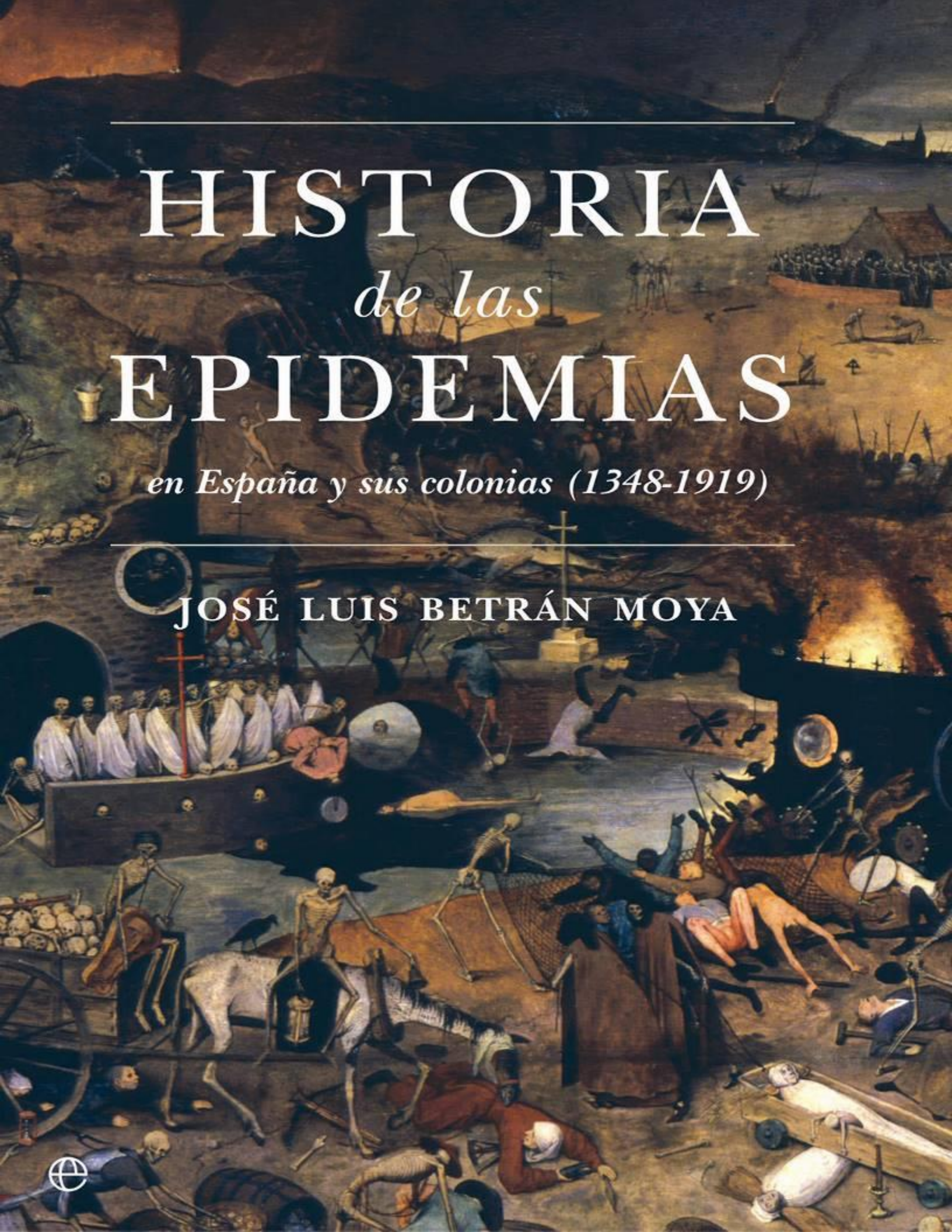




HISTORIA *de las* EPIDEMIAS

en España y sus colonias (1348-1919)

JOSÉ LUIS BETRÁN MOYA



**HISTORIA DE LAS EPIDEMIAS
EN ESPAÑA Y SUS COLONIAS
(1348-1919)**

José Luis Betrán Moya

A la memoria de Manuela Moya.

Introducción

En el año de 1348 se abría una nueva era en la historia europea y española. Una terrible epidemia de peste segaba la vida de muchos de sus hombres y mujeres al tiempo que provocaba traumáticas secuelas en el terreno económico, social, cultural e incluso psicológico que perdurarían durante décadas, incluso siglos. Fue el primero —también el más catastrófico— de una serie de brotes que, con implacable periodicidad, le seguirían. De todos han pervivido innumerables testimonios tanto escritos como iconográficos que han llegado hasta nosotros. Aunque siempre hubo esfuerzos por explicar racionalmente estos fenómenos epidémicos, lo cierto es que en una época fuertemente influida por una cultura religiosa de profundas raíces judeocristianas que planeaba sobre el Occidente europeo, el recurso a atribuir su causalidad a la fatalidad punitiva de un Dios justiciero, enojado por los continuos pecados de los hombres, fue un recurso hartamente frecuente.

Hasta nuestros días, la fe en el progreso de los avances médicos y sanitarios impulsada desde los tiempos de la Ilustración y propagada por el capitalismo liberal de los siglos siguientes, al margen de desterrar causalidades providencialistas de antaño, parecía habernos convencido de lo poco probable que resultaría que la humanidad tuviera que someterse una vez más a las amenazas de nuevas y gravísimas epidemias. La globalización de la economía mundial, la agilidad y masificación actual de las comunicaciones humanas por todo el planeta han derribado, sin embargo, tal argumento.

Hace ya dos décadas que emergió el llamado síndrome de inmunodeficiencia adquirida, más conocido como SIDA. En el año 2003 se convirtió en la primera causa de muerte de los menores de sesenta años en todo el mundo —2,2 millones de muertos— y que en algunos lugares del planeta como Sierra Leona, en África, ha provocado actualmente la reducción de la esperanza de vida a tan sólo 36 años, es decir, menos de la mitad de la que goza un hombre occidental. A éste se ha unido recientemente el temor al SARS —siglas que en inglés definen el llamado síndrome respiratorio y agudo—, iniciado hace dos años en el sureste asiático. Y aun deberíamos recordar que de tanto en tanto la Organización Mundial de la Salud nos alerta sobre las gravísimas consecuencias que podría tener si pasara a la cadena humana la llamada «gripe del pollo».

La aparición de estas nuevas enfermedades ha originado el resurgimiento de ciertas actitudes intolerantes que parecían superadas y que derivan, en el fondo, del temor tan humano a morir. Se puede observar con frecuencia en los últimos años que a la

prevención que habitualmente se siente hacia el que es sencillamente diferente de nosotros se le ha añadido, como peligroso criterio de rechazo moral, la asociación entre el origen o la difusión de algún síndrome y la diferencia étnica o sexual. Así, con las primeras noticias sobre la aparición del SIDA ha sido frecuente encontrar testimonios diversos que la caracterizaban como enfermedad de los gays. Hoy, tras las noticias alarmantes del SARS o de la «fiebre del pollo», es fácil entrever el miedo del Occidente opulento hacia la pobreza del llamado Tercer Mundo, que parece vengarse de aquél con esta nueva epidemia.

Aunque la epidemiología, como ciencia heredada del positivismo decimonónico occidental, puede enseñarnos la naturaleza biológica de toda enfermedad, para los historiadores el estudio sobre la incidencia de los episodios epidémicos en el pasado pasa por su contextualización histórica. Cualquier enfermedad, cualquier epidemia sólo adquiere sentido e importancia dentro de un contexto humano por las formas en que se infiltra en la vida de sus gentes, por las reacciones que provoca y por el modo en que da expresión a los valores culturales y políticos de una época determinada, que trata de enfrentarse colectivamente a aquélla. La propia etimología de la palabra griega *epidemos* (sobre el pueblo) confirma plenamente esta idea.

Considerando estas perspectivas, el presente libro se divide en dos partes. En la primera se aborda el estudio de las principales enfermedades sociales dominantes en España entre finales de la Edad Media y el inicio del siglo xx, que por su extensión y explosividad en el tiempo alcanzaron un grado que verdaderamente podemos considerar epidémico, por el elevado número de muertes que provocaron entre personas en contacto. La evolución puede dividirse en dos etapas protagonizadas, respectivamente, por la peste (siglos xiv-xviii) y el cólera (siglo xx). Ambas están separadas por un período de transición, dominado por la viruela y las pequeñas incidencias de la fiebre amarilla que llega desde los puertos coloniales americanos. Junto a estas grandes asesinas, encontramos también un grupo diverso de enfermedades infectocontagiosas crónicas desde 1700 en adelante. Aquí destacarían dolencias como la tuberculosis pulmonar, el paludismo, la fiebre tifoidea, la difteria, la sífilis o la gripe, enfermedades que al permanecer en el seno de una población —lo cual supone una cierta adaptación al nicho ecológico—, se reactivaban esporádicamente y de forma aislada cuando las circunstancias ambientales les resultaban propicias.

En la segunda parte abordamos lo que los historiadores franceses de las mentalidades han dado en llamar «la muerte vivida», es decir, el proceso de asunción intelectual y vital del hecho de la muerte llevado a cabo por los hombres a lo largo del tiempo y que sin duda se hace más urgente en épocas de contagio. Es probable que ayer como hoy la muerte pueda parecernos un hecho impersonal, ajeno a nuestras propias existencias,

más propia de otros. Ya a mediados del siglo XVII el jesuita aragonés Baltasar Gracián pudo ver perfectamente este alejamiento humano de tan cruda realidad y expresarlo sabiamente con las siguientes palabras:

Siempre el pecador estos trabajos, enfermedades y muertes las mira como una cosa ajena. Muere un mozo fuerte, recio y de gran salud y dice el viejo: tan presto va el cordero como el carnero; mozos desreglados, sin concierto a la primera caen. Muere el viejo anciano y dice el mozo: este naturalmente muere, todos los malogrados así. Muere un hombre enfermizo, dice el que vive sano: ése, años ha que estaba contado con los muertos. Muere el muy sano y dice el achacoso: no hay que fiar en salud éstos que nunca saben qué es el mal, el primero los despacha. Muere el rico, dice el pobre: son glotones comedorazos, no hacen ejercicio, cierto es que han de morir esos. Muere el pobre, dice el rico: estos desdichados nunca comen sino mal pan, beben malas aguas, andan mal abrigados, duermen en el suelo, no tienen hora segura. Todos echan la muerte a casa ajena.¹

Pero la muerte del otro jamás pudo llegar a ser racionalizada como tal en tiempo de contagios. Al contrario, en los contextos epidémicos la muerte ha estado muy presente y amenazaba con hacerse realidad inmediata en cualquier sujeto. Todos pensaban que podían morir. La muerte era intrínsecamente de todos. Al mismo tiempo que las sociedades terminaban *normalizando* su impacto fatal, ella se colectivizaba y se convertía en pasto de políticos y clérigos, todos ellos en busca de una clientela que atraer aprovechando la conmoción psicológica del momento. Por ello, a la postre, no es sólo la muerte como discurso lo que nos interesa en este libro, sino también las diferentes estrategias de supervivencia física y mental que llegó a generar. En definitiva, la vida que pudo escaparse entre las grietas de debilidad de la propia muerte.

Las fuentes históricas y bibliográficas para esta investigación son abundantes aunque desigualmente estudiadas: testimonios literarios, crónicas históricas, libros escritos por afamados médicos de la época, representaciones iconográficas tanto laicas como religiosas, prensa escrita en la etapa más contemporánea. Sin embargo, esta profusa materia prima representa finalmente una suerte más aparente que real para el historiador. Abundancia no significa automáticamente excelencia u originalidad. Las múltiples manifestaciones locales de los contagios padecidos en tal o cual época han dado materia a innumerables y repetitivas monografías descriptivas —más generosas para los medios urbanos que rurales—, que reproducen en su conjunto el estereotipo de un mal radical, apocalíptico, que terminaba por desestructurar el universo complejo de la realidad social y de lo simbólico en las sociedades afectadas.

Para concluir estas palabras introductorias sólo nos resta mostrar nuestro agradecimiento. En primer lugar a José María Calvín, el editor, por su comprensión y paciencia en la entrega del original de este libro. En segundo lugar, a Ricardo García Cárcel, mi maestro, por su enorme generosidad personal al haber sabido inculcarme el interés por el conocimiento de nuestro pasado. Asimismo, mi reconocimiento a mis buenos compañeros universitarios Bernat Hernández, Doris Moreno, Carlos Blanco,

Josep Palau, Manuel Peña, Javier Burgos, Antonio Fernández Luzón y Jaime Tortella por haber hecho día a día que la amistad no sea una mera palabra retórica. Como siempre, a Rosi, Alba y Xavier, y a mi padre, Pedro, por brindarme sus vidas cotidianas incondicionalmente.

Por último, también quisiera expresar mi agradecimiento al Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional de la Fundación Carolina que ha permitido, en el marco del proyecto financiado (CEHI/02), *América para el clero español e hispanoamericano. El discurso español sobre América Latina (una base de datos)*, la consulta de numerosos textos religiosos conservados en diferentes archivos nacionales sobre la incidencia de las epidemias en el espacio colonial americano.

Primera parte

UN ENEMIGO INVISIBLE

Capítulo 1. EL APOCALIPSIS DE LAS PESTES

El 24 de abril de 1348, en la víspera de la fiesta de San Marcos, Jacme d'Agramont — médico y profesor del Estudio General de Lérida — publicó una epístola dirigida a los regidores de la ciudad en la que describía la naturaleza de la terrible enfermedad que por aquel entonces comenzaba su andadura por las tierras de la península Ibérica.

