modo, su fin y controlaba, en mayor o menor medida, las llegadas desde el Levante, la Berbería y las zonas epidemiadas. Ya hemos visto que esto significaba, al mismo tiempo, una gran capacidad de intervención en otros campos, sobre todo el comercial, y que, en muchos casos, estas regulaciones tendían a favorecer a las élites mercantiles o a determinados gremios de la ciudad, que poseía el monopolio de las arribadas desde puertos sospechosos. De todos modos, durante todo el siglo XVII, Barcelona tuvo que soportar la competencia de otros puertos catalanes, en especial del de Mataró, ante lo cual la Corona mantuvo una posición más bien ambigua¹⁹. En esta línea continuó la política de prevención sanitaria catalana hasta el cambio de dinastía, de la que hablaremos más adelante. Lo importante es ver los esfuerzos de centralización por parte de la capital. Para finalizar, hay que recordar que durante el periodo del que hemos hablado no existía en Barcelona un lazareto construido a este propósito y que las cuarentenas se cumplían en edificios aprovechados construidos para otros fines.

12.1.2 La red europea de lazaretos en los siglos XVI y XVII

Salvando las distancias, los diferentes condicionantes y las coyunturas específicas de cada país, podemos afirmar que, durante esta época, la

¹⁸ Citado por Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 134.

¹⁹ Llovet Verdura, Joaquim. *Mataró, 1680-1719: el pas de vila a ciutat i a cap de corregiment*. Mataró: Caixa d'Estalvis de Mataró, 1966.

tendencia general en muchas de las regiones del Mediterráneo cristiano fue la de una progresiva centralización de las actividades cuarentenarias. Los motivos son bien claros y se derivan, sobre todo, de la existencia de lugares aptos para cumplir la cuarentena²⁰ y de la existencia de organismos, más o menos permanentes, que se ocuparan de dictar las medidas pertinentes. No estamos diciendo que centralización fuera sinónimo de eficacia, pero es indudable que la centralización de las cuarentenas en unos pocos lugares podía suponer una mínima homogeneidad en su práctica que, a su vez, podía ayudar a evitar los intentos de fraude al sistema. Por otra parte, es importante añadir, que en las grandes unidades territoriales, léase España o Francia, esta centralización se fue realizando de manera separada en las diferentes divisiones administrativas, cada una de ellas con sus respectivos privilegios y prebendas resultantes de su particular relación con el Estado. En Estados más pequeños, solía existir un único lazareto en las inmediaciones de la capital o en el puerto más importante de su territorio.

La tendencia a la separación del Levante y la Berbería fue tomando forma a partir de este periodo y, a grandes rasgos, podemos afirmar que se instauró una primera barrera de lazaretos por las potencias de la costa septentrional del Mediterráneo central. Una primera línea de defensa que, por el momento, protegía las costas del Adriático de toda la orilla occidental de la península Itálica y de la costa francesa.

12.1.2.1 La red veneciana hasta finales del seiscientos

De este modo, en 1423, Venecia fundaba un lazareto en una isla de la laguna, que se desdoblaría posteriormente en dos, en 1468. En sus territorios a lo largo de la costa del Adriático, fundó uno en Spalato, en 1591; otro en Zara, en 1610; otro en Cattaro, en 1673 y, el último de este primer periodo, en

²⁰ El caso español es excepcional puesto que, a grandes rasgos y con contadas singularidades, se tuvo que esperar hasta el setecientos para que se pusiera en marcha la construcción de verdaderos lazaretos.

Castelnuovo, en 1699. Nos damos cuenta que la República de San Marcos fue la primera, como veremos en las líneas siguientes, adelantándose al resto de potencias del Mediterráneo, en crear una red de lazaretos que diese cobertura sanitaria a gran parte de sus territorios. Influía en ello su especial configuración de estrechas franjas de territorio en una gran extensión de costa en torno del Adriático. Hay que sumar a éstos los lazaretos situados en sus dominios terrestres, entre los cuales encontramos el de Bérgamo, construido durante buena parte del quinientos y terminado en 1583; el de Brescia, en 1484; el de Verona, a mediados del mismo siglo; el de Rovigo, durante la misma época; el de Pontebba, en la frontera con Austria, en 1624, amén de los lazaretos campestres fundados en los lindes del Imperio Otomano. Venecia, pionera en los asuntos de defensa contra las epidemias, se dotó antes que sus contrincantes económicos de un entramado cuarentenario que merece una investigación aparte²¹.

12.1.2.2 Ragusa y su pequeña red local

Ya hemos hablado ampliamente de los diferentes lazaretos que dieron servicio al pequeño territorio de la República de Ragusa. Dada la poca extensión de su territorio, el lazareto de la capital —y el construido en Castell di quel Mar, durante el seiscientos, a varias decenas de kilómetros al noroeste de la ciudad— aseguraban su protección tanto marítima como terrestre.

12.1.2.3 España y sus posesiones en Italia

Desde el inicio del quinientos y durante todo el seiscientos, casi todos los estados italianos estaban ligados, directa o indirectamente, al sistema imperial español. Pero, como hemos visto, éste no mostraba un especial

²¹ No existe aún una investigación que preste la merecida atención al entramado cuarentenario de Venecia desde un punto de vista territorial que creemos que sería del mayor interés.

interés en crear un sistema de defensa centralizado, empecinado como estaba en la guerra contra los turcos y en la construcción de fortalezas en los puertos principales²². El Virreinato español de Nápoles, bajo el mandato de Antonio Álvarez de Toledo y Beaumont de Navarra, Duque de Alba, construyó un lazareto en la isla Nisida, cercana a Nápoles, en 1624²³. En el otro Virreinato español en el sur de Italia, el de Sicilia, se erigió un lazareto de obra en 1575. Utilizado solamente durante la epidemia de peste de ese año, fue quemado y se erigió otro, en el mismo lugar, en 1642 –que fue demolido, unos treinta años más tarde, durante la insurrección de la ciudad contra España. En Palermo, el virrey, Don Francisco Fernández de la Cueva, Duque de Albuquerque, mandó construir uno en 1628²⁴. En el tercer dominio español, el Virreinato de Cerdeña, a pesar de las múltiples providencias provisionales para evitar la peste, no se construyó, bajo la férula de los españoles, ningún lazareto. A tenor de lo explicado sobre Barcelona en el apartado anterior y dada la inexistencia en la Península de verdaderos lazaretos en los que se pudiesen realizar cuarentenas, resulta bastante obvio que la monarquía española confiaba en estos otros, y en los que se encontraban situados en el área que estamos describiendo, para las cuarentenas de los barcos en procedencia del Levante y la Berbería. Durante todo este periodo, la actuación de los Austrias fue bastante cambiante en relación al comercio con los lugares sospechosos. A grandes trazos,

²² Ver a este respecto Sirago, Maria. Il sistema portuale italiano in Eta' Moderna. In Agustín Guimerá y Dolores Romero (Eds.). *Puertos y sistemas portuarios (Siglos XVI-XX): Actas del Coloquio Internacional 'El sistema portuario Español'*. Madrid: Ministerio de Fomento, 1996, p. 53-76.

²³ Más noticias sobre éste en De Rinaldi, Giuseppe. Napoli. Lazzaretto di Nisida. In Nelli-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 268-271; Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècles*. Aix-en-Provence: Édisud, 1986, p. 186-187.

²⁴ Acerca de éste Vanzan Marchini, Nelli-Elena. Messina e Palermo. In Nelli-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 264-267.

podemos decir que cuando era necesario el servicio de un lazareto sucio²⁵ se utilizaron los situados fuera de la Península, sobre todo los pertenecientes a otros países²⁶. El poco desarrollado sistema cuarentenario español de ese periodo se encargaba meramente de verificar el cumplimiento de las cuarentenas y expurgos de los barcos procedentes de otros puertos con instalaciones apropiadas, y de aplicar medidas en momentos concretos, fruto de alguna situación de peligro.

12.1.2.4 Malta

Malta había creado instalaciones de cuarentena a partir de mediados del quinientos pero, a causa de su estratégica posición de paso entre el Mediterráneo oriental y occidental, había dictado, como muchos otros puertos, providencias de defensa antes de la dotación de lazaretos²⁷. Durante su dominación de la isla, desde 1283 hasta 1530, los aragoneses²⁸ la habían utilizado como base comercial y militar y ejercieron sobre ella una influencia preponderante que continuaría durante todo el seiscientos. Esta influencia estaba relacionada con la cesión de la isla a los Caballeros de la Orden de

²⁵ Es decir, un lazareto capaz de acoger cualquier tipo de barco, sin importar qué patente trajera. Nos referimos sobre todo a las arribadas desde los puertos en los que reinara una epidemia o que fueran altamente sospechosos.

²⁶ Martín Corrales, Eloy. La proyección mediterránea del sistema portuario español: siglos XVI-XVIII. In Agustín Guimerà y Dolores Romero (Eds.). *Puertos y sistemas portuarios (Siglos XVI-XX): Actas del Coloquio Internacional 'El sistema portuario Español'*. Madrid: Ministerio de Fomento, 1996, p. 143-165, p. 148

²⁷ Ver Galea, Joseph. The Quarantine service and the Lazzaretto of Malta. *Melita Historica: Journal of the Malta Historical Society*, vol. IV, nº 3, 1966, p. 184-209, p. 184-186.

²⁸ Y, a partir de la unión de los reinos de Aragón y Castilla en 1479, los españoles en general.

San Juan de Jerusalén en 1530 por el Emperado Carlos V, que tenía en ella un interés militar a causa de la guerra entablada con el Imperio Otomano²⁹.

Durante la época anterior a la cesión se habían dictado las primeras providencias relativas a la protección sanitaria de la isla, puesto que muchas de las naves que llegaban a ella provenían de los lugares perennemente tocados por la peste. Fue también el momento de los primeros conflictos de jurisdicción sobre esta materia entre el poder militar y el consejo ciudadano, puesto que el castellano de la fortaleza de la capital pretendía adjudicarse él la capacidad de librar patentes de sanidad a las embarcaciones llegadas desde lugares sospechosos. Tras la oposición del Consejo de Mdina, llegó el asunto a instancias reales, que fallaron a favor de este último³⁰. De todos modos, en la época anterior a la construcción del gran lazareto, que se erigió mediado el setecientos, Malta no desempeñó un papel muy importante como lugar de cuarentena para otras potencias. De todos modos, la creación de la vasta instalación que, como ya hemos explicado anteriormente, fue numerosas veces ampliada, fue el detonante de su utilización por parte de franceses e ingleses. Volveremos sobre este particular más adelante.

12.1.2.5 El Gran Ducado de la Toscana y los ingleses

Ya hemos explicado, a escala local, el caso del lazareto de Liorna. No nos entretendremos en explicar su idoneidad, por otra parte más que evidente, en la defensa marítima del territorio toscano. Nos centraremos en su actividad, derivada parcialmente de su carácter de puerto franco, como lazareto con vocación internacional que daba servicio a otras potencias, como Inglaterra, sin implantación territorial en el Mediterráneo. Hasta mediados del

²⁹ Ver Fontenay, Michel. *Malte entre la France et l'Espagne des Habsbourg (XVI-XVII siècles)*. In *L'Ordre de Malta, el regne de Mallorca i la Mediterrània*. Palma de Mallorca: Sobirà, 2000, p. 37-52, p. 37.

³⁰ McManamon, John. *Maltese Seafaring in Mediaeval and Post-Mediaeval Times*. *Mediterranean Historical Review*, vol. XVIII, nº 1, 2003, p. 32-58, p. 44.

seiscientos, el Reino Unido de Gran Bretaña llevó una política cuarentenaria que podemos denominar como casi inexistente y, en los casos en los que se aplicaban este tipo de medidas, estaban marcadas por la temporalidad de la emergencia. En 1579 se publicaron las primeras *plague orders* en las que encontramos tibias diligencias profilácticas con las arribadas desde zonas sospechosas, que provocaron, en algunos casos muy señalados, la aplicación de cuarentenas, sobre todo a partir de 1585. Como indica Cipolla, “la pratica non era generalizzata e la quarentena veniva applicata *ad hoc* in casi specifici”³¹. En 1664 se generalizó el uso de las cuarentenas, debido a la necesidad de protegerse de las Provincias Unidas de los Países Bajos que, como ya hemos dicho en otras partes de esta investigación, no se guardaban debidamente de los lugares contagiados y sospechosos. Pero este hecho no significa que se creara una administración sanitaria comparable a la de otros países de la órbita mediterránea³², por lo que podemos afirmar que, como en el caso de los territorios españoles peninsulares, la Gran Bretaña dependía de la red de lazaretos instaurados en este mar.

El puerto que los ingleses adoptaron como base de sus operaciones comerciales y sanitarias durante el siglo XVII fue el de Liorna. Ya se han comentado anteriormente las ventajas fiscales que éste ofrecía a los comerciantes extranjeros. En el caso de Gran Bretaña se sumaban a estos beneficios, nada desdeñables, la posibilidad de realizar la purga de sus mercancías antes de volver a su país, o de redistribuir la mercancía hacia otros puertos del mar interior, aparte de servir como plataforma para la venta de sus propias mercancías manufacturadas³³. La importancia de Inglaterra

³¹ 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. 43.

³² *Ibid.*, p. 44.

³³ Debemos añadir que gran parte de lo que explicaremos sobre los usos de Livorno como base económica y sanitaria inglesa es aplicable, a grandes rasgos y salvando las distancias, a Holanda.

como potencia mediterránea, a pesar de no poseer en este periodo territorios en dicha área, es un tema que ha sido ampliamente demostrado³⁴. Con presencia en el Mediterráneo desde principios del siglo XVI, los comerciantes ingleses fueron organizando en aquellos puertos en los que tenían suficiente presencia, una especie de asambleas o cuerpos de comerciantes, agentes y factores con el fin de prestarse asistencia y ayuda mutuas que dieron en llamar *Factories*³⁵. Estas *factories* estaban instaladas en los puertos más importantes, como Barcelona, Génova, Liorna, Nápoles, Messina, Venecia, Aleppo, Izmir, Constantinopla, etc.

En esta escala técnica que representaba Liorna, las relaciones entre ingleses e italianos no eran precisamente una balsa de aceite. Los problemas aparecían a causa de las dos culturas opuestas en lo tocante a la salud pública, en general, y, a las cuarentenas, en particular. La actitud de Inglaterra en la prevención de las epidemias, con su tardío desarrollo de normativas que, por otra parte, chocaban con los sagrados intereses comerciales, contrastaba con la burocracia potente, meticulosa y puntillosa de los puertos italianos —en especial el de Liorna, que, cuidadosa de la salud de la ciudad, no dudaba en aplicar severos castigos y prolongaciones de la cuarentena a los barcos cuyos capitanes se comportasen de manera no escrupulosa con respecto a la prevención de la peste³⁶. Si bien los ingleses hacía tiempo que comerciaban en el Mediterráneo, no es de extrañar que durante el seiscientos —época de gran despliegue de sus naves y en la que

³⁴ Ver, a modo de ejemplo, Carr, Edgard Hallett. *Great Britain as a Mediterranean Power*. Nottingham: 1937; Monk, W.F. *Britain in the Western Mediterranean*. London: 1953; Braudel, Fernand. *La Méditerranée et le monde méditerranéen à l'époque de Philippe II*. Paris: Armand Collin, 1949.

³⁵ Ver D'Angelo, Michela. In the 'English' Mediterranean (1511-1815). *Journal of Mediterranean Studies*, vol. XII, nº 2, 2002, p. 271-285, p. 276. En él puede encontrarse numerosa bibliografía relacionada con estas *factories* en diferentes puertos del Mediterráneo.

³⁶ Ver en este sentido los capítulos tercero, quinto y sexto del libro de Cipolla, Carlo M. *Il burocrate e il marinaio ...*

ya podemos empezar a hablar de una red cuarentenaria más que menos estable en toda el área citada— tuviesen problemas de adaptación a un sistema que les era perjudicial. Y lo era, por un lado, en tiempo y dinero, y, por otro, en la medida en que estaba controlado por una administración ajena a sus intereses, pendiente sobre todo de evitar la peste. Paulatinamente se irían acostumbrando a esta situación, y más a partir del momento en que en las islas británicas se empezaron a interesar por la prevención de las epidemias y confiaron su defensa a puertos como el de Liorna

12.1.2.6 Génova, un ejemplo de centralización

Génova, la gran potencia marítima rival de Venecia, también entendió prontamente la necesidad de crear una infraestructura sanitaria que asegurase un ininterrumpido tráfico de mercancías en cualquier momento y desde cualquier lugar. Es por eso que a finales del primer tercio del siglo XVI construyó el majestuoso lazareto descrito, entre otros, por John Howard. Génova controlaba gran parte de la costa Ligur; desde la conquista de la región, la ciudad se había encargado de convertirse en el único puerto comercial de todo su territorio. Lo demuestran ampliamente la reducción de los equipamientos portuarios de las otras ciudades y los duros derechos aduaneros impuestos a todos los puertos a partir del siglo XV³⁷. A todo esto debe añadirse la institución de un puerto franco en la capital a partir de 1613³⁸, que iba en detrimento de los menores y que, sin duda, motivó la construcción de dicho lazareto. De hecho, se trataba de una coyuntura bastante particular puesto que durante el quinientos muchos de los más ricos

³⁷ Ver al respecto Assereto, Giovanni. *Porti e scali minori della Repubblica di Genova in età Moderna*. In Simonetta Cavaciocchi (Ed.). *I porti come impresa economica*. Firenze: Le Monnier, 1988, p. 271-306.

³⁸ La primera medida en este sentido fue el libre comercio de grano a partir de 1590. Ver, para más información sobre este asunto, Kira, Thomas. *Genoa and Livorno: Sixteenth and Seventeenth-century Commercial Rivalry as a Stimulus to Policy Development*. *The Historical Association*, 2001, p. 3-17.

comerciantes genoveses habían cambiado de actividad, dedicándose a la banca, sobre todo a la financiación de las monarquías. Entre estas monarquías encontramos a la española pero una serie de impagos por parte de ésta hizo renovar la vocación marítima de gran parte de los plutócratas genoveses³⁹. Así, la creación del puerto franco, sumada a la previsión de un crecimiento del tráfico marítimo, junto a la clara rivalidad con la floreciente Liorna y la consolidada Venecia, hicieron necesaria la construcción del lazareto genovés que, gracias a la política de centralización de las actividades comerciales que hemos explicado, sería el único de la República capaz de admitir naves procedentes de lugares sospechosos.

Las entradas en los puertos corsos, pertenecientes durante este periodo a Génova, debían ir a pasar la cuarentena, si ésta era necesaria, a los lazaretos italianos o provenzales. Génova poseía Córcega desde hacía varios siglos pero, aparte de un cierto impulso de la agricultura, a grandes rasgos solamente estaba interesada en la isla por su interés estratégico. Por esta razón siempre fue una hermanita pobre de la floreciente Génova y, a causa la política centralizadora que acabamos de ver, nunca tuvo un desarrollo parejo al de la metrópoli. Es por esto que tampoco fue necesaria una política particular en lo tocante a la protección sanitaria, puesto que sus puertos no estaban integrados en las redes internacionales, sino a través de la capital.

12.1.2.7 El Ducado de Saboya

La protección sanitaria del Ducado de Saboya estuvo en este periodo a cargo de los lazaretos de Niza y de Villafranca, las ventanas al mar de este territorio. Aunque su implantación fue bastante tardía —en 1669 Niza construyó una modesta instalación⁴⁰ y, Villafranca, algo antes de 1682⁴¹, una

³⁹ *Ibid.*, p. 10.

⁴⁰ Hildesheimer, Françoise. Entre la Méditerranée et les Alpes: Nice et son port franc au XVIIe siècle. *Provence Historique*, 1977, 27, p. 197-212.

de mayor importancia— está claro que gran parte de las cuarentenas se realizaban en puertos cercanos como el de Génova o los de Marsella y Tolón.