Casado con una mujer llamada Isabel y con quien tenía un hijo, Agramont ocupaba una de las dos cátedras de medicina de la universidad leridana desde el curso 1343-1344. La otra cátedra pertenecía a su colega inglés Walter de Wrobruge, lo cual dice mucho en favor de la internacionalidad de aquel centro a finales de la Edad Media. De hecho, el Estudio leridano mantenía estrechos vínculos con el de Montpellier, fundado en el año 1213 y, sin duda, el más reputado dentro de los límites de la cristiandad latina por sus enseñanzas médicas. Aunque no lo sabemos a ciencia cierta, es probable que Agramont, como muchos otros médicos catalanes de la época, completara su formación académica en aquella universidad del sur de Francia.

El Estudio General de Lérida fue creado algo más tarde que el galo. El rey aragonés Jaime II decidió en el año 1300 que aquella ciudad estaba en el lugar más céntrico de unos reinos en donde emergía una sociedad cada vez más dinámica que poco a poco habían ido extendiendo sus fronteras meridionales a costa del Islam. Con su fundación, el monarca debió de pensar que los estudiantes aragoneses no se verían ya obligados a desplazarse hasta aquellas cada vez más alejadas universidades extranjeras de Bolonia, París, Toulouse o Montpellier para su formación académica.

Desde sus inicios la universidad de Lérida contó con varias facultades. En primer lugar destacaban las de Derecho civil y canónico. En éstas se formaban los futuros administradores y letrados que se pondrían al servicio de los extensos patrimonios reales, urbanos o eclesiásticos. También surgió la de Artes, cuya misión era suministrar maestros para las nuevas escuelas de gramática que iban apareciendo en los incipientes núcleos urbanos aragoneses y que eran reclamados por los negociantes deseosos de iniciarse en las primeras letras y en las cuentas. Por último, estaba la facultad de Medicina, pues aquella joven sociedad comenzaba a exigir igualmente la presencia de médicos en todas las grandes poblaciones. La salud se había ido convirtiendo día a día

en un valor social demandado por una población cada vez más amplia y que veía con malos ojos que fuese sólo un patrimonio exclusivo de los círculos reales, nobiliarios o eclesiásticos.

La única facultad que tardaría en ser creada fue la de Teología. No se fundó hasta 1430, puesto que los siglos XIII y XIV fueron tiempos de incertidumbre entre los poderes religiosos y seculares. Durante ese período, los papas siempre recelaron poner bajo el gobierno de los monarcas los centros de educación eclesiástica, porque esto suponía el riesgo de que los miembros allí formados fueran débilmente leales a la autoridad de la Iglesia romana. A pesar de esta privación temporal, Lérida no solo alcanzó a ser el primer centro universitario de Cataluña sino también el de más prestigio durante el medievo. Ello se debió, por otra parte, a que el rey le concedió el monopolio de la enseñanza superior en todos sus dominios, lo que retrasó durante algún tiempo la aparición de otras universidades en los territorios aragoneses. De hecho, la universidad de Perpiñán no se crearía hasta 1343 y la de Huesca, no antes de 1354.

En aquel Estudio medieval debió de existir, sin duda, un ambiente propicio para el desarrollo de una sólida actividad intelectual médica. La redacción del *Regiment de preservació de la pestilència* de Jacme d'Agramont así nos lo demuestra. A diferencia de lo que era corriente en los tratados académicos escritos en la época, su autor redactó aquella obra deliberadamente en catalán, es decir, en una lengua romance y no en latín, lengua habitual en los círculos académicos. Su intención parece clara. Agramont confiaba en que sus principales lectores no serían sus colegas facultativos sino sus propios vecinos, personas no doctas a las que podría aleccionar en un lenguaje sencillo para que se librasen de la plaga que amenazaba con extenderse despiadadamente hasta Lérida desde el Mediodía francés.

Añadía además el médico leridano en el prólogo de su obra que tal iniciativa era debida al afecto y la gratitud que sentía por la ciudad donde había nacido y ejercía su profesión con innumerables honores y beneficios, tanto públicos como privados. Por ello deseaba devolver tanta obligación contribuyendo con su gesto al *bien común*, es decir, al servicio hacia los demás. Era éste un valor moral cada vez más considerado entre escolásticos y humanistas en aquel otoño de la cristiandad medieval. Consecuente con su propósito, Agramont solicitaría a los regidores de Lérida que suministraran suficientes copias a cuantos de sus vecinos las requirieran.

La medicina que se explicaba en las facultades de las primeras universidades europeas era sobre todo la árabe, generalmente recopilada en los territorios cristianos a través de textos judíos. La llegada masiva de escritos del médico griego Galeno (año 133-200) y los de autores médicos árabes posteriores a los círculos intelectuales latinos sobre los

años setenta y ochenta del siglo XIII —traducidos la mayor parte al latín en la ciudad de Toledo durante la segunda mitad del siglo XII—, provocó en algunos ambientes universitarios europeos como París, Montpellier y Bolonia una auténtica renovación científica en el tratamiento de los temas médicos. Uno de los líderes intelectuales de aquel movimiento fue el valenciano Arnau de Vilanova (1239-1311), al que se conocería como «el nuevo Galileo». Reputado médico de reyes como Pedro III de Aragón o de papas como Bonifacio VIII y Clemente V, así como profesor en la universidad de Montpellier, en la que se había formado, Vilanova protagonizaría una profunda renovación de los estudios médicos en los años finales del siglo XIII. Su reforma no perdería de vista que la misión del médico era la de ser un protagonista activo en el proceso de curación o conservación de la salud. La medicina se convertía así en algo útil o, de lo contrario, no tenía razón de ser. El concepto de utilidad estuvo, en consecuencia, íntimamente unido al de la justificación de la presencia del médico en la sociedad. Éste tenía que demostrar a través de su práctica la eficacia de sus conocimientos. Sin duda, esta nueva filosofía debió calar entre los médicos catalanes, formados en aquella universidad en las décadas siguientes.

Cuando Agramont redactó su tratado, la pestilencia no parecía ser un mal del todo desconocido para él. En los tratados clásicos de las autoridades médicas que Agramont había tenido la obligación de estudiar era frecuente encontrar algunas descripciones. Es probable que fuera el desconocimiento sobre la variedad específica de la enfermedad que se acercaba a Lérida lo que llevó a Agramont a no aventurarse en especulaciones. Por ello habló de la enfermedad siempre en términos genéricos, inventariando sus posibles causas, efectos y signos. No fue pues novedoso al respecto, sino más bien se mostró como un hombre de su tiempo, es decir, un ortodoxo que no puso en discusión las tesis clásicas de la medicina galénica que él mismo enseñaba a sus alumnos en las aulas.

Al igual que otros médicos que ejercían su profesión en el Mediterráneo latino, Agramont se refirió a la peste negra como epidemia o pestilencia y mortandad de gentes. Para definir lo que entendía por pestilencia recurrió a una forma de conocimiento que Isidoro de Sevilla (570-636) había establecido en sus famosas *Etymologiae* y que era ampliamente aceptada en toda la Europa bajomedieval. Así, descompuso el vocablo en tres partes: *pes* (supuestamente «tempestad» o «tormenta»), *te* («tiempo») y *lencia* («claridad», «luz»), para concluir que la pestilencia era el tiempo de la tempestad que venía de la claridad, es decir, de las estrellas. Este último factor nos recuerda la influencia que las creencias árabes tenían por aquel entonces en la medicina bajomedieval.

Agramont distinguía dos clases de pestilencia: la natural y la moral, a las que definió en paralelo, siguiendo una cosmovisión muy común a las tres culturas monoteístas —la judía, la cristiana y la islámica— que dominaban el Mediterráneo medieval. Todas ellas remitían siempre en última instancia a Dios —causa primera de toda plaga y de todas las demás cosas— que no la impedía para castigar de este modo los desatinos humanos, tal y como ponían de manifiesto distintos pasajes del Antiguo Testamento como el *Pentateuco* o el *Libro de los Reyes*, expresamente mencionados por Agramont.

Pero, aunque siempre sujeta a un orden sobrenatural, la pestilencia era al mismo tiempo parte de un orden natural autónomo regido por causas naturales de dos niveles diferentes. En primer lugar, Agramont hablaba de causas remotas, universales, superiores y celestes entre las que se contemplaban —siguiendo la tradición árabe— las causas astrales, las disposiciones de las constelaciones y las conjunciones planetarias que podían provocar por calor o frío cambios cualitativos del aire y que acababan por desencadenar pestilencias en función de los cambios estacionales, de la distancia variable entre estos planetas y el sol, del paso de cometas o de otras incidencias astrales. En segundo lugar, existía el nivel de las llamadas causas próximas, particulares, inferiores y terrestres, absolutamente dependientes del anterior: emanaciones pestilentes procedentes de cadáveres putrefactos e insepultos por las guerras, aguas estancadas y corrompidas, vapores emanados de las entrañas de la tierra que el viento ayudaba a desplazar de un lugar a otro y que tras ser inhalado por los individuos podía provocarles la acción letal de la enfermedad.

Aquella tesis no resultaba nueva. El célebre tratado hipocrático, *De los aires, aguas y lugares*, estaba en la base de aquella creencia. Postulaba que los factores ambientales engendraban y alimentaban todas las enfermedades. No obstante, resultaba evidente que no todos los hombres de una región que respiraban el mismo aire infecto acababan enfermando. Agramont señalaba, de acuerdo con la tradición galénica de la que él mismo participaba, que las diferencias individuales en el temperamento y el modo de vida también eran fundamentales para entender que unas personas contrajeran el mal más fácil y rápidamente que otras e, incluso, que algunas fueran totalmente refractarias al mismo. Para Agramont se exponían más al contagio aquellos cuyo cuerpo se encontrara sobrecargado de humores, sobre todo si estaban corrompidos y podridos; quienes hubieran comido y bebido en exceso a lo largo del año previo; quienes hubieran abusado de las relaciones sexuales con mujeres y quienes tuvieran las porosidades corporales dilatadas de modo natural o artificialmente, por ejemplo, mediante la práctica habitual de realizar baños. En resumen, toda una serie de factores que remitían de nuevo al plano del comportamiento ético de los sujetos.

Por medio de esta enumeración de causas que provocaban el origen del mal, Agramont, al igual que otros médicos de su tiempo, anunciaría toda una serie de medidas de carácter colectivo que pretendían prevenir y curar la enfermedad pestilente. Dado que el origen inmediato de la pestilencia se consideraba radicado en el aire —para cualquier médico galenista la asociación entre mal olor y putrefacción era evidente—, este elemento debía constituir el objetivo prioritario de las medidas de prevención emprendidas por los particulares o desde el poder público. Recomendaría en primer término que se evitara arrojar, dentro o junto a las ciudades, animales muertos o sus vísceras; que no se colocaran depósitos de estiércol, que no se tiraran o depositaran desperdicios ni se expusieran cueros en remojo.

Por su parte los hombres debían prevenirse del contacto directo con la putrefacción del aire. Para ello les recomendaba que se alejasen a zonas altas o montañosas, cuando la pestilencia proviniera del agua o de la tierra, y que se trasladasen a zonas bajas, y mantuviesen las ventanas y mirillas cerradas, o permanecieran (si fuera preciso) bajo tierra, cuando la pestilencia proviniera de alguna conjunción planetaria o de la «mirada» malévola de algún planeta. Agramont señalaba, asimismo, la gran eficacia del fuego para la purificación del aire corrompido y recomendaba su uso.

Pero como la enfermedad también podía tener un origen moral y, de acuerdo con el galenismo medieval, Agramont recordaba a sus lectores que los cuerpos podían enfermar también como consecuencia de una mala predisposición de los temperamentos individuales. Por ello, sus vecinos debían procurar, en tiempos de peste, huir de estados de ánimo como la ira, la tristeza, la soledad o el miedo. Y es que la autosugestión podía jugar tanto en la conservación de la salud como en el proceso de enfermar. Si los individuos se mantenían serenos y esperanzados siempre tendrían más posibilidades de subsistir que si se mostraban temerosos a enfermar y morir. Y, obviamente, Agramont siempre les recomendaba el arrepentimiento y la confesión, pues la pestilencia en última instancia siempre era una prueba enviada por Dios para purificar los pecados humanos.¹

Pero, a pesar de todos aquellos sabios consejos, la peste terminó siendo implacable con los habitantes leridanos. De hecho, no pareció que permitiera preservarse ni al valedor de aquel tratado. El último año en que Agramont aparece como catedrático de medicina en Lérida es precisamente el de 1348, lo que nos hace pensar que el médico estuvo entre las víctimas del contagio que se declararía en la villa antes del comienzo de aquel verano.

El libro de Agramont no fue el único de su especie. En otros estados peninsulares afectados por la epidemia de aquel año aparecieron escritos similares. Dentro del

mundo médico hispanoárabe sobresalen dos descripciones coetáneas andalusíes de la peste negra, donde se expresan más fehacientemente las opiniones acerca de su origen. Es el caso del tratado *Tahsîl al-gharad al qasid fî tafsîl al-marad al-wâfid* (*Morbi in posterum vitandi Descriptio & Remedia*), escrito por el médico árabe Ib Khâtimah durante el año 749 (1349, para el calendario cristiano) en Almería. Según la opinión que le habían transmitido diversos mercaderes cristianos, la enfermedad se había iniciado en la tierra de Khitai, región que el médico andalusí identificaba con China. De aquí se había extendido hacia las regiones habitadas por los turcos, hacia Irak y especialmente hacia Crimea, Persia y Constantinopla. Parecida opinión mostró Ib al-Khatîb, el segundo de los escritores árabes del emirato nazarí, en una obra que reescribió a finales de 1348 cuando la enfermedad se acercaba a su fin en la ciudad de Granada. También mencionaba que el mal se había iniciado en la tierra de Khitai y Sind (es decir, el valle del Indo) en el año 734 (1333-1334 de la era cristiana), según la información que le habían transmitido personas de crédito.

La importancia de estos dos tratados granadinos radica además en que en ellos encontramos las primeras descripciones detalladas de la sintomatología de la peste en nuestra península. Ambos médicos árabes fueron los primeros en identificar los famosos bultos o bubones (*tawâ'in*) que solían aparecer en los enfermos detrás de las orejas, en las axilas e ingles, y, siguiendo también la tradición médica hipocraticogalénica, los explicaron como resultado de la expulsión de las sustancias corruptas que procedían de los órganos vitales —cerebro, corazón e hígado— a través de la sangre de las cavidades cervical, axilar e inguinal.²

En efecto, siglos más tarde hemos sabido que el mal era originario del territorio asiático y que debió de entrar en contacto con los europeos en el puerto de Caffa, que era por entonces una colonia de la república marítima de Génova en el Mar Negro. Hacia ese puerto acudían numerosas caravanas asiáticas de la conocida ruta de la seda para intercambiar sus productos por oro.

En la primavera de 1347 la ciudad había sido asediada por un khan tártaro, Djani Bek, que se vio obligado a levantar el sitio cuando vio cómo la peste diezmaba sus tropas. Se dice que antes de abandonar el lugar ordenó catapultar por encima de las murallas de la ciudad algunos cadáveres de soldados apestados con el fin de «envenenar a los cristianos». Su acción representa un claro antecedente de las guerras biológicas modernas. Fue así cómo, liberada de la guerra, Caffa acogió sin embargo la enfermedad.

De mes en mes las crónicas de la época nos cuentan el viaje que el mal inició hacia el resto de Europa. A finales de 1347 algunos marineros genoveses enfermos que regresaban a Italia tras atravesar los Dardanelos lo propagaron con inusitada rapidez. Primero,

enfermó la isla de Sicilia; poco después le tocó el turno a las ciudades del norte de la península italiana. El escritor italiano Giovanni Boccaccio dejaría un inolvidable retrato del impacto de la peste en la populosa ciudad de Florencia en el prólogo de su más afamada obra: el *Decameron*. Desde allí, y siempre siguiendo la línea costera, la peste saltó a la región de la Provenza francesa y, poco más tarde, hasta las tierras ibéricas. Por la ruta del Ródano alcanzaría las costas del Atlántico y del Báltico, antes de sorprender, viajando por ríos y caminos, a los europeos que vivían en el interior.

La *Crónica* del rey castellano Alfonso XI dirá, a propósito de esta epidemia: «Esta fue la primera et grande pestilencia que es llamada mortandad grande.» La expresión revela que en la memoria de las gentes de aquella época no existía el recuerdo de ninguna epidemia precedente de semejantes caracteres. El citado mal, continúa la *Crónica* de Alfonso XI, estaba causando fuertes estragos «en las partes de Francia et de Inglaterra, et de Italia, et aun en Castiella, et en Leon, et en Extremadura, et en otras partidas».³

Los focos crónicos de peste bubónica más antiguamente conocidos se han encontrado en las estribaciones del Himalaya, entre la India y China, y de manera más extendida en múltiples puntos de las estepas de Eurasia, desde Manchuria a Ucrania, así como en el África central, junto a los Grandes Lagos.⁴ La mayoría de los historiadores de la epidemiología actuales están de acuerdo en que la peste ha asaltado en el tiempo de forma repetida las comunidades humanas occidentales desde esas reservas biológicas. Aunque en el siglo VII una grave pandemia de esta enfermedad —conocida como la *peste justiniana* en honor del emperador bizantino entonces gobernante— alcanzó la cuenca mediterránea desde las aguas del Nilo, para la historia europea más reciente, en especial la que se inicia a partir de mediados del siglo XIV, fue el primero de estos espacios el que tuvo un peso determinante en la recepción de la enfermedad en los siglos siguientes.

La unificación y pacificación de las regiones del centro de Asia llevada a cabo por Gengis Khan (1162-1227) a principios del siglo XIII estableció las bases para una intensificación del número de caravanas que cruzaban los desiertos del Asia Central, lo cual tuvo repercusiones trascendentales en la futura expansión de la peste. Al sustituir la antigua ruta de la seda entre China y Siria, que cruzaba los desiertos pasando de oasis en oasis —toda una barrera natural para la difusión de los contagios por la distancia a recorrer en un medio deshabitado—, por otra ruta más septentrional que buscaba la seguridad que ofrecía la estabilidad política del imperio mongol desde su base de Karakorum, rebajó aquella segura contención para el avance del mal.

Fue por esa nueva ruta abierta con el Extremo Oriente por la que progresó una enfermedad ante la que los europeos carecían inicialmente de cualquier tipo de

respuesta inmunológica, pues no habían estado en contacto con ella en las seis centurias anteriores. Aunque la información confiable es escasa, es muy probable que durante los cinco años en que atacó la peste negra (1347-1351), la mortalidad regional variara entre un octavo y dos tercios de la población. Quizás matara a tres europeos de cada diez, dejando veinticuatro millones de muertos en todo el continente. Fue el desastre epidémico, sin duda, más grande de Europa desde el derrumbe del imperio romano. Por este motivo este primer gran contagio de los tiempos modernos ha sido comparado, guardando las debidas proporciones, con el equivalente de una actual guerra atómica a escala mundial.⁵

Además, si la observamos con los ojos de un economista actual, bien podríamos considerar a la peste negra como la primera enfermedad epidémica grave del capitalismo mercantil que por aquel entonces emergía en las florecientes ciudades italianas del norte. Al finalizar la Edad Media, la conexión comercial entre continentes —la búsqueda incesante del beneficio económico que se obtenía de vender mercancías que se transportaban de un lugar a otro—, fue la que dio origen a lo que el historiador francés Emmanuel Le Roy Ladurie definiera acertadamente, hace ya algunos años, como el inicio de la primera «unificación microbiana del mundo».⁶

Tan sólo el continente americano, descubierto algo más tarde, quedaría relativamente a salvo durante algunos siglos de aquella enfermedad —aunque no de otras igualmente letales, como tendremos oportunidad de señalar—, gracias a la distancia oceánica que lo separaba del continente europeo y a la lentitud que caracterizó antes de finales del siglo XIX al tráfico naval interoceánico, difícil de vencer por la peste.⁷

La llegada de la Muerte Negra

Antes de que la peste llegara a la península Ibérica en 1348, el hambre había hecho acto de presencia esporádicamente desde dos décadas antes. Mallorca la padeció al menos desde 1331. En Valencia se presentó entre 1333 y 1334, si bien el ciclo duro no comenzó antes de 1340. El año de 1347 sería recordado como el de *la gran fam* («la gran hambre») en las tierras levantinas. También afectó gravemente a Cataluña. En 1333, conocido como *el primer año malo*, los precios de la cuartera de trigo se dispararon hasta provocar altercados populares por la escasez de su aprovisionamiento. También particularmente difíciles fueron los años 1331-1333 en Castilla «por los muchos peligros de piedra y hielo» que afectaron a las cosechas. Los malos años reaparecieron en el período 1343-1346. En la ya citada *Crónica* de Alfonso XI se menciona a propósito del año 1343, que «encarecieron las viandas et llegaron a grand precio». En las Cortes de Burgos dos años más tarde se dijo que «fue muy grant mortandat en los ganados, e otrosí la simiença muy tardía por el muy gran temporal que ha fecho de muy grandes nieves e de grandes

yelos». Argumentos semejantes se recogen en un documento de la villa de Madrid del año 1347 en el que se habla de «fuertes temporales que an pasado fasta aquí», causantes de «la gran mengua del pan e del vino e de otros frutos». Una nueva convocatoria de las Cortes de Castilla y León, reunidas en Alcalá de Henares en el año de 1348, sirvió para poner de manifiesto que en los años pasados «por los temporales muy fuertes que ovo [...] se perdieron los frutos del pan e del vino e de las otras cosas donde avían a pagar las rentas».⁸ Visto así, el panorama que se ofrecía en los diversos territorios peninsulares en vísperas de la visita de la peste, en lo que se refiere a la producción agrícola, no resultaba ciertamente halagüeño y los cuerpos podían, sin duda, verse resentidos por ello.

Parece seguro que la peste fue más grave y sus consecuencias demográficas más duraderas en los territorios de la antigua Corona de Aragón que en Castilla. La muerte negra penetró en los estados catalanoaragoneses durante la primavera de 1348 y provocó en pocos meses una caída de la población tan brusca como la que ocurrió en el resto del Occidente europeo. El Reino de Mallorca fue el primero en padecerla. Las primeras víctimas se produjeron en Alcudia a finales de marzo de aquel año. En abril aumentó el número de contagiados, que no decrecieron hasta finales de mayo, aunque todavía en junio se dieron algunas muertes. Es probable que en toda la isla murieran unas nueve mil personas. Hasta Cataluña la peste pudo llegar por diferentes itinerarios. Aunque pudo aparecer por vía marítima desde Mallorca, parece más seguro que la principal vía de penetración del contagio en tierras catalanas fuera el itinerario con el sur de Francia. En la villa de Perpiñán, entonces territorio catalán, la enfermedad proveniente de la vecina Marsella comenzó a manifestarse con gran violencia hacia mediados de abril. Esta ciudad se encontraba infectada ya en noviembre de 1347, después de afectar a otras poblaciones del mediodía francés como Aviñón, Narbona o Carcasona. Fue justamente al final de aquel mes cuando llegarían a Lérida las noticias alarmantes sobre sus efectos, lo que motivaría que Agramont se pusiera a redactar su tratado médico sobre la peste.

En mayo, posiblemente por mar, a través de la navegación de cabotaje, la enfermedad alcanzó a Gerona, Barcelona y Tarragona. A pesar de que se tenían noticias sobre su gravedad, todavía no era corriente que las autoridades municipales tomaran precauciones en los puertos respecto a la llegada de posibles naves infectadas, lo que sí sería habitual en contagios posteriores. Sólo era cuestión de tiempo que la enfermedad se difundiera. Durante la segunda semana de mayo muchos enfermos presentaban ya claros síntomas característicos de dolores y bubones, mientras los médicos de la ciudad eran incapaces con sus conocimientos de hacer frente eficazmente a la dolencia.

Es que por aquel entonces nada se sabía de la naturaleza microbiana de la peste. No fue hasta finales del siglo XIX cuando se comenzó a tener un conocimiento científico contrastado sobre las causas biológicas que provocaban la mayoría de las enfermedades epidémicas. Las afirmaciones que el doctor francés Louis Pasteur hiciera en 1879 de que las epidemias eran el resultado de la presencia en el organismo humano de microbios, abrirían la puerta por aquellos años a una febril investigación para identificar los agentes patógenos responsables de las mismas. En el caso de la peste, fue el médico suizo Alexandre Yersin, discípulo del propio Pasteur, el que finalmente descubriría en 1894 el bacilo causante de este mal, durante las investigaciones que llevó a cabo sobre una nueva epidemia que se había declarado en la región china de Cantón.⁹

Gracias a sus trabajos y a los de otros investigadores que le siguieron, hoy sabemos que la peste es en realidad una *zoonosis*, es decir, una enfermedad animal que sólo accidentalmente ataca al ser humano y que permanece como un intruso dentro del ciclo elemental del mal que se desarrolla entre las ratas y las pulgas que las habitan (las conocidas científicamente como *Xenopsyllas cheopis*). El parásito causante es un pequeño bacilo ovoidal bautizado en honor de su primer descubridor con el nombre de *Pasteurella pestis* o *Yersinia pestis*.

La cuestión más debatida hoy entre los epidemiólogos es saber cómo se transmitió la enfermedad de la rata al hombre y de éste a otros sujetos. Sabemos que las ratas han sido siempre estrechas compañeras de los hombres: han compartido sus casas, sus barcas, sus almacenes de alimentos. La infección inicial entre los humanos podía producirse por la picadura accidental de una pulga previamente infectada que hubiera sido huésped habitual de un roedor en estrecho contacto con las personas. Los bacilos se reproducían rápidamente en el estómago de la pulga hasta que lo llenaban. Cuando éste se taponaba, la pulga se veía privada de poder continuar ingiriendo la sangre del roedor que la hospedaba si no expulsaba el tapón formado por los bacilos en su esófago al picar de nuevo. Durante este ciclo, la enfermedad quedaba recluida en un círculo que iba de la pulga a la rata y de ésta nuevamente a su parásito.

Los problemas de la pulga se veían incrementados cuando, víctima de la enfermedad, la rata moría. La pulga, azuzada por el hambre, se veía obligada para sobrevivir a buscar un nuevo huésped que tuviera la temperatura adecuada y que podía encontrar en uno de los vecinos humanos de la rata. A través de su picadura se transmitía la infección a los humanos: los bacilos pasaban al flujo sanguíneo y se localizaban en los ganglios linfáticos. La respuesta del sistema inmunitario humano daba lugar a los conocidos bubones —hinchazones muy dolorosas del tamaño de un huevo o pomelo— que solían localizarse en ingles, axilas y cuellos, zonas próximas al vello humano y que daban nombre a la forma más corriente de infección que conocemos como *bubónica*. El famoso

bubón solía aparecer en los días siguientes en el lugar corporal próximo donde se hubiera producido la picadura. Su progresión y su grado de letalidad dependían sobre todo de la capacidad de resistencia del individuo en cuestión y de la carga de infección que había penetrado en su organismo. Si la barrera linfática era superada y el bacilo penetraba definitivamente en la corriente sanguínea del sujeto afectado, las hemorragias internas y los vómitos, la elevada fiebre y la tos generalizada terminaban por conducirlo a una crisis cardíaca y a la muerte en el plazo de una semana. Seis de cada diez contagiados por esta forma solían acabar así sus días.