12.1.2.8 La protección sanitaria de las costas francesas anterior a la peste de Marsella

El sur de Francia, Marsella y Tolón se convirtieron, a partir de 1622, por el ya citado edicto del Parlamento de Provenza, en los únicos puertos capaces de recibir embarcaciones procedentes del Levante y la Berbería. Veamos el texto en el que se fundaba este monopolio sanitario, el *arrêt* del 10 de enero de 1622:

La Cour... a ordonné que tous les patrons et mariniers conduizants vaisseaux ou marques venant des parties du Levant ou Barbarie et Midy, prendront port et feront descentes ès villes et ports de Marseille ou Thollon respectivement, où ils feront voir leurs patentes de santé et, après icelles avoir été vues et visées, auront entrée dans toutes les villes et lieux de ladite province.⁴²

Esto daba a ambos puertos el control sanitario de toda la fachada mediterránea francesa. Con algunas modificaciones, como la supresión de Tolón durante un espacio de tiempo y la vuelta a la bicefalia sanitaria, éste fue el escenario durante dicho primer periodo. Es importante insistir en que al monopolio cuarentenario le fue añadido, para el caso de Marsella, el comercial —concedido por Le Bret, el 23 de enero de 1668— por el cual solamente este puerto podía recibir las mercancías arribadas desde las zonas que ya hemos citado. Está claro que esto suponía un reforzamiento de la intendencia marsellesa —cuyos dos monopolios se complementaban y se

⁴¹ Puesto que en el *Theatrum Statuum Regiae Celsitudinis Sabaudiae Ducis Pedemontii Principis Cypri Regis*. Amsterdam: Blaeu, 1682, en la vista caballera de Vilafranca ya podemos apreciar el complejo cuarentenario.

⁴² 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. 22.

reforzaban mutuamente— y que Tolón acabaría desempeñando, cada vez más, el papel de puerto militar en el que cumplirían cuarentena las galeras reales⁴³.

Pero, como en el caso de España, la protección contra las epidemias en Francia se efectuaba de manera compartimentada. En cada provincia el parlamento tenía su jurisdicción, que compartía con el Estado y las ciudades, y que generaba diferentes coyunturas, así lo explica Hildesheimer:

le seul principe inspirant une politique générale était et ne pouvait être que le cloisonnement qui s'accommodait fort bien du maintien des diversités locales. C'est là un des limites de l'absolutisme qui, sortie du cadre des rouages du gouvernement central, doit composer avec les institutions en place.⁴⁴

La costa atlántica del Reino se dotó progresivamente de una organización específica de lucha contra la peste entre los siglos XIV y XVIII. En Burdeos, por ejemplo, fue de carácter temporal hasta finales del quinientos y se fundó sobre una base estable a partir de principios del seiscientos, después de las epidemias de 1585 y 1599-1600, cuando, en 1603, el Parlamento de la Guyenne decidió la creación de un *Bureau de Santé*. En éste los poderes en liza eran el mismo Parlamento —que en esa época había acrecentado su poder frente a otras jerarquías de menor importancia en la región— y la *Jurade* de la ciudad —consejo municipal cuyo nombre viene de los cargos jurados por sus integrantes⁴⁵. De ese modo, las embarcaciones que llegaban desde lugares en los que se había manifestado una epidemia, sobre todo de las regiones del norte de Europa y del Báltico, debían cumplir cuarentena en la isla de Patira, en frente de Paulliac. También

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Hildesheimer. Françoise. La monarchie administrative face à la peste. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. XXXII, 1985, p. 302-310, p. 310.

⁴⁵ Del latín *juratus*, que han jurado.

en este caso los problemas eran de jurisdicción, puesto que el *Bureau de Santé*, aunque dotado de un poder absoluto, solamente tenía autoridad sobre el territorio de la *Jurade* y el Parlamento tenía competencias sobre toda la Provincia, en la que se incluía la *Jurade* de Burdeos, con los problemas derivados de esta superposición de poderes⁴⁶.

Pero el lugar de cuarentena de la costa atlántica francesa con una cierta importancia durante esta época fue el lazareto de Le Havre, situado en la desembocadura del Sena y no muy lejos de Rouen. Se trataba de una nueva ciudad, fundada a instancias de François I, a causa de la progresiva impracticabilidad del puerto normando de Harfleur. Hacia finales de ese siglo se construyeron las primeras instalaciones de aislamiento para apestados⁴⁷. Se trataba de unas simples cabañas de madera pero, desde el principio del siglo XVII, a la vista de las relaciones comerciales que se empezaron a entablar con las islas de la costa africana, el lazareto fue alejado de la ciudad. Se ampliaron sus instalaciones, que llegaron a contar, a partir de entonces, con almacenes para el expurgo de mercancías. En 1713, se realizó una nueva ampliación⁴⁸ provocada, suponemos, por el crecimiento de los intercambios sujetos a cuarentena. Al año siguiente se decidió que este lazareto sería el que centralizaría la purga de todas las embarcaciones con

⁴⁶ Barry, Stéphane. Bordeaux face à la peste aux XVI et XVII siècles. *Historie des Sciences Médicales*, vol. XXXIV, n° 3, 2000, p. 305-313.

⁴⁷ Laget, Pierre-Louis. Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle. *In Situ: la revue de l'Inventaire*, n° 2, 2002, p. 1-11, p. 2.

⁴⁸ "En 1713, frère Nicolas Bourgeois construit les infirmeries, le mur de clôture enfermant les halles, dix-sept chambres de malades, un corps de garde, le logement du capitaine, une chapelle, deux bâtiments à deux étages pour douze bureaux et un magasin à poudre. Le bassin sera de 200 m sur 60, le mur de clôture, fondé sur pilotis, aura 3,2 m d'épaisseur en bas et 2 m en haut, et enfermera une surface de 2300 m², y compris l'écluse de chasse sur la Lézarde" en Etienne-Steine, Claire. Quatre générations de lazarets au Havre. *In Situ, la Revue de l'Inventaire*, n° 2, 2002, p. 1-5, p. 2.

destino a Rouen⁴⁹. De este modo, las costas del Atlántico francés estaban también protegidas; sus instalaciones no eran como las de Marsella —que era un referente no sólo a escala nacional sino también europea— pero tampoco estaban bajo la constante presión de las continuas arribadas desde lugares sospechosos del Levante y la Berbería. De todos modos, y a tenor de varias situaciones de emergencia pestilencial procedentes del norte de Atlántico y del Báltico, el Estado decidió en 1713, por la clásica vía de la ordenanza, restringir la plática con las regiones septentrionales afectadas por la peste. Tan sólo unos pocos puertos —que debían poner en cuarenta a los navíos que llegaran de estas zonas— podían continuar sus actividades. Siguiendo la línea de costas desde el sur, se trataba de los puertos de: Bayona, Burdeos, La Rochelle, Nantes, Morlaix, Saint-Malo, Le Havre, Saint-Valéry y Dunkerke⁵⁰. De ahí la mejora de las instalaciones en Le Havre y el establecimiento de instalaciones irregulares a lo largo de la orilla oceánica del Reino. En cualquier caso, la defensa marítima de la costa francesa estaba basada sobre el eje Marsella-Le Havre. Los otros puertos desempeñaron papeles de reparto en esta función.

En las principales potencias del occidente mediterráneo —salvo en España, que utilizaba los ajenos— se construyeron lazaretos que, bajo la supervisión cada vez más fuerte del Estado, tendieron a ser los únicos en poder acoger naves de lugares sospechosos. En muchos de los casos, este monopolio sanitario se superponía, ya fuera a un monopolio comercial de las arribadas de los parajes sospechosos, ya fuera a un puerto franco. Son ejemplo de esta situación los puertos de Marsella, Niza, Génova o Liorna.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ Hildesheimer, Françoise. La protection Sanitaire des côtes françaises au XVIIIe siècle. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. XXVII, 1980, p. 443-467, p. 450.

De algún modo se podía empezar a afirmar que la Europa occidental estaba protegida contra la peste sin haber tenido, por ello, que sacrificar el negocio. Todo esto ayudó a expulsar definitivamente la peste, que desde hacía siglos se había mantenido de manera endémica en Europa. Aunque apareció cada año en diferentes puntos del continente hasta 1670, podemos afirmar que la peste solamente llegaba desde el exterior y que cada vez le costaba más entrar. Sin embargo, una vez dentro de una ciudad o territorio, las consecuencias seguían siendo desastrosas. Poco faltaba para que los marseleses volvieran a sufrirlo. Pero de momento lo que interesa es ver que sus apariciones, eran cada vez menos frecuentes o que, más bien, al llegar a las puertas de las ciudades se le vetaba la entrada de una manera cada vez más efectiva.

12.2 Ampliación, consolidación y jerarquización de la red

Como explica Martín Corrales, a partir del setecientos se produjo una concentración del tráfico marítimo en unos pocos puertos propiciada por los poderes centrales que querían, de alguna manera, intervenir en su control⁵¹. Esto suponía, en cierto modo, una pérdida de poder por parte de las administraciones locales⁵² y, a la vez, la concesión de monopolios comerciales a los círculos económicos de estas ciudades en el intercambio con los países considerados perennemente sospechosos o contagiados. Observamos que la tendencia durante el setecientos fue la de consolidar los logros de la etapa anterior, ahondando más en la centralización estatal de la defensa sanitaria, en la construcción de nuevos lazaretos, en la renovación o ampliación de los existentes y en una especie de jerarquización dentro de la red —pues no todas las ciudades que, a finales del siglo XVIII, contaban con

⁵¹ Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 132.

⁵² Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 32

un lazareto eran aptas para recibir en derechura barcos desde lugares infectados.

Demos, de nuevo, una vuelta por el Mediterráneo para observar este proceso. Por el momento, solamente hablaremos de los casos significativos y dejaremos de lado aquellos lugares cuyo sistema no cambió, o cambió bien poco. Nos referimos, por ejemplo, a: Génova, Ragusa o al Ducado de Saboya.

12.2.1 Los territorios vénetos

Habíamos dejado a los territorios venecianos con una red de lazaretos, tanto terrestres como marítimos, bastante completa. De hecho, podemos afirmar que su protección marítima solamente se extendía, que no era poco, hasta los territorios situados justo al sur de la República de Ragusa; es decir, las Bocce di Cattaro, y dejaba a su merced las posesiones sitas a la entrada del Adriático y en el Egeo. Veamos, viajando desde la capital hacia el sur, la situación de esta red durante el setecientos. No merecen especial mención las instalaciones situadas en la misma Venecia, puesto que, con cambios en su configuración que ya conocemos, seguían existiendo los dos lazaretos de la laguna.

En los territorios dálmatas se llevó a cabo una política de renovación y ampliación de las instalaciones cuarentenarias. Caído en desuso el lazareto construido en 1610, y relajadas a la vez las providencias cuarentenarias, Simone Contarini, el *Provveditore alla Sanità* de la Dalmacia y de Albania, fue enviado a Zara en 1731 para organizar medidas sanitarias contra una peste que flagelaba la región. De esta visita resultó la construcción de un nuevo lazareto, puesto bajo la advocación de San Marco, que serviría durante esa situación de emergencia y que, más tarde, sería utilizado para el expurgo de

los bienes transportados desde el interior del país por las caravanas turcas⁵³, pero no para las mercancías llegadas por mar.

Contarini reestructuró en 1731 el sistema cuarentenario de las posesiones vénetas en la Dalmacia. Así sucedió en Spalato, que hasta esta intervención del *provveditore* albergaba un importantísimo tráfico de mercancías que llegaban por la vía del mar o del interior y que eran redistribuidas, previo paso por el lazareto, hacia Venecia u otros lugares. Explica Carini Venturini⁵⁴ que, a partir de esta reestructuración operada por Contarini, Spalato solamente podía recibir los convoyes llegados por tierra desde las regiones de la Bosnia y de la Albania turcas. Éstos eran interceptados por los guardas sanitarios emplazados en los principales pasos caravaneros —donde, por otro lado, existían lazaretos campestres de uso local— y eran escoltados hasta la estación de cuarentena de Spalato. Allí se realizaban los expurgos y purificaciones pertinentes. Al terminar estas operaciones, las mercancías se cargaban en barcos que las transportarían, en el más común de los casos, hasta Venecia.

En los territorios terrestres situados al sur de Ragusa, en las Bocche di Cattaro, se había construido un primer emplazamiento, en Castelnuovo, a la entrada de éstas, hacia 1699. Unos veinte años más tarde la ubicación fue considerada poco conveniente y se construyó un nuevo lazareto entre 1728 y 1732. En este caso la historia se desarrolló en sentido contrario que en Spalato⁵⁵. Erigida la primera de las instalaciones, parece ser que siguió resultando insuficiente —si tenemos en cuenta los proyectos de ampliación presentados pocas décadas más tarde— para dar servicio a las caravanas procedentes de tierra y, eventualmente, a algunas pequeñas naves de

⁵³ Carini Venturini, Domenica Viola. I lazzaretti della Dalmazia veneta. In Nelly-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 234-237, p. 234.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ Carini Venturini, Domenica Viola. I lazzaretti della Dalmazia veneta ..., p. 236.

cabotaje provenientes de Albania. La voluntad de la nueva instalación era la de servir como lugar de cuarentena para el creciente tráfico marítimo de los territorios de meridionales de la Dalmacia y las islas Jónicas (Zante, Corfú y Cefalonia) y también al importante comercio caravanero procedente de las posesiones turcas limítrofes. El lazareto de Cattaro, en el fondo del *fiordo*, cumplía funciones secundarias y no era utilizado para el expurgo de mercancías, que se realizaba en Castelnuovo.

En las islas Jónicas se fundaron los primeros lazaretos durante el setecientos. Corfú, situada bastante más al norte que las otras, fue la primera en dotarse de lazareto, erigido poco antes de 1705. Le siguió Zante, que debido al notable tráfico de mercancías y personas, aparte de la cercanía del imperio otomano, construyó el suyo en 1726. La mayor parte de los individuos que pasaban por esta isla no eran marineros, sino jornaleros agrícolas procedentes de la Morea (Grecia) —en esa época perteneciente a Venecia— que cada año iban a trabajar a las islas. Este lazareto daba servicio a Zante y Cefalonia por lo que, debido a los problemas derivados de su utilización intensiva, se decidió construir una segunda instalación en Cefalonia (en 1746) para aliviar la sobrecarga de la de Zante⁵⁶.

La red de lazaretos de la República de Venecia fue una de las primeras en funcionar de una manera estructurada. En ella encontramos una jerarquización de las actividades que nos da el pulso del grado de sofisticación que ya alcanzó antes de que otras potencias siquiera pensarán en aplicar el sistema cuarentenario o en organizar de manera cabal sus estaciones de cuarentena. La piedra maestra del sistema eran los establecimientos situados en la laguna, en las cercanías de la capital. De éstos dependían, por una parte, toda una serie de lazaretos de tierra situados en las ciudades más importantes de los territorios interiores de Italia. También

⁵⁶ Carini Venturini, Domenica Viola. I lazzaretti delle Isole Ionie. In Nelly-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 250-263.

se creó una serie de lazaretos mixtos, estratificados jerárquicamente según la importancia de la ciudad y de su tráfico de mercancías, que tenían la capacidad de recibir tanto arribadas por tierra como por mar. Había, además, otra categoría de lazaretos mixtos que acogían caravanas, ponían sus mercancías en cuarentena y las redirigían por vía marítima a la capital, y toda una serie de lazaretos campestres, de uso local.

12.2.2 Austria

Los intentos de proyección comercial de la Monarquía austriaca, tanto hacia el Mediterráneo, como hacia el Atlántico, se hicieron bien patentes a partir de finales del segundo decenio del setecientos.

Austria había acrecentado de manera muy sustancial su territorio desde el siglo XVI y, dada su situación de cruce de caminos entre la Europa otomana y la cristiana, necesitaba un sistema de prevención sanitaria, aún si cabe, más efectivo que el de otros países. De este modo, por la parte de mar tenía bajo su control dos puertos importantes, a los que dotó de lazaretos y sobre los que volveremos a continuación. Por la parte de tierra, compartía cientos de kilómetros de frontera con el Imperio Otomano —el cual, como ya sabemos, no se protegía en esta época contra la peste. Así, una potencia que quisiera entrar a formar parte de la élite comercial internacional debía, en el setecientos, tomar sus precauciones sanitarias.

Las primeras medidas para este despegue económico fueron la institución de puertos francos (en 1719) en Trieste y en Fiume (Rijeka) y la firma, durante todo el siglo XVIII, de tratados bilaterales sobre la libertad de comercio con diferentes potencias —entre ellas el imperio Otomano. De este modo, como ya hemos visto en otras ocasiones, la ampliación del tráfico marítimo hizo necesaria la construcción de lazaretos en ambas ciudades⁵⁷.

⁵⁷ Sobre el lazareto de Trieste, se puede consultar Godoli, Ezio. *Trieste. Le Città nella Storia d'Italia*. Roma e Bari: Editore Laterza, 1984; Vanzan Marchini, Nelli-Elena. Trieste e Fiume. In

Estas medidas iniciadas por Carlos VI de Augsburgo tuvieron su continuación, durante el reinado de su hija María Teresa, con notable éxito. La ciudad de Trieste sufrió, bajo su poder, un crecimiento considerable de su espacio urbano y de sus intercambios comerciales que hizo necesaria la construcción de un nuevo lazareto.

En lo tocante a la protección terrestre, la cosa era bastante más complicada. Ya hemos hablado sucintamente de la formación del cordón sanitario austriaco en el capítulo quinto, en el apartado dedicado a las cuarentenas terrestres, y en el capítulo sexto, cuando hemos explicado el *rastel*, pieza clave del comercio fronterizo entre Austria y el Imperio Otomano. Remitimos, además, al lector a dos obras que hacen un análisis detallado de la formación de este cordón⁵⁸ que, de carácter temporal en un principio, fue configurándose como una estructura sanitaria permanente con una jerarquía de lazaretos y *rastelle* a lo largo de toda su frontera con el Imperio Otomano.

12.2.3 Ancona y los Estados Pontificios

Aunque Ancona tuvo dos lazaretos diferentes desde poco después de su ocupación por los ejércitos pontificios, estas instalaciones tuvieron escasa importancia a causa del reducido éxito que tuvieron los primeros intentos de potenciar económicamente su puerto y de la caída en declive de éste a partir de principios del setecientos. Este declive fue motivado, por una parte, por la instauración de un puerto franco en Civitavecchia, en 1630, población más cercana a Roma y en concurrencia con Liorna. Por otra parte, por las disfunciones de su puerto, anclado en su estructura medieval, por la falta de reestructuración y mantenimiento de las instalaciones portuarias y por el nuevo

Nelli-Elena Vanzan Marchini. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004, p. 210-221.

⁵⁸ Panzac, Daniel. *Quarantaines et lazarets...*, p. 65-78. Ver también Rothenberg, Gunther E. The Austrian Sanitary Cordon and the Control of the Bubonic Plague: 1710–1871. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. XXVIII, nº 1, 1973, p. 15-23.

sentido militar que se le dio a la ciudad, que entraban en contradicción con las funciones comerciales⁵⁹.

Bajo el papado de Clemente XII, la ciudad empezó un nuevo periodo de auge comercial con la institución de un puerto franco (1731), la reestructuración de sus instalaciones marítimas, la mejora de las comunicaciones con Roma y el inicio de la construcción del lazareto, obra de Vanvitelli, del que ya hemos hablado. Esto daba a Ancona y a los Estados Pontificios la posibilidad de comerciar directamente con otros lugares sin necesidad de utilizar instalaciones cuarentenarias con cuyos propietarios se quisiera competir económicamente. Parece ser que se trataba de afianzar económica, política y estratégicamente los intereses pontificales en el Adriático y dar, por una parte, respuesta a la emergencia de Trieste y, por otra, rivalizar con Venecia⁶⁰.

12.2.4 La protección de la costa francesa desde la peste de Marsella hasta la Revolución

A grandes rasgos, la protección sanitaria de las costas del Mediterráneo francés siguió intacta después del episodio de la peste de Marsella. No entraremos a explicar las medidas tomadas durante el tiempo que duró la epidemia, puesto que lo que interesa en estos momentos es ver el normal desarrollo de las actividades cuando la peste, u otras enfermedades, no se encontraban en el territorio propio. Estos asuntos, además, ya han sido ampliamente estudiados por otros autores. Así pues, Marsella y Tolón tenían el privilegio de la cuarentena de las embarcaciones del Levante. Sin

⁵⁹ Pavia, Rosario et Sori, Ercole. *Ancona. Le città nella storia d'Italia*. Roma e Bari: Editore Laterza, 1990, p. 26.

⁶⁰ Delgado Barrado, Jose Miguel. Puerto y privilegio en España y los estados italianos durante el siglo XVIII. In Agustín Guimerà y Dolores Romero (Eds.). *Puertos y sistemas portuarios (Siglos XVI-XX): Actas del Coloquio Internacional 'El sistema portuario Español'*. Madrid: Ministerio de Fomento, 1996, p. 253-273, p. 258.

embargo, a tenor de lo sucedido en 1720, se produjo un proceso de mayor centralización de la protección sanitaria. El Parlamento y los Municipios perdieron su preeminencia en el control del entramado administrativo, que pasaría a manos de la Corona, y cuyas funciones fueron ejercidas a partir de ese momento por su representante en el territorio, el Intendente⁶¹. Esto, sin embargo, no significaba un cambio sustancial en la política profiláctica general. Ésta seguía, en el Mediterráneo, en manos del eje Marsella-Tolón. Sobre todo de la primera, puesto que, aparte del privilegio comercial ya aludido, tenía una clara ventaja sobre Tolón en lo referente a la amplitud del territorio que protegía. En este sentido, Tolón:

a sous sa dépendance tous les ports et rades depuis le Brusq inclusivment jusqu'à la rivière du Var. Le département de Marseille commence au Brusq et comprend les ports du reste de la Provence, ceux du Languedoc, du Roussillon et ceux de la Catalogne qui sont sous domination du Roy.⁶²

Es por esto que Tolón siempre fue considerado como el puerto segundón. Daba servicio a una pequeña franja de terreno que iba, desde un punto entre las dos ciudades, hasta la frontera con el Ducado de Saboya. A más grande escala, cada uno de estos puertos tenía para el Estado funciones diferentes: el Puerto de Marsella se iría especializando en la navegación comercial, y el de Tolón, en la navegación de guerra, también interesante pero menos lucrativa.

Otro momento de interés fue la anexión de Córcega al Reino de Francia, en 1768. En la isla se calcó el sistema sanitario en boga en la costa meridional francesa, cosa que representó un amplio despliegue burocrático y

⁶¹ Ver Hildesheimer. Françoise. *Le Bureau de la Santé...*, p. 155-156.

⁶² "Mémoire sur le Bureau de la Santé de Marseille et sur les règles qu'on y observe", citado por Hildesheimer, Françoise. *La protection Sanitaire...*, p. 445.

administrativo. De este modo, se constituyeron *Bureaux de Santé*⁶³ en los puertos importantes de la isla que estaban en continua relación con el intendente en jefe del *Bureau* de Bastia. La nueva administración sanitaria de la isla solamente tenía el derecho de librar las patentes y los certificados sanitarios y de tomar declaración a los capitanes en el momento de su llegada. Si el barco debía cumplir cuarentena, ésta se realizaría en Marsella o en Tolón. Así, la anexión de nuevas tierras que, dada su insularidad y su extensión, hubiesen podido funcionar de manera autónoma, no afectó en nada al monopolio Marsella-Tolón. El *Commissaire de la Marine*, en Bastia, expuso en 1773 la inutilidad de la creación de un lazareto en la isla dada la cercanía de las costas francesas e italianas, que ya disponían de tales instalaciones⁶⁴. A causa de esto, el panorama siguió hasta bien entrado el siglo XIX, como ya hemos descrito. Y la situación no cambió a pesar de los repetidos intentos de crear, a partir de 1789, un lazareto en Ajaccio, para ahorrar el tiempo y el dinero que costaba el tener que ir a pasar la cuarentena en Marsella, Tolón, Liorna o Génova. En 1801 se llegó a diseñar un proyecto muy elaborado de lazareto para el golfo de Ajaccio que no se llegó a construir a causa el dispendio que suponía y por no quebrantar el monopolio de Marsella-Tolón

En lo que se refiere a la utilización de los lazaretos de otras potencias, los franceses, al igual que lo que los ingleses y holandeses hicieron en Liorna, también se sirvieron de lugares privilegiados de cuarentena para realizar transacciones comerciales con lugares alejados de su territorio. En Malta encontraron un terreno abonado para el negocio con las regencias de Túnez, de Trípoli y de Berbería, que se abrieron, mediado el setecientos, al comercio internacional. De este modo, la Orden de Malta, empezó, a finales del siglo

⁶³ No se trataba de una verdadera innovación en el territorio corso, puesto que en 1753, los genoveses redactaron un reglamento por el cual se crearon varias de estas juntas.

⁶⁴ Hildesheimer, Françoise. *La protection Sanitaire...*, p. 446.

XVII, a cambiar el enfoque de sus actividades, reemplazando paulatinamente su papel de baluarte de la cristiandad y de batallador contra los infieles, por el de pieza hábil y esencial dentro de las redes del comercio marítimo⁶⁵ —a lo que ayudaba su inmejorable situación de paso entre las rutas de oriente y occidente. Esta tendencia se fue concretando durante los primeros decenios del siglo XVIII y, en 1723, el Gran Maestro de la Orden creó las condiciones necesarias para el desarrollo del comercio en la isla mediante una Pragmática Sanción aduanera diseñada para atraer el comercio⁶⁶. Contribuyeron a esta apuesta por el comercio las ampliaciones de las instalaciones cuarentenarias realizadas en 1670, 1683, 1701 y 1720. Todo ello ayudó notablemente a la intensificación de la actividad comercial. Intensificación en la que participaron de manera muy activa la burguesía de la isla y también las potencias extranjeras, sobre todo Francia. De hecho, Francia utilizó mucho el lazareto de Malta como base comercial con el Levante y la Berbería, y su puerto se convirtió en un inmenso almacén de productos dominado, de algún modo, por los comerciantes marseleses. El Gran Maestro Pinto de Fonseca, para favorecer el incremento del tráfico marítimo y de las transacciones comerciales, hizo construir grandes almacenes cerca del muelle de la Barrera e introdujo variaciones en la práctica cuarentenaria a partir de la cuarta década del setecientos.

Túnez, Trípoli de Berbería y otras regencias berberiscas eran unos grandes productores de ganado y de cereales, y Malta, pasado el furor de la Guerra Santa y adoradora de otros ídolos más terrenales, supo sacar provecho de la ocasión de negociar con estas plazas. Para ello permitió un comercio de rotación que tenía como eje principal la isla y en el que los intercambios se producían a gran velocidad, sin dejar de lado por ello la

⁶⁵ Ver Blondy, Alain. *L'Ordre de Malte au XVIII^e siècle. Des dernières splendeurs à la ruine*. Paris: Éditions Bouchene, 2002, p. 48.

⁶⁶ Labat Saint Vincent, Xavier. Les français à Malte au XVIII siècle: étude de l'utilisation du lazaret, de la pratique de la quarantaine et des relations commerciales avec les Régences de Tunis et de Tripoli. *Journal of Mediterranean Studies*, vol. XIII, n° 1, 2003, p. 75-88, p. 76.

protección sanitaria⁶⁷. De este modo, ciertos capitanes realizaban el trayecto de ida y vuelta entre la ínsula y los territorios “infieles” —y sospechosos, no lo olvidemos— pero solamente los géneros se encontraban sujetos a cuarentena, así el barco podía partir de nuevo a por más mercancía. Terminada la cuarentena de las mercancías, otras naves procedentes de los puertos no sospechosos de la costa norte del Mediterráneo, sobre todo de Marsella, realizaban el viaje entre los territorios de la Orden y el puerto continental de turno sin esperas, puesto que este sistema implicaba una disposición de grano y ganado en todo momento. Este tipo de comercio se efectuó con bastante regularidad, aunque con algún periodo de recesión por causas que ahora no vienen al caso, desde el fin de la guerra de los Siete Años (1763) hasta la Revolución. Del mismo modo, muchos comerciantes franceses utilizaban el lazareto de Malta para dar salida a sus mercancías sin necesidad de llevarlas hasta Marsella —particular que se acentuó a partir de la Revolución— o para llegar a Marsella con patente limpia y no tener que esperar el turno para cumplir la preceptiva cuarentena en su lazareto siempre saturado⁶⁸.

En lo tocante a las costas de poniente, la organización distaba bastante de lo explicado acerca de la orilla mediterránea. La tendencia fue parecida a aquélla observada antes de la peste de Marsella, es decir, una débil inserción de las pocas infraestructuras de cuarentena en el marco del ámbito público, al contrario de lo que pasaba en las costas provenzales, en las que el lazareto era una institución importante de la que dependían significativas parcelas de la vida de la comunidad. Está claro que la costa oeste de Francia no había convivido con el peligro epidémico del mismo modo que lo había hecho la mediterránea. Y es por eso que, a grandes rasgos, su organización sanitaria

⁶⁷ *Ibid.*, p. 81.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 84-85.

estaba más o menos sujeta a la improvisación y a la caducidad de las medidas cuarentenarias durante las situaciones de emergencia. En estos momentos las administraciones sanitarias locales solían recurrir a la experiencia del poder central para organizar su defensa. De todos modos, la peste de Marsella ayudó, en algunos casos, a fortalecer y a consolidar algunos de los enclaves mencionados más arriba, aunque se tendría que esperar al siglo siguiente para asistir a la creación de una red estructurada y pensada en conjunto.

Muestra de la falta de unidad en la política general de protección del Atlántico son las disputas que se produjeron en la desembocadura del Sena, entre las diferentes administraciones imbricadas en el control sanitario, sobre el lugar en el cual se debía instalar la cuarentena, durante la epidemia de Marsella. Así, mientras el *Conseil de la Marine* decidió que todos los barcos procedentes del Mediterráneo que quisieran desembarcar en la zona bajo la jurisdicción del Parlamento de Rouen, debían ir a directamente a Hoc, donde estaba emplazado el lazareto de Le Havre; el Parlamento decidió hacer parar a todos los barcos procedentes de la ciudad de Marsella, en las islas Saint-Marcou, donde no había instalaciones para tal propósito. En Hoc las embarcaciones que arribaban desde dichas islas eran puestas de nuevo en cuarentena. Para desembarcar en Rouen se tenía que pasar por Launay, otra consigna sanitaria ya existente durante el siglo anterior⁶⁹. Después de la epidemia se decidió desde la administración central la creación de un lazareto en la isla de Tatihou, a pocas millas de Saint-Vaast-la-Hougue⁷⁰. Se trataba de un gran edificio que estuvo en funcionamiento hasta 1760, quedando el de Hoc para el interrogatorio. Sin embargo, a partir de 1770, con motivo de una peste que reinaba en Polonia y los países vecinos, el lazareto de Hoc fue puesto de nuevo en funcionamiento compartiendo responsabilidades con el de Tatihou.

⁶⁹ Hildesheimer, Françoise. *La protection Sanitaire...*, p. 452.

⁷⁰ Cuyo inspector de sanidad, Melchior Vieil, reclamaba desde hacía tiempo.

No pasaremos revista a todos los lugares designados para la cuarentena en el poniente francés, solamente cabe volver a señalar la falta de medidas permanentes, la improvisación y la falta de acuerdo entre los poderes en liza y la superposición de sus jurisdicciones. Hay que añadir que, durante este periodo fue cuando, más o menos, se empezó también a sospechar de las naves arribadas desde las colonias americanas, aunque no se tuviera que lamentar, por entonces, ninguna epidemia mayor. Así, la costa francesa se encontraba protegida por el eje formado por los lazaretos de Marsella y Le Havre, aunque mejor por la parte mediterránea que por la atlántica.

12.2.5 España en el siglo XVIII

Habíamos dejado a España, a finales del siglo XVII y principios del siguiente, con una tosca y atrasada red cuarentenaria, en comparación con la de otras potencias marítimas del Mediterráneo, como Francia o Venecia. Explicaremos en las líneas que siguen la defensa contra las epidemias en España hasta la invasión francesa. El cambio de dinastía, después de la guerra de Sucesión, y el celeberrimo y citadísimo episodio de peste acaecido en Marsella en 1720 marcaron un punto de inflexión en la política sanitaria española. Si en el periodo anterior hemos visto, mediante el caso de Cataluña, la superposición de poderes, locales y centrales, y sus respectivas jurisdicciones, la administración borbónica sentó las bases para una gestión sanitaria más centralizada con la creación de una administración diseñada a tal efecto en el seno del Consejo de Castilla: la Junta Suprema de Sanidad, con sus apéndices o ramificaciones en las principales capitales marítimas del Reino.

Hay que recordar que la Junta fue creada con ocasión del peligro suscitado por la epidemia de peste en el principal puerto de la potencia vecina y que su cometido fundamental durante sus primeros balbuceos fue el de evitar la importación del morbo que estaba diezmando el sur de Francia a los territorios del Reino. Todo ello se llevaría a cabo mediante una racionalización y sistematización de la legislación sanitaria, muy dispersa

hasta entonces⁷¹. En estos menesteres se centró principalmente la actividad de la Junta —pasado el peligro en los puertos franceses— y, en menor medida, en dictar reglas de higiene pública⁷². Del mismo modo, la Junta se convirtió en el órgano que centralizaba toda la información en relación con los contagios y desde donde se dictaban las normas de interdicción geográfica⁷³.

Esta puesta en marcha de una administración sanitaria centralizada y, al mismo tiempo, con una implantación territorial amplia, no se tradujo, al menos hasta bien entrada la segunda mitad del setecientos, en la creación de lazaretos sucios en las costas mediterráneas. Por el contrario, se siguieron utilizando, para el trato con los países musulmanes, los otros grandes lazaretos del Mediterráneo⁷⁴, erigiéndose a instancias del monarca, y a partir de 1724, lazaretos de segunda categoría. En ellos únicamente se verificaba el rigor de las operaciones realizadas en las instalaciones cuarentenarias extranjeras. Estaban marcados por la provisionalidad, tanto de sus operaciones, como de sus instalaciones⁷⁵

⁷¹ Varela Peris, Fernando. El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII. *Dynamis*, vol. XVIII, 1998, p. 315-340, p. 320. Para la recopilación de legislación ver, por ejemplo, el *Edicto General Comprehensivo de todas las Reales Provisiones, y Ordenes, y de los Edictos, Instrucciones, y Providencias Generales dadas en este Principado de Catalunya para preservarse e la Peste, o Contagio, que aflige la Provenza*. Barcelona: Joseph Teixidó, 1721.

⁷² Rodríguez Ocaña, Esteban. El resguardo de la salud..., p. 147-148.

⁷³ *Ibid.*, p. 153.

⁷⁴ Para ello se necesitaba una confianza en el funcionamiento de éstos que, según explica Martín Corrales, no se tenía. Así, los cónsules españoles instalados en esos puertos debían certificar, por separado, la procedencia desde lugares sanos de los géneros que llegaban desde los lazaretos mencionados o que la purga, en el caso de las proveniencias sospechosas o sucias, se habían realizado con el rigor necesario. Ver Martín Corrales, Eloy. *Comercio de Catalunya...*, p. 146.

⁷⁵ Ver, para el caso de Barcelona durante este periodo, Gascón Gazulla, Silvia. *El lazareto de Barcelona (1720-1820)*. Tesina de licenciatura presentada en la Facultad de Farmacia de la

En lo tocante a la organización espacial de la sanidad de la costa española, dos puertos fueron los elegidos por la monarquía para cumplir la función defensiva de la que estamos hablando: Cádiz y Barcelona. Ambos cumplirían, respectivamente, las funciones de resguardo —eso sí, en la retaguardia— de la fachada atlántica y mediterránea. Siguiendo la tendencia que hemos visto en otros puertos europeos, se yuxtapondrían sendos monopolios comerciales: el ya conocido con las colonias americanas, para Cádiz, y el recientemente inaugurado, por Barcelona, para las arribadas a Cataluña.

A partir de la segunda mitad de la centuria, y como consecuencia de la firma de tratados de paz con los países musulmanes, se empezó a permitir el tráfico marítimo en derechura desde esos territorios, entrando además en la carrera comercial con estos lugares otros puertos españoles. Este fue un paso importante puesto que muchas de las transacciones se realizaban hasta el momento vía otros puertos —en especial el de Marsella— que poseían lazaretos de importancia. Este particular iba, como podemos imaginar, en detrimento del negocio, puesto que el comercio indirecto con los países musulmanes encarecía mucho los productos y, por otra parte, era un acicate para la práctica del contrabando, cuyos perniciosos efectos sobre la economía y la salud pública eran obvios. Esto ayudó a crear la presión suficiente para la firma de tratados de paz con los países del Levante y la Berbería y para los inicios de una gestión directa de la amenaza pestilencial. Este nuevo escenario supuso la instalación de consulados desde los que se

Universidad de Barcelona, 1987, p. 66-86; para el caso de Cadiz ver Rodríguez Ocaña, Esteban. La cuestión del lazareto marítimo permanente en la España del siglo XVIII, de Cádiz a Mahón. *Asclepio*, vol. XL, nº 1, 1988, p. 265-276, en el que sucintamente se relatan los intentos de creación de un lazareto en dicha ciudad y, más sucintamente aún, en Alicante y Cartagena.

podiera dar fe del estado sanitario de tales parajes y la utilización como sucios de los descacharrados lazaretos españoles⁷⁶.

No nos extenderemos más sobre este asunto puesto que consideramos trazadas las grandes líneas que nos habíamos impuesto dibujar. Nos damos cuenta de que la red sanitaria española dejaba mucho que desear, aunque también es verdad que el inicio del comercio en derechura desde los puertos musulmanes coincidió con una sensible disminución de las epidemias provenientes de esos parajes. Los lazaretos españoles eran todos provisionales: el construido en la playa del puntal de Cádiz en 1722, trasladado en 1728 a la isla de León y que duró, en su provisionalidad, durante todo el siglo; los construidos en Algeciras, en 1744; en Alicante y Cartagena, hacia 1752; el de Cabrera, en 1753⁷⁷; en Menorca, los existentes en la isla de Colom desde 1785⁷⁸ y en la isla de la cuarentena (desde 1490); y los de Barcelona —el habilitado cerca de la ciudadela, en 1709 y 1720; y el que se empezó a construir en 1731 y que en 1775 no estaba del todo acabado⁷⁹ por problemas de financiación.

Para paliar la situación de provisionalidad y de desaliño del sistema cuarentenario español, vieron la luz varios planes de erección de lazaretos permanentes para sustituir los existentes o dar servicio a los puertos que no los tuvieran. Así, tenemos noticias de numerosos proyectos de establecimientos de nueva planta para diferentes puertos españoles: de los

⁷⁶ Ver sobre este asunto Martín Corrales, Eloy. Dos obstáculos en la relaciones comerciales entre Cataluña y los países musulmanes en el siglo XVIII: el corso y la peste. In *Primer Congrés d'Història Moderna de Catalunya*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 1984, vol. I, p. 611-617.

⁷⁷ Ver Rodríguez Ocaña, Esteban. La cuestión del lazareto..., p. 267.

⁷⁸ Ver López Nadal, Gonçal. La sanidad marítima menorquina anterior al funcionamiento del lazareto de Mahón. Introducción a su estudio histórico. In *Menorca en la historia de la sanidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, p. 83-108, p. 85, 96.

⁷⁹ Ver Gascón Gazulla, Silvia. *El lazareto de Barcelona...*, p. 66, 79.

varios lazaretos que, durante todo el siglo⁸⁰, se proyectaron para la ciudad de Cádiz; del que a instancias de Valparaíso⁸¹, se tenía que construir, una vez finalizado el de Cádiz⁸², en Cartagena o Alicante; del promovido en 1766 por Esquilache para Cartagena; de los que en 1778, preveía Floridablanca para el Ferrol y Cartagena —que se debían empezar cuando estuviese acabado el lazareto de Cádiz⁸³; o del que en 1779 propuso la Junta de Sanidad de Barcelona, inspirado en el de Varignano, en la Spezia⁸⁴.

Como es bien sabido, ninguno de estos proyectos tuvo como resultado la creación de una instalación permanente, ya que ninguna de las instancias concernidas, ya fuese el Estado, ya el municipio, quería desembolsar el efectivo necesario para su construcción.

Finalmente, en 1787, y a instancias de Carlos III, se dispuso la elevación de un gran lazareto permanente en Mahón, que tendría que dar servicio a toda la costa española —al menos a la mediterránea⁸⁵— y cuyas características ya conocemos. Su construcción fue lenta y problemática, sus obras no empezaron hasta seis años después de la decisión de construirlo y fueron interrumpidas en varias ocasiones, inaugurándose finalmente en 1817. Según Rodríguez Ocaña, en la elección de Mahón como lugar de emplazamiento del principal lazareto de España, influyeron varios factores de

⁸⁰ Rodríguez Ocaña, Esteban. *La cuestión del lazareto...*, p. 267-271.

⁸¹ En 1755.

⁸² Sus obras debían empezar en 1756.

⁸³ *Ibid.*, p. 271-272.

⁸⁴ Gascón Gazulla, Silvia. *El lazareto de Barcelona...*, p. 79.

⁸⁵ A pesar de que ya habían aparecido algunos brotes de fiebre amarilla en 1730-31, 1741, y 1790, ésta no suscitó, por el momento, la atención por parte del gobierno que se prestaba a la peste. Es por eso que se tendría que esperar al siglo siguiente para encontrar medidas firmes para evitar su entrada en el territorio español. Ver Rodríguez Ocaña, Esteban. *La cuestión del lazareto...*, p. 272-273.

los cuales es difícil discernir la preeminencia de uno u otro: por un lado, el convencimiento de que la peste era el principal enemigo epidémico que amenazaba las costas españolas, y que ésta provenía generalmente del Mediterráneo y, por otro, su situación, clima, configuración costera y dotación portuaria⁸⁶.