Por la frecuencia con que se repitieron los contagios de peste a partir de 1348, la sintomatología fue pronto conocida y perfectamente descrita en los tratados de peste que serían editados en los siglos posteriores. En 1625, el médico barcelonés Bernat Mas decía que: [...] las señales propias de la legítima fiebre pestilencial según todos los Doctores son muchas y muy grandes. Particularmente aturdimiento, peso y dolor grande de cabeza; sequedad, negritud y acidez de la lengua y la boca; olor fétido, malo y pudente en el aliento; sed insaciable; congoja continua del cuerpo; ascos y vómitos ordinarios; dificultad muy grande en respirar; velar continuo y desvarío; dolor de riñones; calor intolerable en las partes internas, estando las externas frescas y a la vez frías; desmayos, vista terrible y espantosa, mirando alienadamente a una parte y a otra con los ojos inflamados y sanguinolentos. Y finalmente acostumbran a aparecer las más de las veces ganglios y malas bubas, que son las señales ordinarias con las que el vulgo enjuicia la Peste y solo a estos dos accidentes llama Peste.¹⁰

En los primeros días, la fiebre realizaba un ascenso brusco y continuado, situándose entre los 39 y los 40 grados centígrados. Sólo había pequeñas remisiones matinales. En los casos favorables podía producirse un descenso de la temperatura entre el octavo y el onceavo día y así se iniciaba la convalecencia. Entre tanto, los bubones solían provocar grandes dolores al paciente y la fiebre producía un fuerte estado alucinógeno, el *delirium* del que hablan la mayoría de las fuentes documentales de la época. Era entonces cuando se prodigaban los mayores accidentes de los enfermos.

Según contaba el artesano barcelonés Miquel Parets, que nos dejó un impresionante testimonio de las consecuencias del contagio que padeció la ciudad de Barcelona en el año 1651, era tal el estado de inconsciencia y sufrimiento de los enfermos que «algunos habían que si podían llegar a la ventana de golpe se lanzaban a la calle y morían, que como con los enfermos solo había cuidándolos un hombre o una mujer, y los enloquecidos tenían tanta fuerza, no los podían parar».¹¹

Con posterioridad a su recepción, el propio contagiado podía ser difusor de la epidemia, al menos de dos maneras. Por un lado, en el caso de que la forma bubónica se

complicara con una localización pulmonar (forma *neumónica*), el enfermo se podía convertir en un diseminador natural de los bacilos por vía aérea a través de la gotas en suspensión que podía provocar la palabra o la tos, al igual que lo hace en la actualidad la gripe. Este modelo de infección se caracterizaba por un cuadro de fuerte bronquitis, dolor torácico, respiración irregular y superficial y broncopulmonía hemorrágica con insistente espectoración rosácea al entremezclarse con la sangre. La muerte era más rápida en estos casos. Acontecía entre el segundo y el cuarto día como causa de un edema pulmonar agudo o bien de un colapso cardiovascular. La tasa de letalidad en esta clase de infección era elevadísima: alcanzaba el 95 por ciento de los casos.¹²

Cabía la posibilidad, por otro lado, de que las propias personas actuaran como portadoras de los propios parásitos infectados, sin que fuera necesario el concurso de los roedores. Las ratas negras —la forma más común de rata europea hasta los inicios del siglo XVIII— eran animales poco dados a los grandes desplazamientos; necesitaban de la colaboración humana en forma de un carro o de un barco para desplazarse más de un centenar de metros. Hoy, a través de estas características ecológicas, se tiene muy presente la tesis de que el bacilo pudo ser también transmitido a largas distancias y a lugares con escasa relación comercial por la pulga humana (*Pulex irritans*), aunque desde el punto de vista microbiológico fuera un vector menos apropiado y eficaz como portador del bacilo. De esta manera, la peste seguía con rapidez y facilidad los itinerarios de los intercambios humanos.¹³

Tanto la forma bubónica como neumónica, las formas más corrientes de infección en la historia de los contagios de peste de los siglos pasados en España, podían manifestarse por separado o estar presentes dentro de una misma coyuntura epidémica. Los contagios solían aparecer entre el inicio de la primavera —cuando los condicionantes de temperatura y humedad eran más favorables al desarrollo de los parásitos— y su agotamiento se producía bien al iniciarse los rigores estivales, bien con una progresión decreciente de verano a otoño, que concluía con la llegada de los primeros fríos invernales. Cuando la peste adoptaba su forma neumónica podía prolongarse durante la estación más fría.

A diferencia de otras enfermedades contagiosas presentes en el pasado europeo —como sería el caso del tifus—, la posible relación directa entre un estado de desnutrición y el potencial grado de recepción de la peste no están hoy corroborados.¹⁴ Aunque no resulta del todo descartable, es más probable que el hambre provocara indirectamente la difusión de la peste al movilizar el comercio de granos de una región a otra y en consecuencia aumentaran las posibilidades de difusión de la peste por el traslado de los parásitos a lomos del intercambio mercantil. Las diferencias en cuanto a edad y sexo en el grado de letalidad no parecen haber sido tampoco destacables, a pesar de que los

médicos de la época se inclinaban a pensar que las mujeres embarazadas y los niños de corta edad estaban más sujetos a contraer el mal por sus condicionantes humorales.

Sin embargo, existían ciertos condicionamientos sociales que, combinados con otros contagios de naturaleza epidémica diferente, aumentaban —en términos de exposición— la predisposición a que la peste pudiera ser contraída. La habitación, las condiciones sociales e higiénicas, el ambiente de vida o de trabajo eran factores que se conjugaban para remarcar una mortalidad social y profesionalmente diferenciada en tiempo de contagio. Los hogares de los más pobres, contruidos con materiales diversos, privados de cierres herméticos, con pavimentos de tierras saturados de sustancias orgánicas que ofrecían óptimas condiciones de desarrollo a las larvas de las pulgas, siempre crearon un contexto muy favorable a la difusión de la peste. Por el contrario, las casas cerradas con buenos marcos, con suelos enlosados y frecuentemente fregados, como era el caso de los palacetes nobiliarios o burgueses, la dificultaban. Era ésta una de las razones por la que los ricos, además de contar con la posibilidad diferenciada de poder huir de las ciudades contagiadas y retirarse a lugares más seguros mientras durase la peste, morían menos que los pobres en épocas de contagios.

Esta desigualdad social ante la muerte resultaba fácilmente rastreable entre barrios de una misma ciudad. También el ambiente de trabajo era determinante: establos, huertos, pósitos de grano y hostales eran lugares frecuentes de infección. Era posible ver entre las primeras víctimas de la peste a panaderos, horneros u hosteleros. Solían seguirles arrieros y artesanos del textil, en especial pelaires y curtidores de pieles, aunque también destacaban oficios tan dispares como notarios y escribientes —encargados de redactar las últimas voluntades de los difuntos—, o incluso los miembros del clero que acudían a dar los últimos auxilios sacramentales a los enfermos. Por el contrario, algunos transportistas y taberneros que comercializaban la venta de vinagres solían tener más suerte; el olor ácido de sus géneros siempre fue detestado por las pulgas infectadas.

Por la violencia y el número final de muertes que provocaba, el terror que despertó la peste en las sociedades del pasado siempre estuvo justificado. Las epidemias de peste eran un azote desastroso. En las ciudades, por su alto grado de concentración humana, su propagación era muy rápida y provocaba con facilidad que de un veinticinco a un cuarenta por ciento de la población muriera en el plazo de pocos meses. Era difícil pues que las ciudades medievales o del período moderno sólo pudieran crecer gracias al nacimiento de niños en sus familias. Tras cada desastre epidémico siempre se necesitaban nuevos inmigrantes venidos del campo que reemplazaran las bajas habidas y los puestos de trabajo desiertos. En las zonas rurales podía suceder que algún pueblo escapase de la epidemia, pero en general en las aldeas alcanzadas se verificaba la misma

desastrosa mortalidad que sucedía en las ciudades. En el campo, la distancia entre hábitats y la menor densidad humana jugaba quizás en beneficio de un menor número de muertes.

Pero nada de todos estos detalles científicos, naturalmente, se sabía a la altura de aquel fatídico año de 1348 y los que le siguieron. Eran otras las explicaciones que recibían las gentes. Las causas que se referían a la naturaleza divina o supuestamente diabólica de la enfermedad eran las que entonces se divulgaban. Ello podía originar graves tensiones sociales que por lo general terminaban poniendo en peligro la vida y las haciendas de los que ya de por sí, en épocas normales, no resultaban bien vistos por la sociedad. El 14 de mayo de 1348 fue convocada en la ciudad de Barcelona una procesión religiosa para pedir a la Providencia que pusiera fin al contagio. El remedio religioso resultó, sin embargo, ser aún peor que la enfermedad. Por un lado, la gran concurrencia de gentes al culto avivó aún más el número de personas contagiadas en las horas siguientes. Además, varios clérigos comenzaron a alentar desde los púlpitos la convicción de que los pozos, el agua y los alimentos habían sido envenenados, lo que desató la furia popular dirigida contra la población semita. El sábado 17, tras numerosos entierros, una muchedumbre desesperada se dirigió al barrio judío o *call*, donde se saquearon las casas y se asesinó a algunos de sus moradores, quizás una veintena. Con toda probabilidad la peste sirvió de pretexto para arreglar viejas cuentas.

Los ataques antisemitas se extendieron como un reguero en los días siguientes por las aljamas de las poblaciones cercanas a Barcelona. En Cervera se mató a dieciocho judíos. Se ha dicho que en Tárrega, aunque las cifras puedan ser exageradas, hubo hasta trescientas víctimas, que su *call* quedó totalmente destruido hasta el punto que el monarca tuvo que ordenar su reconstrucción. Un número parecido de víctimas tuvieron las comunidades judías de Solsona y Tarragona. En otros lugares, los judíos se fortificaron en sus calles, patios y castillos, sin salir para nada de sus barrios. Así pudieron salvarse en Monzón, Lérida y Huesca. Fuera de la Corona de Aragón es también más que probable que estas matanzas antisemitas tuvieran lugar en algunas de las regiones andaluzas con fuerte presencia hebrea, aunque con menor intensidad en esta primera embestida de la peste, como fue el caso de la localidad de Arjona.¹⁵

La acusación de que los judíos hubieran infectado las aguas y los pozos no tenía obviamente ningún fundamento pero la idea de que la peste fuera el resultado de una fabricación humana deliberada no era infrecuente en la época, incluso entre las creencias avaladas por los propios médicos. Jacme d'Agramont la recoge en su tratado médico sobre la peste. Lo mismo que hiciera en los ambientes médicos de Montpellier su contemporáneo, el «maestro en artes liberales y medicina» Alfonso de Córdoba, Agramont contribuyó a propalar la tesis de que la peste había sido fabricada de forma

artificiosa y deliberada, dando pábulo con ello a la búsqueda de presuntos responsables, por más que ni uno ni otro llegaran a identificarlos de forma expresa. Aunque Agramont excluía la posibilidad de que esta peste «artificial» se identificara con la pestilencia universal ligada a un cambio sustancial del aire, juzgaba muy verosímil que la epidemia que durante los primeros meses de 1348 estaba asolando Rosellón, Languedoc (incluido Montpellier) y Provenza, consistiera en realidad en un envenenamiento deliberado provocado «por malvados hombres, hijos del diablo que con venenos diversos corrompen los alimentos con muy falso ingenio y malvada maestría».¹⁶ Sería, no obstante, injusto responsabilizar a las opiniones de estos médicos de las matanzas que ocurrieron en aquellos meses contra los judíos en diferentes lugares de la geografía catalana.

De hecho, la creciente corriente de opinión antisemita entre los sectores populares hacía tiempo que venía propagándose por toda Europa, y no sólo como resultado de las experiencias cotidianas entre ambas comunidades —las antipatías hacia los judíos nacían de su buen hacer para los negocios, en especial en el crédito—, sino también en el plano religioso y simbólico. A través de la palabra de algunos predicadores, la conciencia religiosa de la gente solía acentuarse en la supuesta naturaleza demoníaca de la comunidad hebrea, vertiendo principalmente sobre ella las acusaciones de difamación de la sangre y de profanación de la hostia, que a menudo conducían a una violencia antijudía que se desataba a la menor oportunidad. Según decían, desde que se crucificó a Jesús los judíos buscaban, sobre todo en Pascua, la sangre de niños cristianos puros e inocentes. Varias de estas historias inventadas habían circulado en Europa en los siglos anteriores y en ocasiones habían dado pie a que algunos de aquellos niños «mártires» conocieran la gloria de los altares: tal fue el caso de William de Norwich (muerto en 1144), un curtidor de doce años que había sido supuestamente sacrificado por los judíos; de Richard Pontoise (muerto en 1179), enterrado y venerado en el cementerio de los Santos Inocentes de París; de Hugues de Lincoln (muerto a los ocho años en 1255); o de San Werner (muerto en 1287), asesinado por judíos en Oberwesel, en la diócesis de Trèves. En España se haría célebre ya a finales del siglo xv, en 1490, el famoso caso del niño de La Guardia, en Toledo.¹⁷ Por otra parte, la profanación de la hostia apareció después de que el Concilio de Letrán de 1215 formulase la doctrina de la transustanciación. Se decía que los judíos sobornaban a los cristianos para que les entregasen hostias (el cuerpo de Cristo) que luego torturaban. Acusaciones de este tipo solían desencadenar de tanto en tanto matanzas de judíos en diversos países de Europa. La peste añadió un nuevo elemento en que afianzar aquel odio étnico. Como es difícil creer que las gentes más humildes pudieran leer un tratado médico, aunque estuviera redactado en lengua vulgar, fue indudablemente decisiva la intervención de algunos clérigos que sirvieron de correa de transmisión para que aquellos argumentos propios de la cultura médica pasaran a la cultura popular. Los regidores de Barcelona así como

las autoridades reales, desbordados por los acontecimientos de mayo, decidieron informar inmediatamente al rey aragonés, Pedro IV el Ceremonioso, que entonces se encontraba en Valencia. El rey respondió con severas normativas que pusieran orden en la capital del Principado y en las restantes villas en las que se habían producido los ataques. El 22 de mayo mandaba al veguer de Barcelona, Acard de Talarn, su oficial real en la ciudad, que buscara y encarcelara a los culpables de los disturbios y que asegurara la vigilancia del barrio judío para evitar nuevos incidentes. El 3 de junio el rey tuvo que dirigirse además a los vicarios episcopales y al capítulo de la catedral de Barcelona para pedirles que ningún eclesiástico se extralimitara en su oratoria antijudía. Sin duda, la protección del monarca hacia la comunidad judía no era desinteresada, dado que velar por la prosperidad de los barrios judíos era también cuidar del gran caudal económico que representaban sus impuestos para las arcas reales. El 26 de julio, el papa Clemente VI, ante la reiteración de ataques similares a otros tantos barrios judíos en numerosas ciudades europeas afectadas por la peste, se vio obligado a intervenir publicando una bula en la que explicaba que los hebreos como los cristianos también sufrían los efectos de la plaga, lo que los descartaba como sus responsables. Además, señalaba que la epidemia también se había extendido a lugares donde no había presencia de aquéllos.¹⁸

Por lo demás, la situación de la capital catalana era desoladora a finales de junio: almacenes y tiendas de alimentos cerradas por defunción de sus propietarios, cementerios llenos de cadáveres y carencia de personas que ayudasen a enterrar a los muertos, pero sobre todo la extraña sensación de que la enfermedad no tenía fin. La peste sólo comenzó a desaparecer pasado el mes de octubre. Por ese tiempo, un gran número de regidores del Consejo de Ciento, el órgano de gobierno de la ciudad, había muerto y se hizo muy urgente su reemplazo.