12.2.6 Inglaterra

Hemos mencionado que en Inglaterra, a partir del quinientos, se dictaron, con ocasión de las diferentes epidemias de peste, las conocidas *plague orders* y que, a partir del seiscientos, se legisló la aplicación de cuarentenas en numerosas ocasiones, aunque estableciéndolas de manera temporal⁸⁷. Ya entrado el setecientos, una serie de órdenes en consejo inauguraron lo que podríamos llamar una política cuarentenaria permanente para Inglaterra⁸⁸, que fue tejiendo un entramado legislativo que tendía a mejorar el sistema que ya existía. Examinaremos, en primer término, en este conjunto de leyes, reglamentos, proclamaciones y estatutos, los instrumentos provistos para la creación de una red sanitaria y, a renglón seguido, veremos las acciones reales que se llevaron a cabo⁸⁹.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 273.

⁸⁷ Ver Simon, J. *English Sanitary Institutions*. London: J. Murray, 1897, p. 94.

⁸⁸ Mullet, Charles F. A Century of English Quarantine (1709-1825). *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXIII, nº 6, 1949, p. 527-545, p. 527.

⁸⁹ Vamos solamente a resaltar las providencias importantes, sin mencionar, a no ser que lo consideremos necesario, aquellas leyes de continuación de las disposiciones previstas en otras. Para una visión de conjunto de todas ellas hasta, más o menos, 1820 e interesantes y tendenciosos comentarios acerca de éstas, puesto que el autor era uno de los más fervientes detractores de las cuarentenas en el Reino Unido, ver Maclean, Charles. *Remarks on the British Quarantine Laws and the so-called Sanitary Laws of the Continental Nations of Europe, especially those of Spain*. London: s.n., 1823, p. 416-444.

Por una ley de 1721⁹⁰, el Rey, en Consejo, podía ordenar la instauración de cuarentenas, lazaretos y cordones sanitarios. Además, podía prohibir el comercio con cualquier país que estuviese, o pudiera estar, contagiado, durante un año⁹¹. En 1743, encontrándose el rey en el extranjero, y a causa de la peste de Messina, los Lords de la Regencia ordenaron que todos los barcos en procedencia del Mediterráneo debían ir hacia la desembocadura del Támesis a cumplir cuarentena en un único punto permitido: Stangate Creek⁹². En 1753, motivada por una propuesta con visos de ampliar el comercio en el Levante, se hizo una ley⁹³ que, por un lado, mantenía en vigor las anteriores normas de cuarentena citadas⁹⁴ y, por otro, imponía la obligatoriedad de viajar hacia Inglaterra con una patente de sanidad librada por el Cónsul Británico del puerto de origen; además, establecía que si la peste aparecía en algún barco en dirección a Inglaterra, habiendo sobrepasado el cabo Finisterre, éste debía encaminarse hacia las Scilly Islas, en Cornualles. Por otra parte, otra ley⁹⁵ sancionada el mismo año establecía que:

no goods or merchandises, liable to retain the infection of the plague, and coming from the Levant, without a clean Bill of Health, shall be landed in any part of Great Britain, &c. &c.; unless it shall appear to the satisfaction of His

⁹⁰ 8 Geo. I, c. 8, 1721. Recordemos que el periodo de redacción de esta ley coincidía con la peste de Marsella.

⁹¹ Esto entraba en contradicción con la petición que, en 1720, la Levant Company había presentado al Rey en Consejo. En ella se argüía que no se debía prever ninguna cuarentena para las arribadas desde Turquía puesto que llevaban comerciando con ellos desde hacía ciento cuarenta años sin ninguna consecuencia para la salud pública. Ver Maclean, Charles. *Remarks on the British Quarantine Laws...*, p. 422-423.

⁹² Russell, Patrick. *A Treatise of the Plague*. London: G. G. J. and J. Robinson, 1791, p. 446.

⁹³ 26 Geo II., c. 6, 1753.

⁹⁴ Además de las que no hemos mencionado por dar continuidad a éstas.

⁹⁵ 26 Geo II., c. 12, 1753.

Majesty, his heirs, or successors, or his or their Privy Council, that the said goods or merchandises have been sufficiently opened and aired in the Lazarettos of Malta, Ancona, Venice, Messina, Leghorn, Genoa and Marseilles⁹⁶.

Si la legislación permitía realizaciones considerables, los logros fueron más bien flacos. Richard Mead, a instancias del gobierno, había inspirado en gran parte la ley de 1721 pero su gran caballo de batalla, la construcción de lazaretos permanentes en los puertos ingleses⁹⁷, nunca se debatió de manera seria por el parlamento⁹⁸.

Con ocasión de la amenaza de Messina, y a petición de los oficiales de Aduanas de algunos puertos, se erigieron abrigos temporales para el aireo de las mercancías después de pasar la cuarentena en el barco. En 1752, a tenor del debate sobre el tráfico comercial con el Levante, volvió a aparecer sobre el tapete la necesidad de crear un lazareto permanente. De hecho, se llegó a designar un lugar para tal propósito: la isla de Chetney Hill, en el Condado de Kent⁹⁹, y se llegó, incluso, a dibujar unos planos, pero eso es todo lo que se hizo en esa dirección¹⁰⁰. En 1755 se establecieron en algunos puertos una especie de lazaretos flotantes que estuvieron en funcionamiento durante al

⁹⁶ Esta utilización de los lazaretos extranjeros, además de ahorrar dinero a las arcas públicas, intentaba no colapsar el lugar destinado a la cuarentena.

⁹⁷ Lo explicaba en Mead, Richard. *A Discourse on the Plague*. 9th ed. London: A. Milla and J. Brindley, 1744, Parte II, cap. 1º. Richard Mead fue uno de los grandes propagandistas de la cuarentena en Gran Bretaña y un seguidor de las doctrinas contagionistas. Para más información sobre éste y los contagionistas ingleses del setecientos ver Zuckerman, Arnold. *Plague and Contagionism in Eighteenth-Century England: the Role of Richard Mead*. *Bulletin of the History of the Medicine*, vol LXXVIII, nº 2, p. 273-308.

⁹⁸ Froggat, P. The lazaret on Chetney Hill. *Medical History*, vol. VIII, nº 1, 1964, p. 44-62, p. 48-49.

⁹⁹ Muy cercana a la desembocadura del Támesis.

¹⁰⁰ Ver Maclean, Charles. *Remarks on the British Quarantine Laws...*, p. 427.

menos treinta años¹⁰¹, mientras continuaba el debate acerca de la erección de un lazareto permanente. En 1765, a través de la Cámara de los Comunes, se destinaron 5000 £ para sus obras. Las hostilidades abiertas contra Francia frenaron de nuevo el proyecto porque la mayor parte de los puertos del Mediterráneo seguían abiertos a los barcos ingleses y los lazaretos flotantes constituían una solución barata en un momento en el que ésta no era la más importante de las necesidades¹⁰². Durante las dos décadas siguientes se volvieron a presentar las propuestas en varias ocasiones, aunque sin mucho éxito, por lo que, a finales del setecientos, el Reino unido continuaba sin contar con un lazareto permanente.

Durante el siglo XVIII asistimos a una ampliación y jerarquización de la red de lazaretos de las diferentes potencias europeas con el fin de resguardarse del peligro que suponían, aún, las procedencias de los barcos con mercancías desde el Levante y la Berbería. De todos modos, como veremos en el próximo capítulo, en algunos de estos países ya se empezaron a aplicar, a finales de esta centuria, los primeros y titubeantes ensayos de protección. Esta tendencia se notó con mayor intensidad en los estados más grandes y que realmente necesitaban de una vasta red de lazaretos. En los territorios más pequeños, en general, se ampliaron y mejoraron las instalaciones ya existentes. Algunos estados acrecentaron su red debido a su configuración geográfica, como Venecia, creando una serie de lazaretos secundarios dedicados al tráfico local o al expurgo de las mercancías de las caravanas antes de ser embarcadas hacia la capital.

Francia, aunque de manera un tanto tosca, organizó su protección atlántica con Le Havre, como puerto de referencia, y mantuvo su organización mediterránea. Otros estados entraron en juego también durante ese siglo:

¹⁰¹ Hace una descripción de éstos Froggat, P. *The lazaret on Chetney Hill...*, p. 51.

¹⁰² *Ibid.*, p. 50.

Austria, con sus lazaretos en Fiume y Trieste, o los Estados Pontificios, con la instalación de un lazareto en Ancona. Todos ellos se sumaron a la política puertofranquista que ya habíamos apreciado en el periodo anterior.

Génova, de la que no hemos hablado, construyó un gran lazareto en el golfo de la Spezia, una sede descentralizada del de la Foce del Bisagno en funcionamiento desde 1743. Durante esta época, en Livorno, se amplió el lazareto de San Jacopo y, bajo la dominación austriaca, se construyó el de San Leopoldo, que siguió siendo utilizado en gran medida por los ingleses. Éstos, como ya hemos visto, no llegaron a crear una mínima red de cuarentenas en suelo propio, por lo que dependían en gran medida de los lazaretos del Mediterráneo.

Finalmente, por lo que respecta a España, aunque la única realización sería en este sentido no se concluyó hasta el siglo siguiente, consiguió paulatinamente dejar de depender de los lazaretos extranjeros y crear una mínima, y también tosca, red de defensa contra las epidemias.

Somos conscientes de que estamos dejando en el tintero numerosos ejemplos, como la incipiente protección de algunos países del norte de Europa. Sirvan estas líneas para ver los trazos generales de un fenómeno que, a grandes rasgos, es continuista del periodo anterior en lo que a territorios sospechosos se refiere. Tampoco nos hemos referido a la construcción de los primeros lazaretos en los Estados Unidos de América, hablaremos de ellos en el siguiente capítulo, puesto que responden a otras coyunturas.

CAPÍTULO 13º CUARENTENAS Y TERRITORIO DURANTE EL SIGLO XIX

La red sanitaria formada durante toda la Edad Moderna en los países de la Europa mediterránea y atlántica para la defensa de la peste experimentó una ampliación sin parangón a partir de finales del seiscientos y a lo largo de toda la centuria siguiente pero, sobre todo, durante la primera mitad del siglo XIX. Confluyeron en este proceso dos aspectos fundamentales: la organización sanitaria de los territorios de la Sublime Puerta —que hasta ese momento no se había protegido contra la peste— y la aparición de nuevas enfermedades epidémicas tan mortíferas como la peste: la fiebre amarilla y el cólera. Estas enfermedades provocaron, por un lado, la adopción de medidas profilácticas en países y territorios que hasta ese momento carecían de ellas —nos referimos sobre todo a los países de allende el Atlántico, aunque esta afirmación podría hacerse extensiva a algunos lugares de la Europa septentrional— y, por otro, un replanteamiento de la sanidad en aquellos que ya se protegían contra la peste¹.

Intentaremos hacer un esfuerzo de concreción, puesto que el tema es muy amplio, ya que lo que nos interesa es dar una idea de conjunto. Para ello, en la medida de lo posible y cuando creamos que no aporten novedades

¹ Hemos hecho referencia a ello en el capítulo quinto.

significativas, obviaremos los ejemplos acerca de los territorios a los que ya hemos hecho referencia y dejaremos en el tintero algunas coyunturas muy concretas que creemos que merecería la pena estudiar más adelante (sin ir más lejos, el ejemplo de la sanidad en los territorios conquistados por Napoleón). Por imperativo documental, tendremos que dejar de lado las prácticas sanitarias australianas y latinoamericanas. Es por eso que expondremos, en primer lugar, la organización profiláctica en los territorios otomanos; después daremos paso al continente americano y, para acabar, explicaremos sucintamente el caso europeo.

13.2 La organización sanitaria del Levante y la Berbería

Durante la primera mitad de ochocientos el Levante y la Berbería se fueron convenciendo paulatinamente de que debían velar por la sanidad de sus territorios. Tras los primeros ensayos que se realizaron a escala local y las sucesivas emancipaciones de algunos de sus territorios —o, en algunos casos, la consecución de una mayor autonomía— el Imperio, que iba perdiendo la hegemonía en la región, decidió entrar en la órbita sanitaria europea. De hecho, se vio impelido a hacerlo a causa de la reacción en cadena que supusieron todos estos procesos de independencia. En muchos de los casos, estos movimientos se acompañaban de medidas de resguardo contra las epidemias que, si se leen en clave económica, les daban una ventaja sobre el inmovilismo sanitario del Imperio, puesto que así pasaban a ser percibidos como lugares sanos con los cuales era seguro comerciar. Además, desde un punto de vista político y psicológico, les desmarcaba del Imperio y les acercaba más a Europa. Hay que añadir que, desde finales del primer tercio del siglo XIX, apareció, importado desde la India, el cólera, que desempeñaría un papel importante en este proceso.

13.2.1 Primeros ensayos locales

Desde 1812, y a causa del retorno de la peste después de un decenio de tregua, algunos de los territorios otomanos empezaron a organizar su defensa contra las epidemias. Se trató, en un primer estadio, de intentos de éxito desigual y, conviene decirlo, puestos en marcha por las autoridades locales. Este cambio de actitud frente a la peste vino motivado por la iniciativa de diferentes círculos de la alta sociedad turca que, a partir de principios del ochocientos, empezaron a temer a la peste, sobre todo algunos dirigentes que intentaban establecer un poder personal duradero en sus provincias, en algún caso incluso dinástico. No entraremos en el detalle de las operaciones puestas en marcha durante este primer periodo —puesto que otros ya lo han hecho con una suerte más que considerable²— solamente daremos una visión de su conjunto. Se operaron, básicamente, en cuatro zonas bastante concretas: Egipto, el Líbano, la Valaquia y la Epira —todas bajo la férula de la Sublime Puerta. En estos lugares se empezaron a dictar las primeras medidas de defensa adoptando los métodos ya puestos en marcha por los europeos. Se trataba, sustancialmente, del aislamiento terrestre y marítimo de las zonas contaminadas, aparte de las consabidas normas de higiene pública. De este modo se organizaron cordones sanitarios que intentaban cerrar el paso a la epidemia —medida puesta en marcha principalmente en las tres últimas regiones— y se habilitaron los primeros lazaretos en: Egipto, Alejandría, Damiette, Borollos y en Roseta, para asegurar la sanidad marítima, y en Giza y en Chubra —ambas cerca de El Cairo— para la terrestre.

Todas estas providencias dictadas en regiones dispersas del Imperio, explica Panzac³, tuvieron varios puntos en común: en primer lugar, fueron fruto de la emergencia de la situación, fueron decretadas cuando la peste ya

² Estamos siguiendo la narración de estos hechos de Panzac, Daniel. *La peste dans l'Empire Ottoman 1700-1850*. Louvain: Éditions Peeters, 1985, p. 446-456.

³ *Ibid.*, p. 452-453.

estaba bien en las fronteras de dichos territorios, bien en su interior. En segundo lugar, se trató de medidas temporales que dejaron de seguirse y tener vigencia al final de la epidemia o cuando los gobernantes se dieron cuenta de que ya nada se podía hacer. En tercer lugar, tuvieron un éxito bastante limitado y no pudieron impedir una alta mortalidad entre sus súbditos; sufrieron, de hecho, tanto como las regiones vecinas que no se resguardaron. Y, finalmente, no existió ninguna coordinación de estas actividades en las diferentes regiones, ni con las vecinas, cosa que no ayudó en nada a la preservación de su salud. A pesar de todo esto, el ejemplo cundió entre otros pachás y, hacia 1830, un gran número de provincias otomanas empezó a resguardarse contra la peste. Tomaron medidas adoptadas a escala local y de desigual eficacia, a causa de su caducidad y la falta de coordinación.

Este episodio es, sin embargo, de la alta importancia puesto que sembraría el camino para que el Levante pasara durante las décadas siguientes a formar parte de los territorios que se defendían contra la peste y, con suerte, de los países no sospechosos.

13.2.2 La sanidad y la desmembración del Imperio Otomano

A partir de, más o menos, la tercera década del ochocientos, algunos territorios consiguieron la independencia, o una mayor autonomía, de la Puerta Sublime: Grecia, Serbia, Moldavia y Valaquia. Las dos primeras, independientes, y, las dos segundas, a través de una especie de protectorado en manos de Rusia. En la misma época, Argel, también bajo el dominio otomano, fue tomado por los franceses y el Egipto de Mohamed Alí entró en guerra contra el patrón imperial e invadió Siria. A este contexto se le sumó la irrupción del cólera que, desde el Este y el Norte, acechaba el Próximo Oriente y Europa y que marcó un punto de inflexión en las políticas sanitarias de todos los países en liza. Explicaremos más ampliamente el caso egipcio, dada su importancia, y esbozaremos las líneas principales de la protección de las otras regiones

13.2.2.1 Egipto

En Egipto, que desde el advenimiento de Mohamed Alí era el país musulmán que más tenazmente había intentado el resguardo contra las epidemias, el cólera cogió por sorpresa a las autoridades durante la peregrinación anual a la Meca. Con miles de peregrinos atravesando el país hacia la Ciudad Santa, ni los cordones sanitarios, ni los intentos de aislar a los enfervorizados fieles en el desierto, evitaron la entrada de la epidemia en el país. Ante este fracaso, Mohamed Alí pidió ayuda al cuerpo consular para la creación de un servicio de cuarentena permanente en el que se encontrarían representadas las más importantes potencias europeas y que debía estar fundado sobre los principios que regían tales prácticas en esos lugares. Se trataba de todo un acto de reconocimiento de la superioridad de éstos en cuestiones sanitarias y un primer paso en la alineación de Egipto entre las naciones sanas. Conviene recordar que Egipto no fue el primer país musulmán en confiar el resguardo contra las epidemias a los europeos. Desde hacía varias décadas, existía en Tánger (1792) un Consejo Sanitario Internacional que contaba entre sus filas con representantes de los diferentes poderes extranjeros allí presentes. Sus atribuciones eran parecidas a las que pasaremos a relatar a continuación, básicamente: la implantación de medidas de cuarentena en los puertos importantes de la costa y la realización de controles en las fronteras de tierra para frenar los posibles brotes epidémicos acarreados por los peregrinos en su viaje de regreso desde la Meca⁴. Ante la amenaza del cólera, el Bey de Túnez decidió también, en un primer momento, dictar por su parte medidas de cuarentena y, más tarde, crear un Consejo Sanitario como en Marruecos. Por otra parte, la conquista de Argel por parte de los franceses y las medidas de cuarentena impuestas fueron cerrando el cerco a la peste y al cólera. Pero volvamos a Egipto.

⁴ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1991, p. 60.

Una de las primeras realizaciones⁵ de esta comisión fue la construcción de un lazareto estable, hecho de piedra, en Alejandría. El mismo Mohamed Alí puso la primera piedra, en abril de 1832, e impuso veintiún días de cuarentena a todos los navíos, sin distinción de pabellón, que llegaran desde Levante o el archipiélago egeo con patente sucia; quince días, para aquellos que poseyeran una patente tocada, y, cinco, para los que presentaran una patente limpia. Del mismo modo, se acordonaron los diferentes brotes de peste para evitar su propagación por todo el país. En 1835 la comisión extranjera fue reforzada y decidió diversificar y jerarquizar los establecimientos para conseguir una mayor eficacia y dar servicio a los otros territorios dependientes de Egipto, Siria y Creta. Así, los puertos de Beirut y Jaffa y el insular de La Canea fueron dotados de lazaretos, únicos puertos habilitados para recibir las arribadas desde lugares sospechosos en sus respectivas provincias. Se les dotó también de comités consulares provinciales con un alto poder de actuación y se organizaron diputaciones sanitarias en el resto de puertos importantes —cuyo personal debía supervisar las patentes de todas las embarcaciones y encaminar a las sospechosas al lazareto provincial. Todo esto, coordinado y puesto bajo la autoridad del Comité Consular de Alejandría, tuvo una aplicación parcial que no estuvo libre de problemas, a causa de las intrigas políticas que se desarrollaron entre las diferentes potencias en el seno del Comité Consular y también en el interior del gobierno egipcio⁶.

A partir de la siguiente década, y no sin los problemas derivados del intervencionismo de los cónsules extranjeros a los que ya hemos hecho mención en el capítulo sexto, se procedió a la nacionalización del sistema sanitario egipcio con la creación de la Magistratura de Salud Pública en

⁵ No vamos a entrar a explicar los pormenores de su organización que se pueden consultar en Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 46-51; y en Panzac, Daniel. *La peste dans l'Empire Ottoman...*, p. 465-471.

⁶ Panzac, Daniel. *La peste dans l'Empire Ottoman...*, p. 469.

Egipto. Su organización, calcada de la anterior, mantuvo la red creada y la amplió en los años sucesivos en el territorio egipcio con la creación de un lazareto de segundo orden en Damiette; dos más en Suez y en El-Arich — que asumieron funciones de protección terrestre y marítima- y diversos puestos sanitarios para el control de caravanas y viajeros. A partir de 1843, se volvió a contar con la ayuda de los cónsules europeos en una situación de difícil equilibrio que, sin embargo, dio sus frutos, al menos en lo que a protección contra las epidemias se refiere⁷. Durante la segunda mitad del siglo se fundaron lazaretos en El Tor y en Port Said. A partir de 1844 la peste desapareció definitivamente de Egipto y la importante estructura sanitaria que poseía amplió el linde de las zonas sanas más al Este y al Sur.

13.2.2.2 El entramado sanitario de los países emancipados del Imperio

Tras los diferentes procesos de emancipación, tanto Grecia como Serbia, Valaquia y Moldavia, organizaron sendos sistemas sanitarios que debían evitar la entrada de epidemias. Sucintamente explicaremos las estructuras creadas por cada uno de ellos.

Grecia estableció un doble sistema de protección: uno terrestre, a lo largo de la frontera con la Rumelia otomana, y otro marítimo, que defendía la extensa línea de costa. El cordón terrestre fue dotado de lazaretos en los tres pasos principales de la frontera, administrativa y física, entre Turquía y Grecia. Uno, al Oeste, en el desfiladero de Makrynoros. Otro, en el centro, en Agrafa, en el macizo del Pindo. Y un último, más importante y transitado, en Lamia, cerca del golfo de Volo. En los puntos practicables durante las estaciones cálidas se erigieron instalaciones semejantes a los *rastelles* austriacos. Para la sanidad marítima se creó una red jerarquizada de lazaretos dividida en nacionales y comunales. Los primeros, instalados en Syra (el más importante) y en el Pireo (en Hydra y en Skiatos), podían aceptar cualquier navío sin importar la procedencia. Los otros, emplazados

⁷ Ver el detalle en Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 49-51.

en Spetsai, Tinos, Delos, Santorin Nea-Misela y Chalquis, solamente podían recibir sus propios barcos⁸.

Serbia fundó su entramado sanitario a imagen del austriaco y fundó lazaretos a lo largo de su frontera con los territorios del Imperio y con Valaquia, su vecina del Este. Del mismo modo, elevó barreras e instauró puestos de guardia para guardar la frontera. Así, estableció un lazareto principal en Aleksinak, en la principal ruta hacia territorios otomanos, y una serie de puestos secundarios en los pasos más importantes: Radujevac, en el Este; Liubovija y Mokra-Gora, al Sur y, Raca, al Oeste. Por el Norte era Austria quien se ocupaba de la protección que, por otra parte, prestaba ayuda técnica a la incipiente estructura Serbia⁹.

Valaquia y Moldavia, al norte del Danubio, tenían una organización parecida a la serbia. Fundada, también, sobre el modelo austriaco, consistía en tres lazaretos importantes: el de Giurgiu, en la gran ruta que unía Bucarest y Estambul; el de Galato, en Moldavia, y el de Braila, en Valaquia, ambos — estos últimos— ubicados sobre el Danubio y cerca de la desembocadura al Mar Negro desempeñaban funciones de lazaretos marítimos. En un segundo plano, había también toda una serie de pequeñas instalaciones a lo largo de la frontera fluvial con la Rumelia otomana¹⁰.

13.2.2.3 El Imperio organiza la defensa antiepidémica

A la vista de lo explicado, las autoridades imperiales decidieron sumarse a la corriente que ya era general en casi todos los países de la órbita mediterránea y organizar su defensa sanitaria. Para ello, como ya se había hecho en otros países, se pidió la experta ayuda de los europeos. Los territorios de la Sublime Puerta no podían quedarse atrás en el resguardo

⁸ Ver Panzac, Daniel. *La peste dans l'Empire Ottoman...*, p. 461-462.

⁹ *Ibid.*, p. 460-461.

¹⁰ *Ibid.*, p. 459.

contra las epidemias porque su influencia podía verse menguada a favor de otros lugares que sí se protegiesen —a pesar de su situación estratégica entre el Mar Negro y el Mediterráneo, y del paso de las principales rutas caravaneras por su territorio. Además, la aplicación de medidas cuarentenarias en los territorios otomanos interesaba especialmente a Rusia, puesto que ayudaría a relajar las suyas propias en los puertos del Mar Negro y le haría ganar velocidad en los intercambios¹¹. De este modo se creó, en 1838 e instigado por el Sultán Mahmud II, el Consejo Sanitario del Imperio Otomano. En él, como ocurriera en Egipto, llevarían la voz cantante los europeos. Diez de los doce miembros lo eran —entre los cuales había cinco médicos y cinco representantes de las potencias extranjeras. A pesar de lo que pueda parecer, no todos estaban contentos con estas medidas. A algunas potencias europeas les fastidiaba el celo demostrado por los países musulmanes con nueva postura sanitaria. Ya hemos visto en otros capítulos que durante la primera mitad del siglo XIX numerosos médicos y administradores se sumaron a las filas del anticontagionismo y del contagionismo contingente y hemos visto que se predicaba una relajación y, en algunos casos, supresión de las cuarentenas. Es por eso que algunas potencias, como Inglaterra, accedieron a formar parte de estos comités sanitarios. Trataban de defender los intereses creados en estas regiones e intentaban reducir la dureza y duración de las cuarentenas impuestas en estos países¹² —puesto que tampoco podían oponerse abiertamente a la decisión de un gobierno de proteger a sus súbditos de la peste.

Durante los doce primeros años de su andadura se formó una red de protección cuarentenaria que, dada la amplitud de sus territorios, era extensa y jerarquizada y atendía tanto a las necesidades de protección terrestre como marítima. Así, se creó toda una serie de lazaretos marítimos que defenderían la costa de la peste ya que, en esos momentos, solamente podía ser

¹¹ Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 51.

¹² *Ibid.*, p. 53.

importada por mar desde alguna posesión del Imperio. El más importante era el complejo sanitario de Estambul, que contaba con varias instalaciones descentralizadas a lo largo del Bósforo y los Dardanelos. Así, el lazareto de Kuleli estaba destinado a la cuarentena de pasajeros y el de Fenerbahçe, situado en la orilla asiática de la entrada del Mar de Mármara, a las mercancías. Estas dos primeras instalaciones, creadas en 1838, fueron completadas, en 1840, con la erección de dos establecimientos secundarios en Küçüçékmece, en la costa europea del Mar de Mármara, y en Anadolu Kava ı, en la costa del Bósforo, y por dos ante-puestos sanitarios, uno en Selvi Burnu, cercano al de Kuleli y otro en los Dardanelos.

Los barcos que transitaban por el estrecho podían elegir entre hacer o no escala en alguno de los lazaretos. A aquellos que optaran por pasar de largo les sería impuesta la presencia de un guardia sanitario a bordo durante todo el trayecto entre el Mediterráneo y el Mar Negro. A los que decidieran tirar el ancla, revisadas las patentes e inspeccionada la tripulación, los barcos con peste a bordo serían cargados con una cuarentena de treinta y un días para las mercancías y veintiuno para los pasajeros. En aquellos con patente sucia, veintiún días las mercancías y quince los pasajeros. Las patentes sospechosas serían sometidas a quince días para las mercancías y diez para los pasajeros. A las patentes limpias les era dada la libre plática automáticamente. Además, cada pasajero debía llevar consigo un certificado de salud librado en el puerto de embarque¹³.

El resto de la red sanitaria marítima se encontraba sobre las costas del Mediterráneo y del Mar Muerto. En el primero, sin tener en cuenta los lazaretos fundados por Egipto —que en 1840 adoptó el reglamento Imperial— y que ya hemos nombrado, las instalaciones se encontraban en Salónica, en Macedonia, Esmirna —el puerto más importante en el Egeo— en la isla de Rodas, en Mersin, en la costa sur de la península turca y en el puerto chipriota de Larnaca. En el Mar Muerto se instalaron lazaretos en Tulcea, en

¹³ Panzac, Daniel. *La peste dans l'Empire Ottoman...*, p. 484.

el Bajo Danubio, en Varna -algo más al sur- y en Trebisonda, en la Anatolia nororiental, el único lugar en el que la peste se mantuvo de manera endémica hasta 1849. Del mismo modo, numerosas oficinas fueron establecidas a lo largo de toda la costa otomana. Suponemos que su cometido no era otro que revisar las patentes, dar libre plática a los poseedores de patente limpia y encaminar hacia el lazareto adecuado al resto de embarcaciones.

En lo que se refiere a sanidad interior, y a pesar de la visión de conjunto que guió su despliegue (en paralelo al de los establecimientos marítimos), la estructura era mucho más débil. Se trataba, básicamente, de oficinas sanitarias con un médico a la cabeza que podía dictar medidas con el apoyo de las autoridades locales. Su extensión fue bastante uniforme por todo el territorio. Desaparecida la peste en casi todo el Imperio a partir de 1844, el cólera motivó algunos cambios, en 1849, tras la expedición del Dr. Fauvel a la Anatolia oriental e Irak. A su vuelta propuso la supresión de un cierto número de esas oficinas en la primera región y la creación de un cordón sanitario entre el Mar Negro y el Golfo Pérsico, a lo largo de las fronteras rusa y persa. De este modo se pusieron en marcha un total de doce establecimientos para el control del linde del Imperio con una instalación principal situada en Khanaqin, en la ruta principal entre Bagdad y la Persia y el paso más importante de caravanas y peregrinos¹⁴.

La red sanitaria que habíamos visto configurarse durante toda la Edad Moderna en los países cristianos del norte del Mediterráneo y en las fronteras terrestres que los separaban de los territorios musulmanes, se vio, en un espacio de unos cuarenta años, doblada y desplegada a lo largo de toda la costa meridional y oriental del Mediterráneo, amén de en los lindes del Imperio Otomano en el Este. Paralelamente a este hecho, la peste fue desapareciendo de manera paulatina de los territorios musulmanes hasta que, en 1849, no quedaba activo ninguno de sus focos permanentes. Esto se consiguió gracias a la aplicación combinada de medidas higiénicas y a la

¹⁴ *Ibid.*, p. 490.

instauración de un sistema de protección sobre las bases europeas que impedía el despliegue de la epidemia por parte de los hombres. De todos modos, se nos escapa la manera en que ésta desapareció o disminuyó sustancialmente entre los roedores, los verdaderos vectores de la enfermedad. La red sanitaria estaba instalada y solamente debía hacer frente al cólera, que era extranjero a todo ese vasto territorio. A partir de mediados del siglo XIX se celebraron las Conferencias Sanitarias Internacionales, de las que ya hemos hablado. Estas Conferencias intentaban, sobre todo, la homogeneización de las reglas sanitarias en todos los países y en ellas participaron los estados musulmanes, ya no tan atribulados por las epidemias como por las ambiciones colonialistas de los europeos. En 1867 se creó un nuevo Consejo Sanitario Internacional, en Teherán¹⁵, cosa que ampliaba la zona de excepción epidémica y daba armas a los europeos para ejercer un mayor control sobre estas zonas. No entraremos de nuevo en estos asuntos puesto que ya los hemos mencionado en el capítulo sexto¹⁶.

13.3 La red sanitaria americana

La red sanitaria en los países del continente americano fue instaurada algo más tardíamente que en Europa. A pesar de que durante la Edad Moderna ya se aplicaron medidas cuarentenarias en algunos puntos de la costa bañada por el océano Atlántico, no podemos tenerlas en consideración como si fueran redes, puesto que lo efímero de la aplicación de tales medidas nos impide ver su alcance y efectividad.

¹⁵ Ver sobre éste Afkhani, Amir A. Defending the Guarded Domain: Epidemics and the Emergence of an International Sanitary Policy in Iran. *Comparative Studies of South Asia, Africa and the Middle East*, vol. XIX, nº 1, 1999, p. 122-134.

¹⁶ Remitimos a lector a la obra de los rusos Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 45-62.

Nos centraremos, pues, en las redes que se crearon desde finales del setecientos en Estados Unidos y en Canadá, puesto que la escasez de estudios y el difícil acceso a las fuentes nos hacen muy difícil perfilar, ni aunque sea a grandes brochazos, lo que aconteció en el resto del continente.

13.3.1 Los Estado Unidos

Hemos mencionado al final del capítulo anterior la instauración de lazaretos en los Estados Unidos en los años posteriores a la independencia. De hecho, la aplicación de medidas cuarentenarias en los Estado Unidos fue algo anterior. Se dictaron, por ejemplo, providencias de aislamiento en 1698 para evitar la entrada de la viruela que estaba causando estragos entre la población. Durante el setecientos, la aparición de la fiebre amarilla y el temor de la peste del Mediterráneo supusieron también la adopción de tales medidas de manera desordenada. Se trataba siempre de intervenciones motivadas por algún riesgo concreto relacionado con el tráfico de esclavos o las oleadas migratorias. Pero la desaparición, durante treinta años (1761-1791) de la fiebre amarilla y la lejanía de la peste hicieron decrecer la atención sobre este tema.

Conviene recordar que el primero de estos sucesos estaba intrínsecamente relacionado con la suspensión del comercio en derechura desde los otros países de las Indias Occidentales mediante el refuerzo de las *Colonial Acts* británicas. Pero justo después de la independencia, y con el gradual restablecimiento del tráfico con estos territorios, la fiebre amarilla reapareció en el suelo estadounidense¹⁷. Fue en tal momento cuando podemos decir que se fundó el sistema cuarentenario de ese país. El sistema se fundaba en una defensa de la costa compartimentada y bajo la jurisdicción de cada uno de los estados de la Unión. Cada uno tenía poder para legislar

¹⁷ Rauch, John H. *Coast defences against Asiatic cholera report of an inspection of the Atlantic and Gulf quarantines between the St. Lawrence and Rio Grande*. Springfield: H. W. Rokker, 1886, p. 5.

sobre los asuntos de salud pública y elegir el emplazamiento de sus lugares de cuarentena.

En 1796 se presentó al Congreso la primera ley que intentaba centralizar el control de las cuarentenas en todo el país y desarrollar una policía cuarentenaria a escala nacional. Los representantes de los diferentes Estados contestaron de diversas maneras: algunos consideraban que el Gobierno no debía entrometerse en estos asuntos y a otros no les parecía una idea tan descabellada. El matiz se encontraba en entender la cuarentena como un instrumento estrictamente sanitario —cosa que inclinaba la balanza hacia las reivindicaciones de los Estados que querían conservar las atribuciones sanitarias— o como un instrumento de regulación comercial, que la inclinaba del lado del Gobierno Central. Los representantes de los Estados convencieron al Congreso de que eran capaces de luchar de manera individual y a nivel local¹⁸. La ley que resultó de estas sesiones¹⁹ daba autoridad al presidente para ayudar a los Estados a llevar a cabo sus respectivas cuarentenas, sobre todo con la ayuda de sus oficiales de aduanas, presentes en los puertos más importantes.

En 1799 se dictó otra ley²⁰ por la cual el gobierno central ganaba atribuciones en materia de sanidad marítima. Se mantenía la ayuda de los oficiales aduaneros para el refuerzo de las leyes cuarentenarias de cada estado y le era otorgada al Secretario del Tesoro la capacidad de variar los requerimientos de las regulaciones locales para afrontar situaciones

¹⁸ Ver *The Debates and Proceedings in the Congress of the United States*. 4th Congress, 1st Session, 1796, p. 1347-1359.

¹⁹ *An Act Relative to Quarantine*. U.S. Congress, 4th. Cong., 1st Session, May 27, 1796.

²⁰ *An Act respecting quarantines and Health Laws*. U.S. Congress, 5th Cong., 3rd Session. February 25, 1799.

particulares²¹. Esta circunstancia hizo que el gobierno federal se desentendiera del control centralizado de las cuarentenas²² y, al mismo tiempo, cuando fuera conveniente, pudiera tomar las riendas de la situación. Este particular fue ratificado en 1824 por una decisión del Tribunal Supremo²³. De esta manera quedó el asunto hasta 1866, en el que una confluencia de intereses entre sectores contagionistas y miasmáticos dentro de la profesión médica llevó a presentar en el Congreso una demanda de centralización de las operaciones. Todo ello debido a que los primeros opinaban que la cuarentena, para ser eficiente, tenía que ser uniforme y éstos últimos desconfiaban de las leyes locales —extremadamente estrictas en algunos casos— que daban una falsa sensación de seguridad. De todos modos, estos esfuerzos fueron vanos y las cosas siguieron, más o menos, como estaban²⁴.

No nos detendremos a analizar toda la legislación sobre las cuarentenas dictadas durante este periodo en los Estados Unidos. Solamente queremos poner de relieve que hasta finales del ochocientos el entramado cuarentenario estuvo bajo el control directo de estos dos niveles de jerarquía y que, salvo en el periodo comprendido entre 1878 y 1882 —en que estuvo a cargo del *National Board of Health*²⁵—, la sanidad marítima, durante el

²¹ Nos damos cuenta de que el Gobierno Federal de los Estados Unidos ha sabido, desde el principio, aprovechar las situaciones de emergencia a su favor para pasar por encima de la legislación vigente.

²² Puesto que la legislación de 1799 le ponía las cosas muy fáciles al no tener que encargarse de esta materia.

²³ Hancock, Robert G. Prevalence From the Sea and American Maritime Quarantine Policy. *The American Neptune*, vol. L, nº 2, 1990, p. 94-106, p. 100.

²⁴ Se puede seguir todo este proceso en Benedict, Michael L. Contagion and the Constitution: Quarantine Agitation from 1859 to 1866. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. XXV, nº 2, 1970, p. 177-193.

²⁵ Ver, sobre éste, Schepin, O. P and Yermakov, V. V. *International quarantine...*, p. 106-110.

periodo que estudiamos, nunca estuvo entre las manos de ningún organismo estatal estrictamente sanitario sino en las del los *Boards of Health* locales y del mismo gobierno, a través de los mecanismos que hemos explicado.

A pesar de la supervisión gubernamental, los lazaretos estadounidenses (que no podemos considerarlos como una red) estaban totalmente desarticulados dado que cada estado regulaba sin tener en cuenta la legislación de los otros. Tomadas en conjunto, las providencias cuarentenarias eran muy poco uniformes. En 1857 se celebró una reunión en Philadelphia, a la que asistieron todos los delegados de los más importantes puertos marítimos del país. En ella se resolvió que “the present quarantine regulations in operation in most of our States are inefficient, and often prejudicial to the interest of the community”²⁶. En los años siguientes se continuaron organizando reuniones anuales con el cometido de unificar las respectivas legislaciones aunque la guerra civil hizo desaparecer lo que parecía que iba a ser la primera asociación de salud pública estadounidense²⁷.

La amenaza de la fiebre amarilla y de la viruela había provocado, a lo largo del setecientos, la construcción de los primeros lazaretos en algunos estados. En Boston, *Spectacle Island* hizo las veces de lazareto ante la amenaza de la viruela, aunque no se trató de una instalación permanente. En Nueva York, por ejemplo, se construyeron unas mínimas instalaciones en *Bedloe’s Island*²⁸, en 1759, que estuvieron en servicio durante pocos años. Tenemos noticias del lazareto construido en la entonces capital, Philadelphia, en 1799 —un amplio lazareto, a unas diez millas de la ciudad, que ha

²⁶ Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force in foreign Countries respecting Quarantine, communicated to the Board of Trade*. London: P. S. King & son, 1860, p. 27.

²⁷ Se pueden consultar las memorias de las cuatro convenciones compiladas en un solo volumen en *Minutes and proceedings from the first, second, third, and fourth National Quarantine and Sanitary Convention*. New York: Arno Press, 1977.

²⁸ En la que actualmente se encuentra la estatua de la libertad.

sobrevivido hasta nuestros días— y otros que no mencionamos. Solamente pretendemos mostrar la situación de provisionalidad reinante durante el siglo XVIII. La reaparición de esta epidemia en su territorio hizo que se crearan instalaciones más duraderas. Este proceso se acentuó con la aparición, unos cuarenta años más tarde, del cólera, cuyas tres principales epidemias sentaron las bases de lo que poco a poco fue conformando el entramado sanitario estadounidense. Para no alargar el discurso, puesto que pretendemos dar una idea de conjunto sobre esta red, describiremos el estado del resguardo sanitario de la Unión en dos momentos: en 1860 y en 1886. Estas dos fechas corresponden a sendas memorias que repasan individualmente cada uno de los lazaretos de ese territorio²⁹ y que nos ayudarán a dibujar los grandes rasgos y la extensión a la que llegó dicha red.