Otras ciudades aragonesas sufrirían idéntica suerte. Es el caso de la ciudad de Valencia, donde la enfermedad irrumpió a finales del mes de mayo. Según narra la *Crónica* de Pere el Ceremonios, a mediados de junio morían más de trescientas personas diariamente. El hecho de que el mal hubiera llegado casi al mismo tiempo a diferentes puntos del Levante peninsular hace sospechar a los historiadores una posible segunda vía de contagio por el comercio marítimo, posiblemente por embarcaciones procedentes de Mallorca. Sabemos que una vez alcanzadas las costas, el mal se propagó rápidamente hacia las tierras del interior, aunque de forma más lenta que por la vía marítima. Las noticias son siempre aquí más escasas. A finales del mes de junio de 1348 llegó la peste a Camprodón, y al mes siguiente a las regiones centrales de Cataluña, en Vic. En el reino de Valencia, cuando la peste estaba cesando en Morvedre en la segunda quincena de julio, se encontraba en pleno ascenso violento en Morella, asolada hasta mediados de agosto. El hecho de que la enfermedad comenzara en Teruel a finales de julio y en Zaragoza en septiembre confirma la trayectoria este-oeste del mal, que

todavía en octubre causaba víctimas en las comarcas interiores del Reino de Valencia. La propia esposa de Pere el Cerimonios, la reina Eleonor de Portugal, moría en Xerica, el día 30 de aquel mes.¹⁹

En cuanto al reino de Castilla las noticias son ostensiblemente más exiguas.²⁰ Los historiadores castellanos sugieren una posible doble vía de penetración del contagio. Por un lado, se sugiere un foco pestífero en Santiago de Compostela, quizá como consecuencia de alguna peregrinación al centro religioso, que resultó contagiado de manera rápida ya entre los meses de marzo y julio de 1348. A continuación, el mal se expandió de norte a sur, hacia Portugal, hirió Coimbra en septiembre y Braga en diciembre, mientras que por una ruta algo más oriental afectó a Lugo, Asturias y la ciudad de León, que acogió la peste en el mes de octubre del mismo año. De ahí, y durante el mismo mes, se difundiría por el valle del Duero, donde se uniría con la procedente de las tierras del vecino reino de Aragón para flagelar en la primavera de 1349 la submeseta meridional, especialmente la ciudad de Toledo entre los meses de junio y julio, tal y como sugieren las inscripciones de las lápidas judaicas en las que se señala a la peste como la causa de las muertes. En una de ellas, la conocida como el «Epitafio de los novios malogrados», encontramos uno de los testimonios más tempranos y conmovedores del impacto emocional que la peste causó entre las gentes de la península Ibérica. Decía así: *¿A quién tienes aquí ¡Oh novio!*

para que tú hayas fijado aquí firme tu morada

y hayas desdeñado vivir en castillos y palacios

y estés aquí encerrado en una grieta de peñascos?

¿Por qué a marchar te has apresurado

con la mujer que tú amaste?

Yo soy un varón

que ha visto desolación y descalabro

sangre y peste;

me han arrebatado repentinamente en la flor de mis años

aún mancebo y joven en edad

enfermedades graves y perniciosas.

Y cuando fue más grande mi dolor y acaeció mi dolencia

dejé mi casa y abandoné mi herencia.

La peste ha exterminado con espantosa rapidez

al novio junto a su novia;

y ha convertido mi casa en ruina y devastación

aun antes de haberse cumplido el año;

no dejándome en paz ni tranquilidad

libre para mi casa, el año completo.

Así, al morirme yo crecieron (en mi casa) cardos y broza

devastándola;

tampoco tengo hijo que herede mi patrimonio y perpetúe mi nombre

entre mis gentes.

Yo soy quien habla,

heme aquí:

¡Téngame lástima quien escuche mis vicisitudes!

José, hijo de R. Meir, que descanse en el Paraíso,

apellidado Abulafía, el Merarita;

éste es mi nombre para siempre y mi recuerdo.

Sucumbí por la peste el año ciento nueve sobre cinco mil de la Creación

¿hemos de perecer todos?

Abandonando una madre atribulada y sobresaltada,

encenegada en amargo llanto,

que antes de morir, con aflicción y suspiro

se desprendió de sus hijas

*quedando ella sola aflijida, malograda y asolada.*²¹

La peste continuó su camino, a principios de 1350, por tierras andaluzas. Aunque la hipótesis de la propagación norte-sur de la epidemia en Castilla es la más aceptada, no por ello existe plena seguridad de que así fuese. El contagio bien pudo partir también de varios focos periféricos a la vez y alcanzar el interior. La pestilencia que en 1350 asolaba el campamento del rey castellano Alfonso XI en Gibraltar pudo tratarse de un segundo brote en tierras andaluzas proveniente de su extensión por la periferia levantina, tras asolar el reino nazarita de Granada.²² La epidemia había saltado en el extremo oriental de la provincia de Almería, propagándose con rapidez y causando hasta setenta muertos diarios en la capital, según las estimaciones del médico granadino Ibn Jâtima. Igual suerte corrió Málaga, donde llegaron a morir más de cien personas por día, así como en Vélez, Antequera y Comares.²³ El reino de Murcia correría idéntica suerte. Comarcas enteras se vieron despobladas por un contagio que se prolongó hasta 1352, y entre sus víctimas ilustres se encontraba el obispo Pedro de Peñaranda, cuya herencia fue gestionada por el propio monarca cristiano Alfonso XI, antes de que aquél fuese víctima de aquella «primera mortandad grande» durante el asedio de sus tropas a los árabes que dominaban la fortaleza de Gibraltar, tal y como relata la crónica de su reinado.²⁴

Llegados a este punto es preciso preguntarnos por algunas de las consecuencias que tuvo en la vida económica y social hispánica aquella primera visita de la peste negra. La carencia de fuentes documentales hace difícil, si no imposible, cuantificar el hundimiento demográfico global que causó este primer asalto pestífero en los territorios peninsulares. En la Corona de Aragón, la población de Barcelona, que a mediados de la década de 1340 debía contar con unos 37.000 habitantes, sin duda disminuyó bruscamente durante las nueve semanas que duró el contagio, y ni tan sólo una fuerte inmigración que tuvo lugar de manera inmediata pudo compensar las pérdidas. En Gerona murieron unas 1.140 personas, lo que supondría el catorce por ciento de sus habitantes, y un tercio de sus regidores. La muerte también sorprendió a muchos

obispos en sus diócesis. La documentación eclesiástica demuestra que fueron numerosos y apresurados los nombramientos para cubrir los cargos y las dignidades que quedaron vacantes tras la peste. En Gerona solo sobrevivieron dos monjes de los catorce que formaban la comunidad de Sant Pere de Galligans y se redujo a la mitad la de Sant Pere de Rodes. En Castilla, todos son datos indirectos. Siguiendo la información que contiene el llamado *Libro de behetrerías*, en el que se relacionaban las tierras de los campesinos libres para ver el grado de desocupados que se producían en beneficio de los señores que tras la muerte de los labriegos podían apropiarse de aquellas tierras, el historiador Cabrinalla imputaba únicamente a la peste negra el abandono total de ochenta y dos lugares del obispado de Palencia y la muerte de un tercio de la población de Castilla. Posteriormente otros investigadores han tendido a disminuir ese porcentaje hasta un cuarto y a situarlo en un conjunto mayor de factores que sobrepasan la dimensión de la peste y durante un período también mucho más amplio, de 1252 a 1369.²⁵ En el reino de Navarra es muy probable que algunas merindades, como la de Pamplona que agrupaba a la ciudad y a los pueblos vecinos, perdieran hasta un cuarenta y cinco por ciento de sus habitantes y en la de Estella este porcentaje pudo elevarse hasta incluso un setenta y cinco, es decir, tres de cada cuatro de sus habitantes.²⁶

Además de las incidencias demográficas, difícilmente cuantificables ante la escasez de fuentes para esa época, la peste negra provocó en los reinos peninsulares otras derivaciones de carácter socioeconómico que golpearon con fuerza una coyuntura ya de por sí depresiva. En primer lugar, las mortandades causaron un importante descenso del número de trabajadores de la tierra, lo que a su vez repercutió en un notable retroceso del espacio cultivado. Un ejemplo significativo nos lo ofrecen los libros de cuentas de la catedral de Burgos del año 1352, en los que el racionero del cabildo registra numerosas heredades vacías por la peste que se había padecido. En las Cortes de Valladolid de 1351 se alude al riesgo de que, ante el descenso de los trabajadores del campo, se dejen de labrar «las heredades del pan y del vino». Es probable, no obstante, que en aquellas circunstancias fueran las tierras marginales las primeras en ser abandonadas. Por lo demás, el retroceso de los campos cultivados favoreció, como es sabido, la expansión de los espacios dedicados al pastoreo. Aunque sin duda exagerado, el padre Sarmiento afirmaría en el siglo XVIII que la ganadería lanar castellana que sería tan célebre en los siglos siguientes por la institución que la regentaba, la Mesta, era hija de la pestilencia del siglo XIV.

Por otro lado, por toda la geografía peninsular se produjo inevitablemente un alza de los salarios de los jornaleros al tiempo que los precios de los productos alimenticios subían de manera escandalosa en las épocas de carestía. De ahí que por aquel entonces se adoptaran medidas parecidas en las Cortes de los diferentes reinos españoles para regular unos y otros. Así, el sucesor de Alfonso XI en Castilla, el joven Pedro I, atendió

en las cortes de Valladolid de 1351 las reclamaciones de la nobleza castellana quejosa «que por la mortandad que ovo en el tiempo pasado, los dichos menestrales e labradores que han de labrar las heredades» resultaban muy costosos. De esta queja señorial nacería el famoso «Ordenamiento de menestrales», un decreto cuyo objetivo fundamental consistía en fijar un tope máximo a los salarios de los jornaleros y menestrales y así frenar la tendencia alcista que se vivía en los momentos posteriores al contagio. La tendencia regresiva de la demografía castellana en los siguientes años no secundaría sin embargo las intenciones de la monarquía y los salarios seguirían subiendo, por lo que su sucesor, Enrique II, se vería de nuevo obligado a fijar en 1369, en las Cortes de Toro, unos topes salariales superiores en más de un cien por ciento a los dispuestos por Pedro I en 1351. Asimismo, fue muy frecuente en aquellos años que se dictaran disposiciones contra vagos y maleantes, con el objeto de que se vieran obligados a incorporarse al mercado de trabajo.

En la economía medieval española, cuya riqueza básica giraba en torno a la producción rural y a las diferentes formas de apropiación de aquella renta por los señores feudales, entre los más perjudicados por la gran depresión del siglo XIV se encontraban los grandes propietarios de tierras, sector que incluía tanto a miembros de la nobleza como a las diferentes instituciones eclesiásticas. No eran pues vanas las quejas del obispo de Oviedo don Gutiérrez cuando se quejaba en 1383 que «de las mortandades acá han menguado las rentas de nuestra Iglesia cerca la meataad dellas, ca en la primera mortandad fueron abaxadas las rentas de tercia parte, e después acá lo otro por despoblamiento de la tierra». La peste negra y sus consecuencias, en particular el acusado descenso poblacional, eran, según ese texto, la causa principal del declive de las rentas de los poderosos. En verdad la disminución del número de campesinos dependientes se traducía en una indudable baja de las rentas que percibían los señores. Asimismo, la frecuencia de las malas cosechas significaba que apenas había excedentes agrarios para su comercialización. Por otra parte, el aumento experimentado en los precios de los productos artesanales y manufacturados, de los que eran consumidores habituales los señores, también motivaba sus airadas quejas. En las citadas cortes vallisoletanas de 1351, ellos señalaban que: [...] los menestrales que labran e usan de otros ofiçios que son mantenimiento delos omes que non pueden escusar, vendían las cosas de sus ofiçios a voluntad e por muchos mayores preçios que valían, e que desto que se seguía e venia muy grandes damnos a todos aquellos que avian de comprar dellos aquellas cosas que avian menester.

De ahí la actitud agresiva que, con tanta frecuencia, adoptaron los poderosos en tierras de la Corona de Castilla como también en los reinos que configuraban la Corona de Aragón. La alta nobleza necesitaba nuevas fuentes de ingresos, única vía para mantener su posición hegemónica como clase dominante. En unos casos acudieron a los

denominados «malos usos», es decir, a recuperar costumbres olvidadas del pasado a través de las cuales podían obtener mayores rentas, aunque fuera a costa de una sobreexplotación de los labriegos en sus dominios. Esto originó en Cataluña el problema de los llamados campesinos de *remensa*, a quienes se les elevó desmesuradamente las condiciones económicas para que obtuvieran la carta de libertad y se marcharan de los feudos a los que estaban adscritos, lo cual constituiría un factor fundamental de inestabilidad social y política en el campo catalán y en las relaciones entre la Corona y el mundo nobiliario de Cataluña hasta acabar el siglo xv.

Otro camino, como ocurrió en los territorios castellanos, sería el acercamiento al poder real para obtener de las mercedes reales un mecanismo de compensación frente al descenso de las rentas feudales tradicionales. Esta circunstancia debe ser tenida en cuenta como un aspecto fundamental a la hora de valorar la actitud adoptada por buena parte de la nobleza en la guerra fratricida que estalló en Castilla en el año 1366 y que significaría a la postre la muerte de su legítimo soberano Pedro I y la entronización de una nueva dinastía en el gobierno del reino, la de los Trastámara, en 1369 en los campos de Montiel.

No obstante, no todos fueron perjuicios económicos. La peste negra también resultó rentable para las arcas de la Iglesia. Si por un lado el miedo que inspiró aquella calamidad bíblica ayudaría a intensificar la exacerbación del espíritu religioso de las gentes y multiplicaría así los actos de piedad masivos, no podemos olvidar tampoco que el discurso teológico que los hombres de la Iglesia venían alentando desde tiempo atrás sobre las penas del «más allá» sufridas por las almas en el infierno o en el purgatorio, produjeron una importante avalancha de donaciones testamentarias que favorecieron a iglesias y monasterios, tal y como se desprende de las palabras del propio rey Pedro I cuando explicaba el porqué del gran crecimiento de la propiedad eclesiástica en Castilla durante aquellos años: [...] por que por la gran mortandat que después acaesçió, todos los omes que murieran, con devoçion que ovieron, mandaron grant parte de las eredades que avien a las eglesias por capellanias e por aniversarios, assi que despues del ordenamiento del Rey mi padre acá que es pasado por este razon e por otras muy mayor parte de las heredades rrealengas al abadengo.²⁷

La peste en la Península entre los siglos xiv y xvii Pero las adversidades no habían hecho más que comenzar con aquel primer ciclo. En los siguientes cuatro siglos, la peste reapareció casi en cada generación de españoles. Estallaba aquí y allá a intervalos, diezmando regiones o comunidades antes de desplazarse a otros lugares; más que epidemias a escala nacional, que las hubo en algunos casos, se trató más bien de una serie de brotes localizados que se parecían a una especie de guerra de desgaste.

Aunque todavía hoy en día es difícil esbozar con un cierto rigor un panorama cronológico de las diversas oleadas epidémicas de peste en la península Ibérica entre el final de la Edad Media y el siglo XVII, y aún menos diferenciar entre los de ámbito general y local, creemos que es posible distinguir algunas fases cuyos ritmos escapan a las convencionales distinciones académicas entre la Edad Media y la Moderna.

La primera etapa correspondería al intervalo de treinta años que sigue al primer gran contagio de 1348-1351, el de la llegada de la enfermedad a la Península y su primera difusión generalizada como ya hemos explicado. Se trata de un período en el que las nuevas oleadas de peste parecen tener como elemento común su carácter exógeno, es decir, su correspondencia con brotes de peste también generales en otros ámbitos europeos próximos. El siguiente brote epidémico de relevancia que azotó a la península Ibérica tuvo lugar diez años después, entre 1361 y 1364, y es conocido significativamente en los territorios de la Corona de Aragón como los años de la mortandad *dels infants* (de los niños). Probablemente, tras el número elevado de defunciones que había ocasionado el primer ciclo pestífero, la elevación del número de nacimientos en los años posteriores debió hacer mucho más visible la cantidad de jóvenes de corta edad que perecieron cuando irrumpió la nueva oleada epidémica.

El contagio, extendido en gran parte de la Europa occidental, se propagó a los distintos territorios de la corona de Aragón, lo que demuestra una clara trayectoria de norte a sur. Su magnitud y la experiencia del primer contagio llevaron a que, a mediados de abril de 1362, el monarca catalanoaragonés Pedro el Ceremonioso embarcara en El Puig (reino de Valencia) para buscar refugio en Perpiñán, que ya para aquellas fechas, como también amplias zonas de la Cataluña septentrional, se encontraba libre de la epidemia. La ciudad de Valencia sufrió los asaltos de la epidemia posiblemente más durante los meses de abril a junio, momento en que perdió incidencia para no volver a irrumpir hasta el decenio siguiente. La peste también penetró en Navarra, aunque sin la violencia de lo que había significado la de 1348-1350.²⁸ En Castilla lo hizo poco después. Ortiz de Zúñiga relata que ya en el año 1363 toda Andalucía se veía afligida por aquella «segunda mortandad», expresión que usaba para diferenciarla de la «primera» de 1350, en la cual decía que murieron muchísimas gentes tanto en Sevilla como en Córdoba. En la primera, el médico converso Juan de Aviñón confirmaba la naturaleza bubónica del contagio al describirla como una «gran mortandad de landres en las ingles y en los sobacos» para cuyo remedio se aplicaba a los enfermos uno de los fármacos más célebres de la medicina clásica, la llamada triaca, en cuya composición se empleaba, entre otros muchos elementos, la mirra y el azafrán.²⁹

Después de aquellos dos primeros asaltos, la peste se tomó un ligero respiro. Fue a partir de la década de 1380 cuando podemos dar por iniciada una nueva etapa en la que

la peste pareció instalarse de forma indefinida en los territorios peninsulares como un mal endémico, sin que ello excluyera la posibilidad de que una parte de los contagios que se sucederían a partir de entonces tuvieran su origen en los contactos comerciales con otras regiones del Mediterráneo y de la Europa oriental o bien entre los numerosos peregrinos que se dirigían hacia Santiago de Compostela. No obstante, lo cierto es que los contagios fueron continuados a partir de entonces —al menos uno por década— probablemente hasta alcanzar 1530, en que la peste pareció tomarse un nuevo respiro en ciento cincuenta años.

Aunque hay muchas noticias de apariciones esporádicas de la enfermedad por toda la geografía española —en ocasiones de difícil identificación sobre su verdadera naturaleza—, es posible señalar al menos dieciséis brotes de extensión territorial de cierta consideración entre esas fechas. Todavía en el siglo XIV, la llamada «tercera mortandad», la de los años 1383 y 1384, se propagó por los reinos de Navarra, Aragón, Portugal y Castilla y obligó al monarca castellano Juan I, en mayo del último año, a levantar, ante la muerte de dos mil de sus mejores soldados, el sitio que mantenía de la ciudad de Lisboa en defensa de sus derechos al trono portugués. La cuarta y última oleada general de peste del trescientos, la de 1395-96, tendría muy duras repercusiones en la región murciana, donde morirían —según las crónicas— unas seis mil personas. No es exagerado pensar, por tanto, que los efectos globales de la peste negra y las sucesivas catástrofes epidémicas hasta 1400 hubieran matado a uno de cada cinco españoles. La población del conjunto peninsular, a comienzos del nuevo siglo, rondaría los cuatro millones y medio de personas, es decir, un millón menos aproximadamente que a comienzos del siglo XIV.

Pero fue sin duda el XV el siglo por excelencia de las pestes, si bien las ocurridas a lo largo de esta centuria han recibido muy poca atención por parte de los historiadores españoles. Al menos se padecieron once brotes generales más: 1400-1402, 1410-1413, 1420-1422, 1429-30, 1439-1442, 1450-1451, 1457-1458, 1465-67, 1475-76, 1489-90 y 1493-94.³⁰

De todos esos brotes, fueron los de las décadas centrales del siglo los que parece que tuvieron una mayor crudeza, y la fachada mediterránea fue, especialmente, la más castigada. Las crónicas urbanas, siempre tendentes a la exageración, mencionan 7.500 víctimas en 1439 en Valencia y 11.000 durante el contagio de 1450-51. Asimismo, estiman 13.000 muertos por la peste que azotó Sevilla en 1458. Pero sólo son apreciaciones literarias. En realidad tenemos muy pocas estadísticas oficiales de las que fiarnos. Sólo una excepción. En Barcelona, desde mediados del siglo XV, las autoridades municipales, preocupadas por la incidencia que los continuados brotes ocasionaban sobre los ingresos fiscales de la ciudad, comenzarían a elaborar, siguiendo el ejemplo de

algunas ciudades italianas, una rigurosa estadística cada vez que se producía un contagio por peste. La llamada *cerca* —«recorrido» en castellano—, implicaba que cada día al atardecer un escribano del Consejo de Ciento, por mandato de los regidores de la ciudad, recorría las diferentes parroquias y hospitales anotando el número de enterramientos diarios, que luego se transcribían minuciosamente en el Dietario de la ciudad, libro en el que se recogían diariamente los principales sucesos habidos en la vida de los barceloneses. Estas cifras, conocidas pormenorizadamente ya desde 1457, demuestran la desigual letalidad de los brotes. Sabemos, en efecto, que en la capital del Principado hubo más de 3.631 personas, durante la peste de 1456-57 y unas 4.955 en la siguiente de 1465-66, lo que equivale a decir que una quinta parte de sus habitantes murió víctima de la peste en aquella ocasión. Menos agresivas parecen haber sido las epidemias de 1475-76 y 1483 con 2.166 y 1.417 defunciones respectivamente. Sin embargo, la que cerró el cuatrocientos en 1489-90 se confirmó de nuevo como un brote de gran gravedad. Según los datos de la *cerca*, murieron en aquella oportunidad 3.769 personas, lo que equivalía a un 15 por ciento de sus habitantes.³¹ Aquellos últimos contagios se inscribían ya dentro de un contexto claramente de decadencia de la ciudad, tras haber vivido décadas de rivalidades entre bandos internos urbanos (enfrentamientos entre miembros de la *Busca* y la *Biga*), de haber soportado las gravosas consecuencias económicas del enfrentamiento civil contra el padre de Fernando el Católico, el rey Juan II de Aragón, en el decenio 1462-1472 y, por último, tras observar los temores que entre la comunidad judía y conversa, de cierto peso en la actividad comercial de la ciudad, había despertado la implantación del Santo Oficio a partir de 1486. En localidades más pequeñas de la Corona de Aragón las cifras se sitúan en la misma dirección de caída demográfica. Castellón de la Plana, por ejemplo, perdió más de 1.600 almas en la mortalidad de 1394, 900 en la de 1420 y más de 800 en la de 1435, de manera que en esta última fecha el número de sus hogares era tan sólo la mitad de los que se contaban en 1357.

Los efectos demográficos de la crisis bajomedieval parecen haber sido por tanto más graves y duraderos en los territorios de la antigua Corona de Aragón que en Castilla. En efecto, a pesar de la continua mortalidad catastrófica, todos los indicios confirman una rápida y precoz recuperación de la población castellana a partir de los años centrales del siglo xv, lo que parece mostrar una mayor benignidad de las incursiones de la peste en tierras castellanas frente a las de la fachada mediterránea. No obstante, también es cierto que en Castilla sólo lentamente se irían llenando algunos de los enormes espacios vacíos surgidos de la larga crisis bajomedieval.

Adentrados ya en el siguiente siglo, los años que discurren entre 1500 y 1600 estuvieron sometidos a la presencia de la peste que se enseñoreaba prácticamente en todas las riberas del Mediterráneo de forma casi endémica y dominadora del escenario de la

mortalidad catastrófica de toda la centuria. De hecho, ésta se inició en una coyuntura muy adversa, que seguía al grave ciclo con que se cerró el siglo anterior. Casi todo el primer tercio del quinientos estuvo marcado por una clara irregularidad climatológica a la que se sumaron algunas plagas puntuales que bien pudieron afectar decisivamente al rendimiento final de las cosechas españolas. Las crónicas de los primeros años del siglo XVI insisten en retratarnos un panorama caracterizado por inviernos muy húmedos seguidos de graves inundaciones en varias zonas de Andalucía y Castilla, especialmente en los años 1503, 1510, 1523 y 1527. También una grave plaga de langosta en los años 1508 y 1509 arrasaría los cultivos andaluces después de varios años de sequía prolongada desde 1504. La falta de lluvias se repitió en 1514, 1521, 1522 y entre 1529 y 1531. Sólo entre estos dos últimos años, según datos entresacados del dietario municipal, en Barcelona se celebraron ciento cincuenta y seis procesiones religiosas en las que se rogaba a la divinidad que enviara lluvias para apagar la sed de los campos.³²

Si alguna vez el hambre y la peste parecieron viajar juntas fue en aquella época. La crónica de Andrés Bernáldez, cura de la aldea andaluza de Palacios, señala el dramatismo alcanzado por el hambre en 1506 al referir que «muchas personas murieron de hambre, y eran tantos los que pedían por Dios en cada lugar, que acaecía llegar cada día a cada puerta veinte o treinta pobres, hombres y mujeres y muchachos».³³ Las mismas imágenes aparecen en la crónica de Juan Daza respecto a la situación extrema vivida en 1523 en Jerez de la Frontera cuando la peste fue precedida por el hambre que llevó a los hombres a deambular «por los campos paciendo como bestias cardos y hinojos y alcoaciles y tagarninas y otras yerbas muy peores de las quales murieron muchos hinchados», manera gráfica de describir el horror de una escasez que llegó al extremo de la antropofagia en la ciudad, también recordado en unas coplas atribuidas a Juan del Encina: *Qué más ynumanidad*

con gran hanbre y fiera gana

cabe Xerez la cibdad

que fue cierto

comer onbre carne umana;

un cuytado pobre çierto

despues de un onbre aber muerto

por robarle lo que avía

hallaron que lo tenía

*para comer abierto.*³⁴

Las malas cosechas precedieron en muchas ocasiones a la llegada de la peste. La periferia levantina continuó siendo hasta finales de aquel siglo la puerta real, pero también mental, por la que se introducía la peste desde sus focos endémicos en el Mediterráneo oriental, dominado por el Imperio Otomano. En el *Viaje a Turquía*, su autor —Andrés Laguna, según el hispanista Marcel Bataillon— hacía decir a uno de sus personajes, Pedro de Urdenales, que allá (refiriéndose a las regiones turcas) «jamás se va (la peste) en invierno o en verano, salvo que menos gente muere en invierno».³⁵ Ciertamente, el siglo XVI se inició con algunos brotes esporádicos en Cataluña³⁶ y en Cantabria en 1501, con una epidemia que los vecinos de Santander trataron de aplacar en noviembre invocando al apóstol Matías. Justo un año después cuando ya había cesado, los santanderinos se dirigieron a la Corona —actitud que no era infrecuente entre las poblaciones afectadas para tratar de ver reducidas las demandas fiscales de los soberanos— vinculando la epidemia «a las servidumbres impuestas por el servicio real en los últimos ocho o diez años».³⁷ De hecho, según el cronista Andrés Bernáldez, toda la Corona de Castilla conocía desde 1502, «quier por una parte, quier por otras, muchas hambres, muchas enfermedades de modorra pestilencial (posiblemente se tratara de tifus) y pestilencia».