En la primera fecha, los puertos importantes que contaban con instalaciones cuarentenarias eran, siguiendo la línea de costa desde el norte: Boston (Massachussets), Nueva York (New York), Philadelphia (Pennsylvania), Baltimore (Maryland), Richmond (Virginia), Charleston (South Carolina), Savannah (Georgia), Mobile (Alabama) y Nueva Orleáns (Louisiana). Tenemos conocimiento de otras instalaciones cuarentenarias como, por ejemplo, la de Providence, en Rhode Island³⁰. De hecho, en cada uno de los estados debía existir una legislación sanitaria. Veamos las desiguales medidas dictadas en cada uno de estos lugares. Es interesante notar que no todos los puertos se resguardaban de las mismas zonas ni durante los mismos meses del año. Así, Nueva York, por ejemplo, imponía cuarentena a todos los barcos que llegaran del extranjero durante todo el año y, entre el primero de abril y el primero de noviembre, a todos los navíos arribados desde los puertos de la Unión situados al sur del cabo Henlopen,

²⁹ Se trata de las ya citadas Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force...*; y Rauch, John H. *Coast defences against Asiatic cholera...*

³⁰ Sobre este puerto y la aplicación de la cuarentena a finales del setecientos ver Tatge, Robert O. A Quarantine Quandary: Ship Fever and Yellow Fever in Providence, Rhode Island, 1797. *The American Neptune*, vol. XL, 1980, p. 192-210.

en la boca sur de la bahía del Delaware³¹. En Philadelphia no se hilaba tan fino y se sujetaba a cuarentena a todas las embarcaciones que llegasen entre el primero de junio y el primero de octubre, aunque en el puerto de embarque no se sufriera epidemia alguna³². En Baltimore no se hacía ninguna distinción en favor de ningún tipo de arribadas³³. En algunos casos se realizaba inspección médica de los pasajeros, como en Richmond o en Philadelphia. Otras veces ésta era considerada innecesaria, como en Savannah. Lo mismo pasaba con la descarga y purificación de mercancías, solamente operada en algunos puertos. Tampoco eran uniformes las duraciones de la cuarentena: un mínimo de diez días, en algunos puertos, para las arribadas desde lugares sospechosos, y, de veinte, en otros. Este era, grosso modo, el panorama cuarentenario estadounidense hacia 1860. Un conjunto desestructurado de lazaretos de desigual tamaño, sin una jerarquización de puertos —puesto que en cada estado se podía acoger barcos desde cualquier lugar del mundo, aunque no todos lo hicieran— y con normativas desiguales.

En 1886, a pesar de no existir aún una política conjunta de cuarentenas, nos damos cuenta de que, en el cuarto de siglo transcurrido desde la foto fija que hemos descrito para 1860, la situación había cambiado sustancialmente —seguramente fruto del trabajo durante la corta existencia del *National Board of Health*— y notamos una extensión y una incipiente jerarquización de los lazaretos estadounidenses, aunque todavía exenta de unidad, tanto en las medidas, como en la organización. Así, podemos ver que, en Texas, por ejemplo, se construyeron seis estaciones de cuarentena en los principales puertos del estado, siendo el principal el de Galveston (los otros estaban situados en Brazos de Santiago, Aransas Pass, Pass Cavallo, Velasco y Sabine Pass). En ninguno de estos puertos podía entrar ningún navío procedente de Cuba, Brasil o México durante el verano y el otoño, a

³¹ Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force...*, p. 27.

³² *Ibid.*, p. 28.

³³ *Ibid.*, p. 29.

causa del riesgo de importación de la fiebre amarilla. En Louisiana se crearon dos lazaretos a más de setenta millas, en las Rigolettes (la entrada del lago Pontchartrain) y en Morgan City (al oeste del delta) y otro situado más cerca de la ciudad, a unas 28 millas, en Pas à l'Outre, y otra instalación en Eadsport. El estado de Mississippi no mantenía comercio directo con el extranjero, por lo que la instalación de Bay St. Louis estaba dedicada a los barcos autóctonos, dependiendo de Mobile y Nueva Orleans para las arribadas del extranjero. En Alabama, Mobile era el único puerto dotado de lazareto y, en consecuencia, el único capaz de recibir embarcaciones desde lugares sospechosos. En Florida se habilitaron siete puertos para la cuarentena; los más importantes fueron los de Pensacola y St. Augustine. En Georgia funcionaban las estaciones de Savannah, Brunswick y Sapelo Sound. En Carolina del Sur existían los lazaretos de Charleston y, bajo su supervisión, los de Georgetown, St. Helena y Port Royal. En Carolina del Norte solamente Willmington tenía instalaciones cuarentenarias y los otros tres puertos importantes, Edenton, Beaufort y Newberne, estaban sujetos a sus reglamentos. En Virginia funcionaba el lazareto cercano a Richmond. En Maryland solamente Baltimore contaba con un lugar apropiado —situado a siete millas de la ciudad— para la cuarentena. En Pennsylvania, el lazareto de Philadelphia daba servicio tanto a este estado como al de Delaware. El estado de Nueva York, con una estrecha salida al mar, tenía, por ser el puerto que recibía más inmigrantes de todos los Estados Unidos, una importante instalación cercana a la ciudad. Connecticut contaba con unas insuficientes instalaciones cuarentenarias en su puerto más importante, New Haven. Rhode Island tenía un lazareto en Providence. Toda la costa de Massachusetts estaba bajo el control de la estación de cuarentena de Boston. Finalmente, New Hampshire y Maine compartían unas instalaciones provisionales en Portsmouth³⁴.

³⁴ Rauch, John H. *Coast defences against Asiatic cholera...*, p. 13-31.

Nos damos cuenta de que el entramado sanitario estadounidense observó una notable evolución y ampliación dependiendo de la voluntad y las necesidades de cada estado. Sin embargo, no podemos decir que se tratara de una red meditada y optimizada según las necesidades del conjunto de la Unión. Las cuarentenas para los puertos del pacífico llegarían más tarde, hacia finales del ochocientos.

13.3.2 Canadá

Las primeras medidas cuarentenarias dictadas en lo que ahora es Canadá fueron contemporáneas de la peste de Marsella. El intendente del Québec, Bégon, proclamó en octubre de 1721 la cuarentena para todos los barcos procedentes del Mediterráneo. Estas providencias estuvieron en vigor durante solamente tres años. En 1761 se decretó en Halifax, por medio de una ley, el aislamiento de todos los barcos arribados a ese puerto con enfermedades a bordo. En el *Bas Canada* se dictó la primera ley de cuarentena permanente en 1795 que, sin muchas modificaciones, duró hasta 1853³⁵. Estos tres ejemplos ilustran de alguna manera los inicios de la organización sanitaria canadiense. Se trataba de medidas dispersas, dictadas para la ocasión y a pesar de la proclamación de leyes como la de 1795 en Québec y otras en otras provincias —totalmente transitorias y sin voluntad de una protección estricta y duradera del las zonas a las que tenían que resguardar.

Durante buena parte del ochocientos, en la etapa anterior a la Confederación, los diferentes territorios canadienses dependían individualmente del gobierno imperial inglés. Es por eso que, grosso modo, para la adopción de reglamentaciones sanitarias necesitaban el visto bueno de éste. Aunque, generalizando mucho, podemos afirmar que los encargados de legislar eran los respectivos gobiernos de cada colonia. El del Bajo

³⁵ Heagerty, John J. *Four Centuries of Medical History in Canada and a Sketch of the Medical History of Newfoundland*. Toronto: The Macmillan company of Canada limited, 1928, vol. II, p. 25-28.

Canadá, por ejemplo, tenía la siguiente organización política: una Asamblea que era representativa³⁶, un Gobernador general (elegido por el Rey) y un Consejo Ejecutivo (nombrado por el Rey a propuesta del Gobernador) sin responsabilidad ante la asamblea³⁷. De este modo, cualquier asunto sobre el que se quisiera legislar tenía que tener la aprobación de Londres.

Aunque ya hemos visto en el capítulo décimo la creación de la primera estación cuarentenaria en Saint-John (New Brunswick), en 1785, podemos decir que fue el miedo de la gran epidemia de cólera que en 1832 estaba arrasando Europa lo que provocó la verdadera puesta en marcha del resguardo antiepidémico de las diferentes colonias. Así, en el *Bas Canada* se fundó el lazareto de Grosse-Île, en 1832. El mismo año la Isla del Príncipe Eduardo hizo lo mismo en Charlottetown. En Halifax y en otros puertos importantes de Nueva Escocia también se pusieron en marcha medidas de cuarentena. En Nueva Brunswick se destinaron a puertos de cuarentena los de Saint-John³⁸ y Miramichi³⁹. Así pues, en todos los territorios marítimos del Canadá se tomaron medidas por parte de los gobiernos provinciales cuyo propósito era el de impedir la entrada del cólera en sus respectivos territorios. Cada una de las provincias, aparte de resguardarse de las arribadas desde Europa, se protegía de aquellas procedentes de las otras colonias y, más aún, si ya estaban tocadas por la epidemia.

³⁶ Con sufragio censitario en el que votaban los propietarios de tierras.

³⁷ Ver Castellà, Josep M^a. La evolución político-constitucional de Canadá. In Esther Mitjans y Josep M^a Castellà (Coords.). *Canadá. Introducción al sistema político y jurídico*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, col·lecció Canadiana 01, 2001, p. 27-55, p. 32.

³⁸ Regulaba la cuarentena la siguiente ley aprobada en marzo del año siguiente *An Act to prevent the importation and spreading of infectious Distempers in the City of Saint John*. 3rd Willam 4th, chapter 21, 1833.

³⁹ Bilson, Geoffrey. *A darkened house. Cholera in nineteenth-century Canada*. Toronto and Buffalo: University of Toronto Press, 1980, p. 94, 103, 108.

Aparte de estas iniciativas gubernamentales, a nivel local, y la mayor parte de las veces sin la aquiescencia de las autoridades de la colonia, las juntas sanitarias municipales, o los mismos ayuntamientos, dictaron sus propias medidas de cuarentena o aislamiento con procedimientos más o menos toscos. En Trois-Rivières, situada en el Saint Laurent, a medio camino entre Québec y Montreal, se dictaron medidas cuarentenarias propias que retenían las entradas en el puerto y las sometían a inspección y, si era necesario, a aislamiento. Río abajo de Québec, en la Baie Saint-Paul, se organizaron piquetes que no dejaban penetrar en el puerto a ninguna embarcación procedente de la capital, ni de la Grosse-Île⁴⁰, aunque sin una elaboración de medidas comparable a la que acabamos de mencionar.

Situaciones parecidas se dieron en casi todas las provincias, pero sobre todo en la del Alto Canadá. Se trataba de la única que no tenía salida directa al mar (si no era por el Saint Laurent y pasando a través del Québec) y en la que no tardó mucho en entrar la epidemia. Así, a falta de una ley provincial sobre sanidad, algunos municipios situados a la orilla del lago Ontario, como Kingston o Kent, dictaron sus propias providencias en el mismo sentido. Obligaron a los barcos cargados de inmigrantes o de mercancías a pasar una revisión por parte de los médicos y, algo más adelante, instauraron una especie de bloqueo que hacía que los inmigrantes tuviesen que esperar en Montreal antes de continuar su viaje hacia el interior del país⁴¹.

Todas estas medidas —tanto las gubernamentales de cada provincia, como las locales— fueron retiradas una vez desaparecida la plaga. Esta situación se repitió ante cada nuevo brote epidémico y se mantuvo hasta que se constituyó la Federación. En ese momento, siguiendo una política de

⁴⁰ *Ibid.*, p. 47.

⁴¹ *Ibid.*, p. 13.

poblamiento⁴² del extenso territorio del Dominio, las autoridades federales tuvieron que planear una red sanitaria entendida en conjunto y para todo el Canadá. De todos modos, no podemos decir que durante todo ese tiempo no se hiciera nada para mejorar la defensa sanitaria de las provincias. En el mayor número de los casos se produjeron modificaciones del sistema, provocadas por el acecho de epidemias de cólera o de tifus, que en general poco aportaron en el sentido de consolidar una red sanitaria en cada una de las colonias —más bien afectaron al diseño interior de algunas de las instalaciones de cuarentena⁴³. En otro orden de cosas, también hay que señalar que la dispersión del pensamiento etiológico de los médicos canadienses durante esa época, no ayudaba mucho a la adopción de medidas uniformes⁴⁴.

La federación trajo consigo muchos reglamentos cuarentenarios y una reorganización de la sanidad que, a partir de entonces, sería tratada en conjunto. A través de la *British North America Act* de 1867, que unía en un sólo Dominio las antiguas colonias del Canadá Unido⁴⁵, Nueva Escocia y Nueva Brunswick, la cuarentena pasaba a manos del gobierno federal⁴⁶ y bajo la jurisdicción del Ministerio de Agricultura, puesto que éste era el que

⁴² Ver sobre ésta y sobre las medidas cuarentenarias para controlar la calidad de los inmigrantes Bilson, Geoffrey. "Muscles and Health" Health and the Canadian Immigrant (1867-1906). In Wendy Mitchinson and Janice Dickin McGinnis (Eds.). *Essays in the History of Canadian Medicine*. Toronto: McClelland and Stewart, 1988, p. 398-411.

⁴³ Ver, por ejemplo, el caso de la Grosse-île en el capítulo séptimo.

⁴⁴ Ver al respecto mi artículo en el que se desarrolla este tema: Bonastra, Quim. La cuarentena en Québec y el plan preventivo de William Marsden (1832-1866). *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. IX, 2005, 15 de agosto. En línea [<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-195.htm>]

⁴⁵ El Alto y el Bajo Canadá unidos en 1840 por la *Union Act* como represalia a la segunda derivada del episodio conocido como la *Revolución de los Patriotas*.

⁴⁶ Artículo 91 de dicha acta.

tenía más atribuciones en materia de inmigración. Esto significaba que, de momento, la Isla del Príncipe Eduardo mantenía su sistema sanitario separado del de la Unión⁴⁷. Por su parte, el gobierno central tenía plenos poderes para legislar en su territorio en todo lo concerniente a la cuarentena⁴⁸. Dicho y hecho, un día más tarde apareció el primer reglamento⁴⁹ cuarentenario del Dominio. Este reglamento preveía tres lugares que debían dar servicio a las cuatro provincias. Uno, en la Grosse-Île, cerca de Québec, que serviría para todas las entradas al territorio canadiense por el Saint-Laurent, es decir, hacia Québec y Ontario. Otro, en Partridge Island, en Saint John, Nueva Brunswick, y, la última, en Halifax, Nueva Escocia. Esto, por un lado, disminuía los lugares de cuarentena pero, por otro, unificaba la reglamentación y parece ser que no obligaba a utilizar un lazareto concreto para la entrada en una provincia porque el texto nada indicaba a tal respecto. Además, la innovación respecto de las otras reglamentaciones cuarentenarias que ya hemos visto consistía en la no mención de lugares sospechosos o infectados, puesto que la redacción solamente aludía a la existencia de enfermos a bordo de cualquier barco procedente de las islas británicas o del extranjero. Somos conscientes de que se trataba de una normativa marco pero estos pequeños matices son importantes en un momento en el que las cuarentenas eran más que contestadas.

⁴⁷ No olvidemos que, aunque lo pareciera de hecho, no se trataba de una independencia, ya que ésta llegó en el siglo XX. Se trataba de un Dominio o federación de territorios bajo la férula del Imperio Británico pero con una organización política y jurídica autónoma. Éste fue creado para, de algún modo, hacer frente al poder militar de los Estados Unidos y, por otra parte para conseguir, con la unión, algunas ventajas económicas derivadas del establecimiento de un mercado común, de grandes servicios públicos, vías férreas y canales que facilitasen el tráfico fluvial y el desarrollo industrial. Ver Castellà, Josep M^a. La evolución político-constitucional de Canadá..., p. 37-42

⁴⁸ *Acte relatif à la Quarantaine et à la Salubrité Publique*. 31 Vict., chap 63, 1868.

⁴⁹ *Règlements Généraux de Quarantaine*. Ordres en Conseil. Monck. 23 mai 1868.

En 1873, a la vista de que las tres instalaciones cuarentenarias eran insuficientes para asegurar la defensa de toda la prolongadísima costa canadiense del Atlántico y del Pacífico —que, dada su configuración y extensión, se prestaba demasiado a los desembarcos ilegales—, y al amparo de la ley de cuarentena de 1873⁵⁰, se resolvió⁵¹ que salvo en los puertos que en ese momento poseían una estación de cuarentena —o la habían de poseer en breve— en los demás el jefe de la oficina aduanera haría las veces de oficial de cuarentena. Éstos tenían el deber de abordar a todo navío que pretendiese echar el ancla en sus respectivos puertos y realizar la antedicha entrevista sanitaria. Si el resultado era satisfactorio tenían autoridad para admitir el barco a plática. En el caso contrario —ya fuese por la sospecha de la falsedad de las respuestas, del maquillaje de los hechos, de la ocultación de alguna información o, simplemente, por representar un remoto peligro para la salud pública⁵²— debían ponerse inmediatamente en contacto, vía telégrafo, con el Ministerio de Agricultura, en Ottawa, donde el Ministro, tras estudiar el informe detallado de los hechos, podía, o bien mandar que dicha embarcación fuese enviada a uno de los lazaretos regulares, o bien ordenar la cuarentena en el mismo barco. De este modo, la red sanitaria canadiense quedaba ampliada a toda la costa atlántica y pacífica, puesto que la Columbia Británica se había unido en 1871 al Dominio de Canadá, con una red jerarquizada y presente en todos los puertos capaces de recibir grandes embarcaciones. Ese mismo año (1873) entraría también en el Dominio la Isla del Príncipe Eduardo, que aportaba a la caja común de la cuarentena el mencionado lazareto de Charlottetown, que seguiría las mismas normas que los otros lazaretos canadienses.

⁵⁰ *Acte relatif à la Quarantaine*. 35 Vict., chap. 27, 1873.

⁵¹ Por el nuevo reglamento de salud pública: *Santé Publique – Règlements relatifs à l'arrivée et au départ des navires aux ports du Canada*. Ordres en Conseil. Dufferin. 21 janvier 1873.

⁵² Hemos de notar que en estos reglamentos ya se tenía en cuenta el estado sanitario del lugar de origen.

En 1878 se habilitó como lugar de cuarentena el puerto de Pictou, en Nueva Escocia, y, en 1884, se decretó que los barcos postales debían ser examinados en Rimouski, casi en la desembocadura del Saint Laurent, antes de poder entrar hacia el interior del país⁵³. De todos modos, la red de lazaretos no era suficientemente amplia. Esto ocurría, por un lado, a pesar de las recientes atribuciones cuarentenarias de los agentes de aduanas o quizás a causa de éstas, puesto que provocaban una mayor afluencia a las instalaciones mencionadas que, en otro orden de cosas, se hallaban demasiado lejanas las unas de las otras. Por otro lado, la costa del Pacífico se encontraba totalmente desprovista de instalaciones construidas a tal propósito. Así, en 1885, se habilitaron para la cuarentena los puertos de Victoria, en la Columbia Británica, y de Sydney, en Nueva Escocia⁵⁴. El año siguiente se añadieron a esta lista los puertos de Hawkesbury, en Nueva Escocia, y Miramichi, en Nueva Brunswick⁵⁵, que retomaba así la función que ya había desempeñado antes de la federación.

Este era el panorama sanitario existente en Canadá cuando ya se estaba poniendo en marcha en este país, y en los Estados Unidos, el nuevo sistema de saneamiento marítimo ingeniado y predicado por el doctor Holt, del que hemos hablado en el capítulo quinto. La malla cuarentenaria que paulatinamente se fue tejiendo en el Canadá posterior a la Federación y anterior a la aceptación de los postulados bacteriológicos, prestaba mucha atención a la configuración física y humana de sus territorios. De este modo, se creó una red en dos niveles. En el superior, jerárquicamente, están las estaciones de cuarentena en las que se realizaban las operaciones de aislamiento y expurgo tanto de mercancías como de pasajeros, y en especial de estos últimos. En el nivel inferior encontramos las aduanas de los otros puertos de menos importancia que, con atribuciones cuarentenarias, podían o

⁵³ Heagerty, John J. *Four Centuries of Medical History...*, vol. II, p. 32.

⁵⁴ Proclamación del 17 de junio de 1885. *Gazette du Canada*, vol. XVIII, p. 2134.