Pero en verdad, hasta mediados del siglo XVI sólo puede hablarse de tres ciclos de peste realmente generalizados. El primero de ellos, que corresponde a los años 1506-1508, fue preparado por el conjunto de malas cosechas habidas desde 1502. Su recuerdo fue tan terrible que todavía en 1597 el cirujano Martínez de Leiva lo recordaría como la más grave epidemia padecida por Castilla desde la peste negra de 1348 y antes de la que él mismo viviera a partir de aquellas fechas.³⁸ Estamos pues, ante una epidemia general de peste que afectó de manera especialmente dura a Andalucía y que se proyectó asimismo sobre las dos mesetas y las regiones del Levante español. Tuvo al menos dos lugares de entrada y difusión.

Un primer foco se localizó en la Andalucía Occidental, quizás proveniente de Lisboa. Comenzó por Sevilla y la región de Cádiz en 1507. En la primera, sólo en la tercera semana de mayo llegaron a enterrarse 1.500 personas. En 1508 la peste se propagó por la Andalucía Oriental (Granada y Almería) y por las tierras murcianas: la propia ciudad de Murcia, que tardaría veinte años en recuperar su población; por Orihuela, que perdería 5.000 de sus habitantes, por la costa de Cartagena y por el interior a las poblaciones de Yeste y Tablilla. Desde las costas andaluzas, fruto del tráfico comercial y de la expansión militar iniciada por el rey Fernando el Católico en el norte de África, la

peste terminó cruzando el estrecho de Gibraltar para infeccionar Fez, Badiz, Wahran, como lo haría nuevamente diez años más tarde. Es más difícil precisar si desde allí llegó a alcanzar las islas occidentales de Canarias.³⁹

Al analizar las cifras de muertos, el cronista Andrés Bernáldez señala la gravedad en las provincias occidentales andaluzas: Sevilla con 30.000 víctimas, Carmona con 9.000, Utrera con más de 7.000. Según el cura de Palacios, una tercera parte de la población habría muerto a resultas de aquel contagio a la par que la peste se habría extendido por una gran parte de la Meseta interior; de hecho, se haría presente en Valladolid, Ávila, Zamora o en Talavera de la Reina, aprovechando las redes de comunicación que discurrían entre el norte, el sur y el oeste de Valladolid, aunque perdiendo fuerza hacia el norte, donde Navarra y el País Vasco apenas se vieron salpicados. También la peste se agota en las tierras meridionales manchegas, sólo tocadas ligeramente en la zona del concejo de Montiel: Hinojosos, Socuéllamos, Quintanar de la Orden y Vilamayor de Santiago.⁴⁰

El segundo camino de entrada que procedía de Francia se introdujo en Cataluña a partir de 1507 y primero se extendió por el Ampurdán, Gerona y la zona pirenaica del Ripollés. Más al sur, Barcelona perdió 4.500 personas. Desde allí la peste avanzó hacia las comarcas de Tarragona. Al año siguiente, la enfermedad entró en Valencia en 1508 y causó más de 300 muertos diarios; se dirigió posteriormente, en 1510, hacia las tierras mallorquinas, cuya capital sufriría pérdidas que no se recuperarían hasta 1573, cuando se inició un ciclo de claro proceso de ruralización de la isla, según los historiadores baleares.⁴¹

Aunque existen noticias de brotes aislados en 1511 (Málaga, Granada, Almería) y 1515 (Barcelona, Vic), la segunda oleada general de peste se produjo entre los años 1518 y 1523. A partir de ese primer año encontramos contagios de peste en Valladolid, donde el tribunal de la Chancillería se retiró por precaución; y también en el sur andaluz, donde la sufrieron Córdoba, Antequera, Cádiz, Coín antes de proyectarse por las tierras del Algarve portugués. Es posible que a través del comercio de cabotaje luso, que comerciaba la sal hacia el norte y el pescado en su regreso al sur, la peste podría haber tocado también en aquella ocasión el sur de Galicia. También hay noticias de peste, aunque más difusas, en la cornisa cantábrica en Santander y Durango. Por su parte, la fachada mediterránea la sufrió a partir de 1519. En Valencia, el fanatismo religioso llevó a acusar a dos sodomitas de ser los responsables del castigo divino sobre la ciudad, razón por la que fueron quemados públicamente.⁴² Siguiendo el curso fluvial del Ebro la enfermedad remontó hasta Zaragoza, de la que se ausentaron en la segunda mitad del mes de junio los oficiales reales y su justicia mayor. En diciembre comenzó la alarma en Barcelona. En enero, el nuevo monarca, Carlos I, que había ido a Cataluña a celebrar

cortes para ser jurado como rey de los catalanes, se retiró por precaución de la ciudad hasta la villa de Molins de Rey, donde recibió la noticia de su elección como emperador del Sacro Imperio Germánico.

No fueron en general brotes violentos en cuanto al número de víctimas si consideramos las cifras del contagio de 1506-1508, pero su gravedad quedó amplificadas en el contexto de crisis social y política que se vivió a partir de 1519 en Castilla y la Corona de Aragón con el estallido de las revueltas de comuneros y agermanados.

En Andalucía la peste volvió a estallar a partir de 1522, coincidiendo con un nuevo ciclo de carestías alimenticias. Desde Gibraltar la epidemia se extendió por la serranía de Ronda, Estepa, Antequera y desde allí al resto de Andalucía: Córdoba, Sevilla —donde el médico Francisco Franco aseguró que era el más grande contagio nunca visto en que murieron ochocientas personas diariamente en los momentos más duros—, Jerez de la Frontera, Málaga, Granada, Guadix o Almería la padecerían. La epidemia no quedó recluida en tierras andaluzas pero perdió intensidad al salir de ellas. Además de atravesar el Estrecho en dirección al norte de Marruecos, recorrió de nuevo el interior de la meseta y son perceptibles sus efectos por el Levante. En 1523 la peste rondó las poblaciones próximas a Valladolid, Ávila y Zamora. También en muchas poblaciones catalanas la salud no era buena, mientras que Zaragoza y más hacia el norte, la ribera tudelana, se veían afectadas por la enfermedad. Valencia registró de cincuenta a setenta muertos en un contagio que se prolongó de mayo a diciembre, mientras Mallorca también se vio contagiada.⁴³

Apenas hubo respiro. Un nuevo ciclo se abriría en los últimos tres años de la década al compás de una coyuntura que nuevamente estuvo marcada por la escasez. En Barcelona, de nuevo procedente de Marsella, la peste causó 6.250 muertos —una cuarta parte de su población—, cifra muy superior a la del contagio de 1507. En Valencia provocó del orden de 150 muertos diarios entre abril y mayo. Tampoco la Meseta quedó exenta. En el verano de 1527 la enfermedad obligó a Carlos I y a su corte a abandonar precipitadamente la ciudad con el recién nacido príncipe Felipe. Tal y como relatara Francesillo de Zúñiga en su crónica: «Su Majestad salió de dicho lugar porque en él morían de diversas enfermedades: los de la villa, de pestilencia y los cortesanos, de hambre», refiriéndose a las escaseces que se vivían por aquel entonces en la corte por motivo de las continuas guerras en que se veía embarcado el Emperador que tantos dineros desviaban para su sufragio.⁴⁴ La naturaleza del mal es más difícil de discernir en este caso pues algunos indicios apuntan a que pudo tratarse en realidad de una epidemia de viruelas. Así lo indica el arzobispo de Toledo al recordar cómo Carlos V tuvo que retirarse poco después de aquella ciudad porque «se yva dañando de viruelas y que de ellas peligravan muchos niños, y parecióle se devia mudar».⁴⁵

¿Qué han supuesto estos contagios del primer tercio del siglo XVI en España? Desde un punto de vista demográfico, en Castilla parece frenarse la tendencia alcista que la población castellana había mantenido en el siglo XV e incluso pudo haber habido un notable retroceso que pronto se vería compensado con los nacimientos de los siguientes años. En los territorios de la Corona de Aragón sólo hizo proseguir la grave caída de su población iniciada durante el final de la Edad Media. No obstante, fue éste el verdadero final de la crisis bajomedieval y el arranque de una nueva fase de crecimiento demográfico basada en parte en la creciente inmigración de origen francés que vino a cubrir el vacío humano generado.

Desde el punto de vista social, el período fue, sin duda, una fábrica de marginados. En todas las ciudades de la península se multiplicaron las ordenanzas en las que se prohibía la mendicidad y se perseveraba en la política de expulsión de los errantes, a los que en muchas ocasiones se les acusaba de ser los auténticos difusores de la peste. Las propias Cortes castellanas intervinieron una y otra vez en esta materia. En 1523 acordaron solicitar que a nadie se le permitiera limosnear fuera del pueblo de origen. En las de 1525, celebradas en Toledo, se prohibió la mendicidad sin previa licencia de los concejos; en las de Madrid de 1528 se reclamó que se recogiera a los pobres en hospitales de los que no deberían salir hasta estar bien curados por temor a que pudieran transmitir enfermedades. En las de Segovia de 1532, se fue más tajante aún al ordenarse que «de aquí en adelante todos los pobres que pudieran trabajar y anduvieran mendigando fuesen echados y castigados conforme las leyes de estos reinos». En todas estas ordenanzas se transpira un nuevo temor social hacia los pobres y la peste, que en la conciencia social ha quedado ya impregnada a ellos como una mácula imborrable.⁴⁶

A partir de 1530 los contagios epidémicos generalizados parecieron tomarse un respiro, lo que resultaría fundamental a la postre para que la población española pudiera recuperarse de los efectivos perdidos durante las tres primeras décadas de aquel siglo. Se abre aquí la tercera de las fases, en donde la peste pareció remitir como fenómeno endémico pero se hizo mucho más violenta en sus visitas posteriores al incidir sobre una población que por aquel entonces crecía numéricamente.

Hasta mediados de 1550 sólo existen noticias de brotes locales, de escasa entidad y asociados a las precarias condiciones higiénicas de los lugares en los que acontecen. Fueron los últimos años del reinado de Carlos I los que volvieron a estar presididos por el fantasma del hambre y de la peste. Los años 1555 y 1556 fueron de sequía, escasas cosechas y mucha especulación en Castilla. Como sentenciara el médico Francisco Franco, muchas veces venía «desto la pestilencia, de aver gran falta de mantemientos».⁴⁷

La peste —en este caso el tifus exantemático, al que sus contemporáneos llamaban fiebres pentequentiales, modorra o tabardillo— parece haber sido la gran protagonista en la Castilla de 1557: en ese año se declaró en Zamora, Salamanca, Segovia, Sevilla, Granada y en toda Extremadura. Estaba caracterizado por una fiebre violenta y delirante así como por unas pequeñas erupciones de color púrpura en la piel. Al parecer, su primera penetración en España se produjo durante la conquista de Granada por los Reyes Católicos (1480-1492). Era la enfermedad más relacionada con el estado alimenticio habitual de la población. El piojo del cuerpo humano actuaba normalmente como agente vector de los gérmenes patógenos; de ahí la importancia del nivel higiénico de los individuos. La enfermedad, cuyo período de incubación podía extenderse de catorce a veintiún días, solía aparecer en invierno, sobre todo en su parte final hasta bien avanzada la primavera. En este lapso de tiempo se conjuntaban los condicionamientos económicos e higiénicos: tras una mala cosecha y una época larga de alimentación deficitaria en el verano y el otoño, el hambre junto con el precio de los granos, el tifus podía alcanzar toques máximos durante la estación invernal, al tiempo que el frío desanimaba al baño y al cambio de ropa. Esta enfermedad ocuparía un papel cada vez más importante en los contagios que padecería el interior de la Península en las décadas siguientes, lo que sin duda llevó a que aparecieran con rapidez los primeros tratados médicos que intentaban su descripción, como fue el caso de los redactados por los doctores Alonso López de Corella, Luis de Toro, Luis de Mercado o Juan de Carmona. Muchos de estos tratados que describen el tifus se redactan a partir de 1574, justo cuando la dispersión de los moriscos granadinos, que se habían sublevado en las Alpujarras unos años antes, había provocado una nueva epidemia.⁴⁸ En los siglos siguientes habría brotes epidémicos de tifus de cierta gravedad en 1606, 1631, 1710, 1735 y 1804.