⁵⁵ Proclamación del 3 de agosto de 1886. *Gazette du Canada*, vol. XX, p. 277.

hacer cumplir la cuarentena *in situ* o remitir a las embarcaciones a los lazaretos mencionados. En cuanto a su distribución en el territorio, en aquellas provincias más fáciles de guardar —como el Québec⁵⁶— se mantuvo una sola estación por la que pasaba la mayor parte del tráfico marítimo canadiense. En los otros establecimientos también se tuvieron en cuenta estas peculiaridades. En Nueva Escocia llegaron a convivir cuatro lazaretos debido al hecho de que era un península con cientos de kilómetros de costa y tenía una población repartida en su mayor parte en enclaves marítimos. Nueva Brunswick, por su parte, tuvo en total dos lazaretos: uno en su costa del sur, en la ruta hacia los Estados Unidos, y otro en su orilla encarada hacia el Este, en el eje del golfo del Saint Laurent. La pequeña provincia de la Isla del Príncipe Eduardo sólo tuvo necesidad de una instalación y la Columbia Británica también porque, a pesar de su gran extensión, los principales puertos, rutas comerciales y población se encontraban en el sur, con un único acceso por el estrecho de Juan de Fuca, dominado por la ciudad de Victoria.

13.3 La sanidad europea durante el ochocientos

Vista la protección sanitaria del temido Imperio Otomano y de Norteamérica⁵⁷, pasemos, de manera muy rápida, a ver las diferentes evoluciones de las redes europeas del ochocientos. Desde finales del setecientos y acabando el primer tercio de la centuria siguiente, dos nuevas enfermedades epidémicas se convirtieron en el azote de Europa: la fiebre amarilla y el cólera. Éstas tenían patrones de difusión diferentes al de la peste y su aparición y, de algún modo, su desarrollo trastocaron los cimientos de la práctica cuarentenaria europea. Conocemos, puesto que hemos hablado de ello en el segundo capítulo, la fiebre anticontagionista de principios del siglo diecinueve y la

⁵⁶ Puesto que la principal entrada por el mar era el Saint Laurent y los territorios marítimos más al norte de la Grosse-Île estaban muy poco poblados y recibían pocas embarcaciones extranjeras.

⁵⁷ México no desarrolló un verdadero sistema sanitario durante este periodo.

posterior evolución hacia un contagionismo contingente⁵⁸. La primera de las corrientes supuso una desestabilización⁵⁹ de las cuarentenas, pero no su desaparición. Esta permanencia de la institución se produjo gracias a la inercia de siglos de funcionamiento y al entramado creado —difícil de dismantelar en un breve lapso de tiempo. Podemos, también, atribuir su persistencia a la creencia en su efectividad —puesto que algunos frutos había dado— y a la existencia, aún endémica en algunas regiones del Oriente Medio, de la peste, por un lado, y a la aparición de la fiebre amarilla y del cólera, por otro⁶⁰. La segunda corriente supuso, ayudada por las Conferencias Sanitarias Internacionales, una optimización y, poco a poco, una cierta uniformidad de las medidas cuarentenarias, al menos eso era lo que se pretendía. Además, durante todo el periodo del que estamos hablando, las potencias europeas empezaron a establecer la cuarentena en sus posesiones coloniales.

Habíamos dejado la descripción de la red europea en el momento en el que toda la costa, desde Ragusa hasta el Atlántico Norte, contaba con una red medianamente estructurada en las costas occidentales de Francia y con

⁵⁸ Recordemos que estamos hablando en términos generales y para la mayoría del mundo médico de la época, puesto que siempre existieron y convivieron defensores de las diferentes corrientes etiológicas.

⁵⁹ Numerosas obras y opúsculos, críticas con el sistema de cuarentenas, vieron la luz durante ese periodo, entre ellas Delagrangé, A. *Abolition des lazarets ou L'anticontagionisme absolu, doctrine nouvelle qui tend à prouver que les pestes dites contagieuses, le choléra d'Asie, etc., sont des faux aperçus de la science, et que la terreur répandue et inappréciée jusqu'ici dans ses funestes effets, aggrave nos maladies, et cause seule l'excessive mortalité attribuée à ces fléaux imaginaires*. Paris: Comon et Cie., 1846; Maclean, Charles. *Evils of quarantine laws, and non-existence of pestilential contagion, deduced from the phaenomena of the plague of the Levant, the yellow fever of Spain, and the cholera morbus of Asia*. London: T. & G. Underwood, Carey & Lea, 1824; por poner dos ejemplos.

⁶⁰ Aunque, como ya hemos visto en el capítulo tercero, llevó a una progresiva disminución de los términos de la cuarentena.

desiguales ensayos de cuarentena más al norte. Entrado el siglo XIX, la red se manifestó insuficiente para afrontar los retos que se le venían encima

En primer lugar centraremos nuestros esfuerzos en esta zona de la Europa septentrional y pasaremos, después, a las latitudes más cálidas, explicando los casos de España y Francia. Dejaremos de lado el resto de países mediterráneos ya que, a grandes rasgos, y salvando las coyunturas históricas concretas de cada uno de ellos, compartían las líneas y tendencias generales de lo acontecido en los otros países europeos y examinarlo alargaría innecesariamente el discurso.

13.3.1 La red cuarentenaria de los países europeos del norte del Atlántico

La Rusia zarista del inicio del siglo XIX tenía dos frentes marinos diferentes, en lo que a cuarentenas se refiere: el del Báltico y el del Mar Negro; dos mares interiores pero abiertos a otros de más importancia. Parece ser que las primeras medidas de cuarentena en Rusia fueron dictadas, al menos, en 1709⁶¹. Conquistada la región de Ucrania por Catalina II, la peste, endémica en el vecino Imperio Otomano, fue la que motivó el establecimiento de cuarentenas en el Mar Negro. En Odessa, uno de los puertos más importantes de la región, y cercano a la desembocadura del Danubio, se creó un lazareto en 1794. La emergencia del cólera hizo necesario otro establecimiento en la región, fundado en el puerto de Sevastopol, en 1829, por ser una importante base naval y puerto comercial.

Por la parte del Báltico, hasta 1857, el lazareto danés de Elsinore, cuyas instalaciones databan de principios del setecientos, era la única estación sucia que los puertos rusos del Báltico podían utilizar —en otros

⁶¹ Hughes, Lindsey. *Russia in the Age of Peter the Great*. New Haven: Yale University Press, 1998, p. 314.

puertos solamente se permitía una cuarentena de observación⁶². A partir del mencionado año, el lugar de cuarentena para los barcos rusos fue trasladado a la Isla de Kanso, delante de la ciudad sueca de Gottenburg.

Estas dos estaciones fueron utilizadas por todos los estados del Báltico durante la última mitad del setecientos y durante buena parte del ochocientos. Aparte de éstas también había sido utilizada la estación de cuarentena de la Island of Oder, cerca de Christiandsand, en Noruega⁶³.

En Holanda, como ya hemos indicado en otras ocasiones, no se tomaban la cuarentena muy en serio. El cónsul inglés en La Haya informaba en 1819 que “no vessel whatever, of any nation, are subjected to quarantine, excepting such alone as come from the coast of Barbary”. El vicecónsul inglés en Ámsterdam, Mr. Flowers, escribía en 1860: “the quarantine regulations of this country may be considered almost a dead letter”⁶⁴. Además, según otra fuente, el lazareto de Flushing, en Róterdam, llevaba en esta fecha unos veinte años sin funcionar —a pesar de pasar por su puerto unos 3.400 barcos de media cada año. De todos modos, no obstante este relajamiento de costumbres en el propio suelo, se impusieron cuarentenas en algunas de sus colonias ultramarinas: en la isla antillana de Curaçoa y en Nueva Ámsterdam, Surinam.

Bélgica, independizada de Holanda en 1830, no creó durante este periodo una red de protección sanitaria. A pesar de haber legislado en materia de sanidad, no erigió ningún lazareto cerca de Amberes⁶⁵, su puerto

⁶² Aquélla en la que nos se realizaban operaciones de expurgo y purificación de las mercancías, los pasajeros podían cumplir la cuarentena o en el mismo barco o en las instalaciones en tierra destinadas a tal efecto.

⁶³ Ver Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force...*, p. 4-6.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 7.

⁶⁵ Con un tráfico promedio anual de más de dos mil barcos.

más importante, y las cuarentenas que se imponían no pasaban de los cinco días.

Vemos pues que, aunque en todos los países del Atlántico norte y del Báltico existían leyes de cuarentena, la red creada a tal efecto era muy débil. Este último mar contaba con dos o tres lazaretos que daban servicio a todos los países que compartían sus orillas: Prusia, Rusia, Dinamarca y también, aunque orientada hacia el Atlántico, Noruega. Lo que a primera vista podría parecer un logro de cooperación, centralización de las actividades y de eficiencia, pierde su lustre si nos fijamos de los ridículos datos de su utilización⁶⁶. Su permanencia, a pesar de lo que acabamos de decir, la explica Baldwin, al menos para la franja central de esa centuria, a causa de la influencia de la opinión pública, puesto que la cuarentena era el método profiláctico más tangible y el más popular entre las masas -que no comerciaban con el exterior y difícilmente cruzaban fronteras. De este modo, el conocimiento de la existencia de la cuarentena mantenía tranquila a la población que, según este autor, era bastante inculta, tanto en el norte como en el sur de Europa⁶⁷.

13.3.2 Inglaterra

Hemos dejado Inglaterra, a finales del setecientos, sin ningún lazareto permanente y totalmente dependiente de los del Mediterráneo. Esta enjuta política sanitaria varió en la última década del siglo XVIII. Dos acontecimientos se encuentran en la base de este cambio de rumbo de la

⁶⁶ Parece ser que durante la década de los cincuenta del ochocientos muy pocos barcos pasaron por las mencionadas estaciones de cuarentena. Ver Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force...*, p. 4-6.

⁶⁷ Ver Baldwin, Peter. *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 200.

sanidad inglesa⁶⁸: la aparición de la fiebre amarilla en los Estados Unidos y las implicaciones políticas y territoriales de las campañas italianas de Napoleón.

En lo que respecta a la primera, la virulencia y extensión de las varias epidemias sufridas por Nueva York y Philadelphia entre 1793 y 1798, y el considerable tráfico de algodón⁶⁹ entre estas ciudades e Inglaterra, hicieron temer a las autoridades la importación de dicho mal junto a la preciada mercancía.

En relación con las conquistas del entonces General, la situación era menos lisonjera, puesto que el resultado de esta campaña puso, el verano de 1797, en manos de Francia los puertos de Génova, Liorna, Ancona y Venecia. Esto significaba que los únicos puertos que, en esa coyuntura y al amparo de la ley de 1753⁷⁰, podían aceptar británicos eran los de Messina y Malta. Todo ello se agravó al año siguiente con la conquista de la isla de Malta por parte de la expedición francesa, que confiaba en esta isla como base para la campaña egipcia. Esta situación hacía añicos el sistema cuarentenario inglés, basado en la utilización de los lazaretos de otras potencias por parte de los barcos que partían rumbo a Inglaterra con patente de sanidad sucia.

La reacción no se hizo esperar. Por un lado, en relación con el peligro americano, se aprobó una ley⁷¹ que extendía el uso de las cuarentenas a todas las enfermedades contagiosas. Y, por otro, se sancionó otra ley⁷² que

⁶⁸ Froggat, P. The lazaret on Chetney Hill. *Medical History*, vol. VIII, nº 1, 1964, p. 44-62, p. 51.

⁶⁹ Que, como sabemos, era considerado como altamente susceptible de acarrear el contagio.

⁷⁰ 26 Geo II., c. 12, 1753.

⁷¹ 38 Geo III, c. 33, 1798.

⁷² 39 Geo III, c. 99, 1799.

permitía a los barcos con patente sucia hacer la cuarentena en Stangate Creek, donde hasta ese momento solamente podían ir aquéllos en los que la peste se hubiera manifestado pasado el cabo de Finisterre. Además, bajo la autoridad de esta ley, el Privy Council creó un comité, compuesto por nueve médicos y dos comerciantes que tenían negocios en el Levante, para preparar un informe que aconsejara las regulaciones de cuarentena que se adecuaran a las nuevas circunstancias⁷³. En 1800, y como resultado de esta memoria, fue aceptada una ley⁷⁴ que refundía todas las normativas cuarentenarias y preveía la construcción de un lazareto en Chetney Hill, en el condado de Kent. Sus obras empezaron en 1801⁷⁵. Esta ley, como la de 1753, era un extenso código cuarentenario. No entraremos en su articulado, nos interesa solamente anotar que se eligieron dos lugares de aislamiento: Chetney Hill, para las arribadas desde el Mediterráneo (mientras durara la obra se seguirían utilizando los lazaretos provisionales) y las Scilly Islands, para la arribadas desde el resto del mundo⁷⁶.

⁷³ Maclean, Charles. *Remarks on the British Quarantine Laws and the so-called Sanitary Laws of the Continental Nations of Europe, especially those of Spain*. London: s.n., 1823, p. 430. El comité en cuestión redactó una memoria fundada en las leyes 26 Geo II, c. 6, 1753 y 38 Geo III, c. 99, 1799 y en los reglamentos de los principales lazaretos del Mediterráneo, en especial el de Venecia. Además proponía la construcción del lazareto de Chetney Hill, cuyos terrenos ya pertenecían al gobierno, y la creación de un *Board of Health* en correspondencia con los cónsules británicos en el extranjero, en resumen, proponían un sistema sanitario propio.

⁷⁴ 40 Geo III, c. 80, 1800.

⁷⁵ Sobre su proyecto, su disposición y su construcción ver Froggat, P. *The lazaret on Chetney Hill...*, p. 53-56.

⁷⁶ Estos años representaron el momento álgido de las políticas cuarentenarias en el Reino Unido. Tanto es así que Maclean, el mayor propagandista del anti-contagionismo y de la abolición de los lazaretos, no dudó en definir la ley de 1800 como “the most gigantic, extraordinary, and mischievous superstructure, that has ever been raised by man, upon a purely imaginary foundation”, citado por Mullet, Charles F. *A Century of English Quarantine (1709-1825)*. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXIII, nº 6, 1949, p. 527-545, p. 536.

La incipiente red sanitaria británica estaba ya organizada. A los puntos de arribada en las islas conviene añadir las posiciones retomadas por Inglaterra en el Mediterráneo: Malta, por ejemplo, recuperada de la férula francesa en 1800 y puesta bajo dominación inglesa era un buen puerto de cuarentena para el comercio con Levante. El posterior bloqueo impuesto por el Imperio napoleónico ponía las cosas difíciles al comercio inglés tanto del Atlántico europeo como del Mediterráneo; en este sentido, la reacción fue la conquista de una serie de islas en el Mare Nostrum —como las Jónicas—, desde 1809, u otros modos de presencia como el protectorado de Sicilia, que duró de 1806 a 1815⁷⁷.

Terminada la era napoleónica y la nefasta experiencia que ésta supuso para el comercio británico, nada impedía a los ingleses campar a sus anchas por el Mediterráneo y volver al clásico sistema de utilizar los lazaretos extranjeros (aparte de los que controlaban en Malta y en las Islas Jónicas) y mantener una mínima estructura en su suelo. Pero, salidos de la guerra, las cosas habían cambiado mucho. El sistema sanitario inglés entró en un ciclo diferente hacia finales del primer cuarto del siglo XIX. Muchos fueron los factores que determinaron esta evolución: el creciente liberalismo entre los círculos industriales y comerciales británicos —que veían en la cuarentena una traba para sus negocios—; la ascensión del anticontagionismo postulado por médicos como Maclean —en una especie de guerra interna dentro del mundo médico—; los titubeos del gobierno —que quería extender el tráfico comercial con el Levante y, en relación con esto, pedía consejo a los médicos sobre la efectividad las cuarentenas⁷⁸, etc. En primer lugar, un hecho simbólico pero de la mayor importancia minó el sistema desde dentro: las obras del lazareto de Chetney Hill se habían alargado por la mala elección del

⁷⁷ Ver al respecto D'Angelo, Michela. In the 'English' Mediterranean (1511-1815). *Journal of Mediterranean Studies*, vol. XII, nº 2, 2002, p. 271-285, p. 281.

⁷⁸ Fueron momentos de gran debate entre contagionistas y anticontagionistas. Se puede seguir el detalle de ésta en 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. 24-27.

emplazamiento —que era bastante pantanoso— y fueron paradas antes de su conclusión⁷⁹. En segundo lugar, en 1825 fue adoptada una ley⁸⁰ que rebajaba los estándares cuarentenarios ingleses y que hizo decrecer sus nocivos efectos sobre el comercio⁸¹.

En este contexto apareció el cólera, que, en una primera oleada, entre 1831 y 1835, hizo crecer el uso de la cuarentena por todo el país. Aunque todo ello, también hay que decirlo, sin la construcción de verdaderas instalaciones y con una aplicación un tanto inconexa y divagante, tanto en la defensa de la costa, con la utilización de lazaretos flotantes, como en el interior del país. La extensión de la epidemia daba la razón, por el momento, a los que se oponían a esta práctica. Y, aunque ante un nuevo ataque del cólera en 1848 puso de nuevo la maquinaria cuarentenaria en marcha, ésta ya lo hizo con menos fuerza. Su inercia se vio frenada por la adhesión de muchos médicos al anticontagionismo y a un contagionismo contingente, además de por la labor de los reformadores sanitarios, que crearon un estado de opinión desfavorable al aislamiento. Para su condena, se ponía el acento sobre su ineficacia, y no sobre la doctrina del contagio, cosa que paulatinamente llevó a la adopción de métodos como la inspección médica de los barcos en lugar de su aislamiento, cuyos pormenores hemos explicado en el quinto capítulo.

⁷⁹ Ver Froggat, P. *The lazaret on Chetney Hill...*, p. 54-55. Maclean, un poco fanfarrón, explicaba el abandono del proyecto en estos términos: "But notwithstanding this mass of legislation, and of official regulations, and after the expenditure of probably 200.000 £ upon a land lazaret, the idea seems to be now wholly abandoned for the lands and buildings of Chetney hill were in 1819, after I had proved the absurdity of the doctrine of contagion before a committee of the House of Commons, advertised for public sale, and I have understood actually sold for a mere trifle" en Maclean, Charles. *Remarks on the British Quarantine Laws...*, p. 432.

⁸⁰ 6 Geo IV, c. 78, 1825.

⁸¹ McDonald, J. C. *The history of quarantine in Britain...*, p. 27.

13.3.3 Los países de la Europa mediterránea

En los países de la Europa mediterránea, cuya red sanitaria hemos descrito hasta finales del ochocientos, la emergencia de las nuevas epidemias sirvió para matizarla y producir algunos cambios sustanciales.

13.3.3.1 Francia

En Francia el peligro de la fiebre amarilla que reinaba en España hizo que, en 1822, se replanteara el sistema sanitario. El ya citado informe⁸² de la Comisión Sanitaria central, redactado a instancias del Ministerio del Interior, consideraba que esta enfermedad era mucho más peligrosa que la peste, puesto que podía transmitirse a mayor distancia. Esto obligaba a replantear, por un lado, las instalaciones⁸³, y por otro, daba consejos, aunque sin muchas precisiones al respecto, sobre la red cuarentenaria que debía dar resguardo al país. Así pues, sin hacer referencia al Mediterráneo, cuya red debía parecer suficiente, consideraban que en el Atlántico debían existir tres lazaretos principales en las desembocaduras del Sena, del Loira y de la Gironda, y que algunos lazaretos de menor extensión podían ser construidos en los puntos intermedios. El informe, presentado el 14 de febrero de 1822, fue de algún modo ratificado por la ley del primero de mayo del mismo año, que concedía al Ministro del Interior un crédito extraordinario de un millón y medio de francos para la construcción de los establecimientos⁸⁴, y por la ley del 3 de marzo del mismo año, que rigió a partir de entonces el régimen sanitario marítimo. Toda una serie de lazaretos fueron construidos durante los

⁸² Hély d'Oissel, Abdon-Patrocle. *Rapport sur l'établissement de nouveaux lazarets, adopté par la commission sanitaire formée près le ministère de l'Intérieur*. Paris: Imprimerie Royale, 1822.

⁸³ Ver el capítulo noveno.

⁸⁴ Laget, Pierre-Louis. Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle. *InSitu: la revue de l'Inventaire*, nº 2, 2002, p. 1-11. En línea [<http://www.culture.gouv.fr/culture/revue-inv/002/pli002.pdf>]

años siguientes, tanto en los lugares en los que ya había instalaciones, como en los que no disponían de éstas, en: Marsella, Burdeos, Brest, Lorient y en Le Havre, a los que debemos sumar las instalaciones existentes en otros puntos.

La aparición del cólera hizo que éste fuera añadido a la lista de enfermedades contagiosas en 1831. Durante ese año fueron creadas intendencias sanitarias para poner en marcha cuarentenas terrestres que obstaculizaran su avance, como se hacía en casi todos los países de Europa. Este tipo de providencias, junto con las marítimas (que ya conocemos) no consiguieron frenar la entrada de la dolencia, que se cebó en la población. Las intendencias sanitarias fueron transformadas en 1832, en *bureaux de santé*. De todos modos, el total fracaso de las cuarentenas para evitar el cólera inclinó la balanza hacia la postura de los detractores de las cuarentenas⁸⁵, cuyos esfuerzos, aunque no consiguieron su abolición, sí que lograron en poco tiempo paliar el rigor que las había caracterizado hasta ese momento⁸⁶. Esta transformación del modo de aplicar el aislamiento se conoce bajo el nombre de reforma cuarentenaria. Este movimiento de transformación inspiró el real decreto del 18 de abril 1847, que inauguraba en el terreno práctico esta evolución⁸⁷, que pronto se extendería a otros países⁸⁸.

⁸⁵ Sobre éstos, en gran parte anticontagionistas, ver 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.

⁸⁶ Veamos una de las opiniones de la época acerca de este tema, formulada por Bulard, que resume bastante bien lo que era la llamada reforma cuarentenaria: "la véritable et seule question à résoudre, c'est la diminution du temps d'expectation et une méthode rationnelle de désinfection" en Bulard, A.-F. *Projet de réforme sanitaire présenté à M. le ministre du commerce et de l'agriculture, le 5 août 1839*. Paris: Félix Locquine et comp., 1839, p. 11.

⁸⁷ Sobre la reforma cuarentenaria y sus consecuencias sobre su práctica ver el capítulo quinto.

⁸⁸ Lo explica 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. 265.

En esa época los lazaretos que podían acoger las arribadas desde puertos infectados eran: Marsella, Tolón, Trompeloup —cerca de Burdeos— y Tatihou —cerca de la desembocadura del Sena. Los otros eran considerados lazaretos secundarios que servían para las cuarentenas de observación para las embarcaciones que llegaban con patente limpia⁸⁹.

A partir de la aparición del cólera se crearon aún nuevas instalaciones: un lazareto en Argel —nuevo territorio bajo el dominio de Francia—; otro en Córcega, en 1843; otro en la desembocadura del Loira —en Mindin, en 1861— y también en las colonias: como en la Isla de la Reunión —en la misma década— o en Dakar, en 1869.

En 1876, motivada por las proposiciones que se habían presentado en el Congreso Sanitario Internacional de Viena⁹⁰ se redactó un nuevo reglamento cuarentenario que abrogaba todos los anteriores titulado *Règlement général de police sanitaire maritime*. Lo que nos interesa de este documento es el establecimiento en los lazaretos franceses de una jerarquía parecida a la promulgada en 1822, que distinguía las estaciones de primera clase, que podían acoger todo tipo de embarcación cualquiera que fuera su patente, de las de segunda, que solamente podían dar servicio a los pasajeros de los barcos de patente sospechosa y cuya carga debía inmediatamente ser conducida en el barco a uno de los lazaretos principales⁹¹. Ésta fue la última ley importante antes del advenimiento de la bacteriología y de la adopción de normas más relajadas de prevención de las epidemias.

⁸⁹ Por una ordenanza del 21 de diciembre de 1834.

⁹⁰ Estas proposiciones no tuvieron mucho éxito y no produjeron ningún acuerdo a escala internacional, salvo la capacidad de cada Estado de optar por el sistema de inspección médica o por el de cuarentena para la sanidad marítima contra el cólera.

⁹¹ Laget, Pierre-Louis. *Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies...*, p. 7-8

Durante el ochocientos, en un intento de hacer el sistema más eficaz y menos engorroso para el tráfico comercial, Francia aún expandió más su red sanitaria con la creación de nuevos lazaretos, la modernización de los existentes y la adecuación de sus reglamentos a los nuevos descubrimientos científicos.

13.3.3.2 España

En España, el lazareto de Mahón fue finalmente inaugurado en 1817. Su reglamento⁹², de algún modo, adelantaba el funcionamiento del sistema sanitario español. Sistema que se encontró en manos de la Junta Suprema de Sanidad hasta 1847 y, a partir de entonces, pasó a las de la Dirección General de Sanidad (órgano ejecutivo) y a las del Consejo Nacional de Sanidad (órgano consultivo)⁹³. El lazareto de Mahón tendría que acoger todos los barcos de patente sucia⁹⁴ que arribaran a España desde cualquier punto del mundo. Para las arribadas con patente sospechosa se disponía una cuarentena en cualquiera de los puertos habilitados por la Monarquía en la Península —que, grosso modo, eran los mismos que hemos mencionado en el capítulo anterior⁹⁵. Para las arribadas desde los puertos americanos se

⁹² Aprobado por la Real Orden del 3 de junio de 1817.

⁹³ De ahí se colige que durante todo el periodo que estamos tratando, la sanidad marítima estuvo centralizada en una sola institución, cosa que, en principio, significaba una igual aplicación de medidas en todo el territorio y una política sanitaria de conjunto. Seguiremos, pues, la evolución de la sanidad marítima a través de las Reales Órdenes emanadas de tales instituciones.

⁹⁴ El reglamento consideraba sucias las arribadas con patentes libradas en los puertos comprendidos entre el cabo Mesurat, en la Regencia de Trípoli, hasta Ragusa (que con las islas Jónicas eran excluidas de esta clasificación) y aquéllas en las que durante la travesía se hubiesen sufrido enfermedades agudas o hubiera sobrevenido alguna muerte de peste. Ver el artículo 88.

⁹⁵ Eran considerados portadores de patente sospechosa todos los barcos procedentes de Veglia hasta Ragusa, en la Dalmacia (incluidas las islas Jónicas) y las de Orán hasta Trípoli. Además de aquéllas en procedencia de alguno de los países “cultos”, siempre que se

dictaron providencias especiales. De este modo, las arribadas desde la zona sospechosa de contener la fiebre amarilla endémicamente⁹⁶ serían consideradas como portadoras de patente sospechosa y deberían cumplir la cuarentena siguiendo una serie de premisas: desde principios de mayo hasta finales de noviembre, en las islas Canarias; desde mitad de mayo hasta mediados de noviembre, en los puertos meridionales del Atlántico y en todos los del Mediterráneo; y desde mediados de junio hasta la mitad de octubre, en los puertos del norte de la Península. Finalmente, las arribadas con enfermos o muertos a bordo serían enviadas a Mahón cuando la Junta de Sanidad de cualquiera de estos puertos lo considerase conveniente⁹⁷.

En esta primera red sanitaria española hay varios puntos interesantes: en primer lugar, la claridad de los lugares considerados permanentemente sucios y sospechosos; en segundo lugar, la atención a la temporalidad de los ataques presentada por la fiebre amarilla —a pesar de que se nos escapan las razones por las cuales se disponían las arribadas de la manera descrita— y, finalmente, la fundación del sistema sobre un sólo lazareto y la defensa del resto del litoral en instalaciones que, como sabemos, no eran las más apropiadas para la cuarentena, aunque está claro que, precisamente por esa causa, tampoco eran aptas para las arribadas sucias.

Poco tiempo después, y bajo el gobierno de los liberales, se presentó a las cortes el primer proyecto de ley sanitaria que, aunque no fue aceptado, trazaba una red sanitaria de lo más interesante y completa⁹⁸. Es por eso que

sufriera en ellos alguna calentura o enfermedad maligna o contagiosa. Ver los artículos 91 y 94 del reglamento.

⁹⁶ Para el reglamento, toda la costa comprendida entre la desembocadura del Orinoco hasta el canal de la Bahamas.

⁹⁷ Ver *Nota General*, al final del reglamento.

⁹⁸ *Proyecto de Reglamento General de Sanidad, presentado á las Cortes Extraordinarias de 1822 por su comisión de salud pública. Impreso de orden de las mismas*. Madrid: Imprenta

nos detendremos brevemente a ver esta propuesta. El reglamento preveía el establecimiento de lazaretos de primer, segundo y tercer orden. En un principio la única instalación de primer orden iba a ser la de Mahón, aunque se preveía la construcción de otra en las islas de Bayona (islas Cíes), delante de la ría de Vigo. En estos lazaretos podría admitirse cualquier clase de buques y cargamentos independientemente de su estado de salud y de la naturaleza de su patente. Del mismo modo, se anunciaba la construcción de lazaretos de segundo orden en los puertos de Barcelona, Cartagena, Cádiz, Ferrol y Santoña, a los que podrían dirigirse todos los navíos y mercancías con patente tocada o sospechosa e, incluso, sucia, siempre que no fuera a causa de la peste. Finalmente, se disponía la construcción de lazaretos de tercer orden, o eventuales, en todos los puertos restantes habilitados para el comercio. Éstos debían consistir en tinglados, barracas o barracones, o en aprovechar algún edificio que tocara al mar. En estos lazaretos de tercer orden se podría acoger a todos los barcos de patente tocada por procedencia y nunca por la existencia de enfermos sospechosos durante el trayecto o a la llegada. Mientras la red no estuviese en pleno funcionamiento, los lazaretos de segundo orden debían ser suplidos por los de tercero, que seguirían las normas de los lazaretos secundarios. Así, durante el periodo de transición, los lazaretos terciarios tenían que enviar hacia Mahón, u otro lazareto extranjero de primer orden, las arribadas sucias o sospechosas cuya purificación no pudiese realizarse en el puerto de su distrito⁹⁹.

Vemos, pues, que el gobierno liberal, en el espacio de doce artículos, había organizado una red que defendía todo el territorio español. Había establecido una jerarquización, según las diferentes coyunturas posibles de arribada, y preveía la construcción de lazaretos en todos los puertos

de Alban y Compañía, 1822. La descripción de la red se encuentra en el Título Segundo: *Servicio Sanitario Marítimo*, capítulo V, artículos 133-142.

⁹⁹ Para la clasificación de los lugares sanos, sospechosos y sucios en este proyecto ver el capítulo tercero de esta investigación, p. 118.

importantes del país. Además, para la sanidad terrestre, se disponía que, tocada una población, se le impondría un triple cordón sanitario compuesto por tropas del ejército¹⁰⁰ y se construirían lazaretos terrestres eventuales sujetos a las mismas normas que los marítimos¹⁰¹. Por razones que ahora no podemos explicar, la ley no fue aceptada¹⁰² aunque conviene apuntar que la mayoría de Diputados en Cortes no creía en el contagio. La red sanitaria quedó, más o menos, como la hemos descrito con ocasión de la fundación del lazareto de Mahón¹⁰³, dando servicio a todas las arribadas sucias.

La aparición del cólera en 1833 provocó algunos cambios en el sistema. Los más importantes repercutieron en la sanidad terrestre. De este modo, en 1834, se dispuso¹⁰⁴ que, en adelante, no se utilizaría el acordonamiento de poblaciones ni el veto de comunicación entre los diferentes municipios del país para evitar la propagación de esta enfermedad, dada la comprobación de su ineficacia. En su lugar se debería velar por el buen mantenimiento de la higiene pública¹⁰⁵. De hecho, el cólera, considerado en gran medida difícil de evitar mediante las cuarentenas, no recibió mucha

¹⁰⁰ Título Tercero: *Servicio Sanitario Terrestre*, capítulo II, artículos 218-229.

¹⁰¹ Título Tercero: *Servicio Sanitario Terrestre*, capítulo III, artículos 248-252.

¹⁰² Pueden consultarse en 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. 195-211.

¹⁰³ Se puede deducir, por ejemplo de la Real Orden del 15 de abril de 1826, según la cual los buques llegados con muertos o enfermos a bordo, debían ir a Mahón y aquellos que llegaran sin novedad irían a las islas Cíes para una observación; o por la Real Orden del 11 de diciembre de 1826, en la que se dictaminaba que las arribadas a los puertos cantábricos desde América, con patente sospechosa, podían realizar la cuarentena en los puertos en los que hubiera comodidad para el resguardo sanitario. Las patentes sucias debían ser remitidos al lazareto de Mahón. Durante estos años bastantes órdenes en el mismo sentido fueron dando matiz a tales disposiciones, en relación con la fiebre amarilla, el periodo de inhibición y los lugares de cuarentena, poro otra parte, sin grandes cambios.

¹⁰⁴ Por la Real Orden del 24 de agosto de 1834.

¹⁰⁵ Ésta medida fue ratificada más adelante con la Real Orden del 18 de enero de 1849.

atención por parte de las diferentes Reales Órdenes sobre sanidad marítima durante el primer periodo de su aparición y fue siempre tratado por los legisladores como una enfermedad secundaria a pesar de los estragos que causaba.

De todos modos, se aprobó en 1838 la construcción de un lazareto de primer orden en las islas de San Simón y San Antonio, en la ría de Vigo¹⁰⁶, que fue puesto en funcionamiento en 1842. En esta estación, y en la de Mahón, debían pasar la cuarentena¹⁰⁷ los barcos arribados desde las Antillas al Golfo de México, desde el primero de julio hasta finales de octubre, y quedaban desautorizados para esta práctica los puertos de Coruña, Santander y Bilbao, que la habían desempeñado hasta el momento. Poco después aparecería una nueva normativa —a la que seguirían otras en los años posteriores— que aplicaba la reforma sanitaria francesa. De este modo se empezaron a contar las cuarentenas desde el día de partida de las embarcaciones. Este hecho significaba que el periodo de cuarentena una vez llegada una nave a puerto se empezaba a acortar, sobre todo si la embarcación provenía de las zonas consideradas especialmente sanas y seguidoras de los preceptos higiénicos¹⁰⁸.

La ley de sanidad de 1855¹⁰⁹ matizaba lo explicado hasta el momento con unos cambios sustanciales que seguían casi al pie de la letra el Reglamento Sanitario Internacional resultante de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1851. En ésta se preveía una red sanitaria compuesta por lazaretos sucios y lazaretos de observación. En

¹⁰⁶ Fue a través de este puerto, entre otros, que el cólera entró en España en 1833.

¹⁰⁷ Real Orden del 13 de octubre de 1842.

¹⁰⁸ Real Orden de 24 de abril de 1844. La consiguiente relajación de la duración de las cuarentenas se puede ver, entre otras en las Reales Órdenes del 7 de enero de 1846, del 22 de diciembre de 1847, del 17 de noviembre de 1853 o del 20 de marzo de 1854.

¹⁰⁹ Real Orden del 28 de noviembre de 1855. En especial lo artículos 17 a 40.

los primeros debían cumplir la cuarentena los buques con patente sucia debida a la peste o a la fiebre amarilla. En los segundos harían lo propio las arribadas sucias de cólera. Las patentes serían solamente sucias y limpias y, a partir de ese momento, desaparecerían los lugares considerados como sospechosos. Solamente influirían en la patente el estado local de salud del puerto de partida y los posibles accidentes ocurridos durante el viaje, siendo dada la libre plática a las patentes limpias. Finalmente, establecía, en cada uno de los puertos habilitados por el Reino para la navegación —y jerarquizadas según su importancia—, unas oficinas de la Dirección Especial de Sanidad Marítima cuyas funciones serían visitar las naves y decidir si se debía reenviarlas a otros puertos para la cuarentena. Aunque la ley dejaba a discreción del Gobierno la elección de los lazaretos de cada uno de los órdenes, Monlau, en su tratado de higiene pública, hacía una propuesta en este sentido. En lo que respecta a los lazaretos de primer orden, creía que debían ser emplazados en la isla de Cabrera, para arribadas del Mediterráneo, y, en las islas Cíes, para las arribadas del Atlántico. De todos modos, se conformaba con los existentes en Mahón y en San Simón. Los lazaretos de observación debían emplazarse en los puertos más concurridos, como: Pasajes, Ferrol, Cádiz, Cartagena, Alicante, Grao de Valencia, Barcelona, etc. Finalmente, aconsejaba la instalación de lazaretos ordinarios en todos los otros puertos habilitados, construidos a base de tinglados, barracones y barracas¹¹⁰. Hay que recordar que esta legislación entró en vigor el mismo año en que acabó la segunda gran epidemia de cólera en España, cosa que demuestra, de algún modo, la voluntad del Estado de converger con las propuestas internacionales dictadas en el seno de la Conferencia Sanitaria Internacional¹¹¹. Por otra parte, estas medidas dan a entender la confianza en la necesidad del influjo de las causas ambientales

¹¹⁰ Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 240.

¹¹¹ Se puede consultar su articulado en Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene Pública...*, p. 267-272.

como elemento necesario para el despliegue de la enfermedad que se podía paliar con medidas higiénicas.

En 1866¹¹², tras una tercera epidemia mayor de cólera en España, se decidió introducir algunas modificaciones a la ley de 1855. Consideramos de importancia la inclusión de la defensa contra el cólera en los lazaretos sucios y la previsión de instalar al menos otros cinco de este tipo, uno de los cuales debía erigirse en las Canarias. En esos momentos la red cuarentenaria española, a pesar de las providencias dictadas para la implantación de lazaretos, era bastante deficiente. Por un lado existían los más importantes, los de Mahón y San Simón, pero el resto de la red era bastante desigual y estaba desprovista de buenos servicios. A pesar de esto, había instalaciones en muchos de los puertos e incluso en las colonias del Caribe: un lazareto flotante en la Habana y en San Juan de Puerto Rico y una instalación en muy mal estado en una isla de la bahía de Santiago de Cuba¹¹³. El año posterior de la sanción de la ley se habilitaron finalmente los puertos que podían realizar las cuarentenas de observación, éstos eran los de: Barcelona, Tarragona, Valencia, Alicante, Torrevieja, Cartagena, Almería, Málaga, Cádiz, Ceuta, Santa Cruz de Tenerife, Coruña, Santander, Bilbao y San Sebastián¹¹⁴, aunque no tenemos constancia alguna de que ésto supusiera ningún gasto extraordinario en instalaciones.

Ya hemos visto, en el caso de otros países, que uno de los acuerdos conseguidos en el Congreso Sanitario de Viena fue admitir la capacidad de cada país de decidir si aplicaba el nuevo método de inspección sanitaria o seguía con las cuarentenas clásicas. Durante el último cuarto del ochocientos se continuó con las cuarentenas tradicionales aunque disminuyendo su rigor,

¹¹² Real Orden del 24 de mayo de 1866

¹¹³ Milroy, Gavin. *Abstract of Regulations in force...*, p. 14-15.

¹¹⁴ Real Orden del 2 de Agosto de 1867.

sobre todo en lo que se refiere al tiempo de aislamiento, y sin significativos cambios en lo tocante a la red sanitaria.

La red sanitaria organizada en España a partir de la inauguración del lazareto de Mahón estuvo en todo momento fundada sobre una legislación uniforme, una dirección centralizada y un diseño jerarquizado. De todos modos, las vicisitudes económicas y políticas que sufrió el país durante todo este periodo no permitieron la creación de una buena línea de lazaretos de segundo orden, ya que los dos principales y la amplia estructura administrativa que sostenía la sanidad española se llevaban la totalidad de los fondos.

Así, podemos afirmar que, si bien en su organización administrativa fue suficiente, en lo que se refiere a instalaciones, era del todo deficitaria. Y esto sucedía a pesar de que el entramado creado a partir de 1855 daba la posibilidad, aún sin lazaretos de calidad, de controlar las arribadas a todos los puertos españoles habilitados para recibir embarcaciones extranjeras y desviar hacia el lugar indicado las embarcaciones peligrosas. Este hecho suponía —según la mentalidad de la época y si tenemos en cuenta las restricciones más fuertes de otros países— pocas trabas al comercio. Por otra parte es interesante resaltar la progresiva dulcificación de los periodos de cuarentena para las arribadas con peste, cólera o fiebre amarilla.

El ochocientos fue uno de los siglos más importantes para las cuarentenas. Por un lado, vio su crecimiento y expansión por territorios en los que hasta ese momento no se seguía ninguna política sanitaria y la consolidación de estas políticas en otros países en los que ya las utilizaban desde los siglos anteriores. También supuso, dentro de la época pre-bacteriológica, la atenuación de las cuarentenas, que hizo desaparecer paulatinamente los lugares eternamente sucios y sospechosos y, sobre la base de la experiencia, disminuir poco a poco su duración adecuándose cada vez más a las exigencias comerciales y a la rapidez que suponía la navegación a vapor. Por

último, la entrada en vigor de los postulados bacteriológicos supuso el fin del uso masivo de las cuarentenas ya que, a partir de entonces, éstas pudieron aplicarse teniendo en cuenta los vectores de transmisión reales y siguiendo los ritmos establecidos por cada una de las enfermedades cuarentenables.