Pero fue la peste la que continuó en su posición de destacada protagonista en la segunda mitad del siglo XVI. En la fachada mediterránea volvió a aparecer con fuerza en 1558 y 1559 —Barcelona y Valencia fueron las ciudades más castigadas— y en 1563-1568. Su paso por Zaragoza motivó que el médico sardo Tomás Porcell realizara varias autopsias en apestados en el Hospital de Zaragoza que sirvieron de base para su célebre tratado de peste que publicaría en esa misma ciudad en 1565. De allí se extendió hacia Logroño y Navarra y entre 1564 y 1568, en Álava sobre todo, pero también, más al norte, Bilbao y Valmaseda conocerían sus efectos desastrosos. Burgos y otras regiones del norte de Castilla la Vieja y la Rioja fueron duramente castigadas en 1565, y más aún en 1566. Algunas poblaciones rurales castellanas llegaron a perder la mitad de sus habitantes en aquellos años. La peste siguió extendiéndose en los años siguientes por Sevilla, Galicia y Lisboa.⁴⁹ Sería su última aparición generalizada antes de que concluyera el siglo. De hecho, sólo reaparecería con cierta intensidad en los años 1588-1590 en Cataluña. En Barcelona causó el mayor número de muertos de aquel siglo:

11.721. En total, la capital catalana había sufrido trece episodios pestíferos entre 1457 y 1590.

Fue el preludio de las últimas tres visitas que la peste hizo antes de desaparecer de la vida española a finales del siglo XVII, aunque ya muy distanciados entre sí: los de 1596-1602, 1647-1654 y 1676-1685. Para Castilla el más grave fue el primero, que inició su lento pero inexorable declive. Hacia 1598 el escritor Mateo Alemán, quien unos años antes en calidad de contador de la Real Hacienda e inspector de minas de Felipe II había recorrido amplias regiones del sur de la Meseta y Andalucía, ponía en boca de uno de sus personajes más célebres, el pícaro Guzmán de Alfarache, una frase que se haría célebre: «Librete Dios de la enfermedad que baja de Castilla y del hambre que sube de Andalucía».⁵⁰

Efectivamente, corrían malos tiempos para los españoles al declinar el siglo XVI. La población, que no había dejado de crecer durante los reinados de Carlos V y Felipe II, empezó a notar entonces síntomas de cansancio. Eran demasiados años de guerra, de búsqueda de fortuna en América como para que Castilla pudiera mantener por más tiempo el empuje demográfico que le había permitido superar el número de seis millones de súbditos. Solamente Cataluña sostenía el paso firme gracias al buen comportamiento de la natalidad y a la riada de franceses que desde el sur de su país emigraban buscando mejores oportunidades de vida en el Principado. En gran parte de los territorios de la península Ibérica aquel siglo se cerró con una sucesión de adversidades climatológicas y agrarias que mostraron las carencias de la agricultura para seguir manteniendo una población en constante crecimiento, fenómeno, por otra parte, generalizable al resto de regiones mediterráneas. Andalucía, al menos desde la década de 1560, dejó de ser autosuficiente y pasó a depender de forma crónica de la importación de cereales extranjeros. Las importaciones masivas del norte de Europa, iniciadas en España en 1583, cobraron una frenética intensidad a partir de 1593, cuando la escasez se dejó notar en toda Castilla con una importante elevación de los precios de los cereales.

Los viajes cada vez más frecuentes de los navíos hanseáticos, ingleses u holandeses, tanto a los puertos del norte de la península Ibérica como a las costas portuguesas, andaluzas, italianas y las del norte de Marruecos, sin duda también alimentaron las probabilidades de transmisión de la peste entre el Mediterráneo y los mares del Norte y facilitaron su andadura atlántica. La enfermedad se instaló de forma prácticamente endémica durante esos años en las regiones ribereñas de los mares septentrionales europeos. En 1597 la peste se extendía por las costas francesas de Normandía, Bretaña y Nantes. La península Ibérica dejó entonces de depender, temporalmente, del avituallamiento procedente del Mediterráneo, en concreto de Nápoles y de Sicilia, cuyas

tierras se vieron entonces aquejadas por idénticos problemas de escasez. Es en este sentido en el que debemos entender la sentencia de Guzmán de Alfarache: el hambre, desde comienzos de la década, provenía del sur, esto es, del Mediterráneo. Los socorros que hacia allí acudían, al regresar a sus puertos de origen, ayudaban a difundir la enfermedad en el norte y en el noroeste de Europa. De esta región procedería, de forma inusual, la violenta agresión epidémica de la segunda mitad del decenio: la peste de fin de siglo bajó de Castilla, a donde había llegado desde los mares del Norte.⁵¹

Desde su entrada en Santander en 1596, en un barco que había salido del puerto de Dunkerke, el famoso *Rodamundo*, la peste ganó lentamente las ciudades y pueblos de la España septentrional. A comienzos de 1597 llegó a Galicia después de atravesar Asturias, la cual perdió entre el veinte y el treinta por ciento de su población. En agosto del mismo año estaba en Lisboa. A partir del año siguiente, la epidemia siguió la vía terrestre en dirección a Palencia, Valladolid, Madrid, Toledo, e incluso alcanzó Murcia. Las ciudades andaluzas fueron asaltadas en 1599, probablemente como consecuencia del tráfico marítimo con el norte de Europa más que por los caminos terrestres que atravesaban la Península de norte a sur. Por el este, desde Navarra pareció alcanzar Zaragoza, para perder fuerza en dirección a Valencia. En 1602 la peste empezó a retroceder. Para entonces ya había devastado las zonas más densas y vitales de Castilla, de cuyo golpe ya no se repondría en lo que quedó de siglo.

Si la gran peste de 1596-1602 asoló al mundo atlántico, la epidemia de 1647-1654 fue, en cambio, una tragedia mediterránea (la llamada peste milanesa de 1629-1631 no parece haber afectado más que puntualmente a algunos pueblos del norte de Cataluña). Las medidas de vigilancia sanitarias ordenadas por la Corona parecieron en esa ocasión haber tenido mejor suerte y prevendrían su progresión hacia el interior de la Meseta.⁵² Valencia fue probablemente la puerta de entrada de la enfermedad, importada desde Argel. Ya desde un principio se reveló con una excepcional virulencia y, en pocos meses, provocó 16.789 víctimas en la ciudad, más de un cuarto de su población. En términos generales, ésta fue la proporción que se registró sobre todas las tierras afectadas por la enfermedad, con ligeras variaciones en más o en menos. Aunque en el conjunto del reino de Valencia los 46.800 fallecidos censados representan un porcentaje menor, las brechas que abrió la epidemia en la población de algunas ciudades o pueblos fueron enormes.

Desde aquí, la peste avanzó por dos sendas. Hacia el sur afectaría a la ciudad de Alicante desde donde se bifurcaría tanto hacia el interior (Orihuela, Murcia y Lorca en 1648) como por la costa (Málaga, Gibraltar, Cádiz y Huelva, atacadas un año después). Sevilla, la ciudad más poblada de toda España por aquel entonces, perdería más de 60.000 habitantes, el 40 por ciento de su población. Por el norte, el contagio progresó

entre 1648 y 1654 por Aragón y Cataluña, en esta última al calor de la guerra que sus naturales sostenían contra la monarquía de Felipe IV. En 1649 llegó a Alcañiz, pero no atravesó el Ebro hasta el año siguiente. Se dice que en Cataluña la peste se introdujo por medio del botín en efectos y ropas que unos soldados catalanes al servicio de don José de Árdena llevaron de su incursión en el reino de Valencia a Tortosa, en enero de 1650. Poco después, y siguiendo posiblemente un viaje marítimo por la costa, la peste estalló en abril en Gerona, cuando murió un enfermero del hospital de Santa Catalina que debió de comprar unas ropas infectadas a un soldado procedente de Tortosa. No menos del veinte por ciento de su población moriría entre julio y noviembre. Un poco más tarde, de nuevo le tocó el turno a Barcelona, que entre 1651 y 1652 perdió entre 20.000 y 30.000 personas. Desde Cataluña la peste saltaría a tierras aragonesas: Zaragoza se vería afectada en 1652 (con 7.000 defunciones) y luego, Huesca y Jaca, ya en pleno Pirineo. También en aquel mismo año, la peste llegaría a Mallorca y desde allí realizaría el salto hacia las tierras italianas, donde se ensañaría en las regiones de Cerdeña y Nápoles.⁵³ Posiblemente los hombres y mujeres, a quienes les tocó vivir la violencia de aquel contagio, debieron de pensar que estaban muy cerca del final del mundo.

Pero aún le quedaría a la sociedad española del Barroco una tercera y última gran prueba. Bajo el reinado de Carlos II, entre 1676 y 1684, se sitúa la tercera gran epidemia de peste de aquel siglo. Aunque su incidencia, que quedó limitada geográficamente a las tierras meridionales, no parece haber sido tan violenta como la anterior —sí lo fue en su duración— es muy probable que se cobrara alrededor de 250.000 víctimas. Se inició en Cartagena durante el año 1676 y desde allí se extendió por el interior hasta Elche y Murcia. En esta última murieron unas 1.010 personas, lo que sin duda era mucho para una ciudad que en aquellos momentos contaba con apenas 20.000 habitantes. La peste también penetró en los conventos y monasterios: cinco muertos en la casa del cabildo de Santa Eulalia; cuatro en la casa del obispo; otros cuatro en la del sacerdote de San Antolín; tres, entre las religiosas mercedarias y cinco en la Compañía de Jesús. Son cifras significativas, pues demuestran que la gente bien alimentada tampoco escapó del mortífero contagio. Sin embargo, no hay duda de que los pobres fueron los que pagaron el mayor tributo; las parroquias más castigadas fueron las de Santa María (donde vivía la mayor parte de los pobres) y las de San Andrés y San Pedro, donde murieron muchos aprendices. El obispo Francisco de Rojas y Borja fue prudente al ponerse a salvo en un palacio de la huerta y su mal ejemplo influyó en una parte del clero secular. Pero también hubo ejemplos que salvaron el honor del cabildo. El canónigo Diego Reinoso se entregó al cuidado de los enfermos y los religiosos de la orden de San Juan de Dios aseguraron celosamente la gestión del hospital. Los miembros del concejo municipal también hicieron frente a la peste con valentía. Mientras tanto, por la costa, la peste afectó también al reino de Granada y a Málaga —posiblemente contagiada de forma directa por alguna embarcación llegada desde Orán— y desde allí se dirigió hacia el

interior por Antequera y el sur de Córdoba.⁵⁴ Aunque Castilla se libró, no quedó exenta de sufrir en 1683-1684 una fuerte epidemia de tifus.

Si sumamos los muertos de la peste atlántica de 1596-1602 a los de la peste mediterránea de 1648-1654 y los de la andaluza de 1676-1685, es posible que todavía en el siglo XVII murieran en España más de un millón de habitantes. Cabe recordar que entonces la población española no llegaba a los siete millones.

El ocaso de la peste

Sin duda, la peste fue la enfermedad epidémica imperante desde el siglo XIV hasta las últimas décadas del XVII en España. Entonces empezó a remitir su fuerza. Prácticamente quedó erradicada de la Europa occidental en 1720-1721, cuando terminó la última gran epidemia de Marsella, que no afectó a las tierras peninsulares más allá de las disposiciones obligadas de vigilancia y prevención que se ubicaron en las zonas fronterizas y en los puertos del Levante español.⁵⁵ A pesar de los reveses importantes que ocasionó en sus últimas visitas de 1596-1602 y 1648-1654, fue perdiendo incidencia en el crecimiento general de la población española. La pregunta que sigue desconcertando a los historiadores es por qué.

El misterio que rodea el final de la peste en Europa, y dentro de ésta en España, ha desafiado los esfuerzos conjuntos de historiadores, epidemiólogos y demógrafos. En tiempos se creyó que la razón era la sustitución, producida a principios del siglo XVIII, de la rata negra por la rata gris, de costumbres ecológicas esta última menos adaptadas a la convivencia entre los seres humanos que su antecesora.⁵⁶ Pero en la actualidad son pocos quienes aceptan esta tesis como la explicación más convincente.

La opinión común sobre la desaparición de la peste suele tomar dos direcciones. Algunos insisten en que sencillamente las medidas adoptadas en materia de cuarentenas por los gobiernos municipales y los estados terminaron surtiendo efecto. Como las ratas (y las pulgas que iban a lomo) se trasladaban con la gente, las primeras medidas de sanidad pública que prohibieron los desplazamientos contribuyeron de forma decisiva a erradicar la peste de Europa. Esa explicación no deja en claro que los estados y las ciudades impusieran las cuarentenas rigurosamente. Buena parte de los datos que conocemos demuestran más bien lo contrario. Además, el sistema complejo de disposiciones de sanidad pública que se fue construyendo en la lucha contra la peste desde el Renacimiento en Europa (que incluía las rígidas normas sobre la cuarentena de mercancías o personas, o la creación de hospitales especiales o lazaretos) no tuvieron por lo general un carácter permanente y en la mayoría de los casos no pasaron de ser políticas adoptadas coyunturalmente ante los avisos de la amenaza de una epidemia

que se iba propagando y que, una vez salvada la misma, esas normas tendían a quedar sin efecto. En un tiempo en que se desconocían las unidades policiales eficaces, quizá no sea muy probable que las cuarentenas por sí solas pudieran dar lugar a semejante cambio. Además, este razonamiento se basa en la idea de que la peste fue siempre *importada* a Europa, donde no existía ningún foco de infección. El hecho de que la peste, tal y como hemos visto, fuera reapareciendo en España —a veces con criterio geográfico amplio, otras de manera mucho más local, como en diversos lugares de Europa— hace pensar que también aquí se habían desarrollado, al igual que en las zonas del Próximo Oriente, reservorios biológicos de peste bubónica y de peste neumónica, al menos desde el siglo xv, cuando las epidemias se hicieron más reiteradas, casi endémicas.

Otros historiadores han señalado que los cambios de las rutas de comercio euroasiáticas, con el declinar de la economía mediterránea frente a la atlántica en el tránsito de los siglos xvi al xvii, trastocaron el desplazamiento de la enfermedad de Oriente a Occidente. El control del comercio con el Extremo Oriente por holandeses e ingleses y la elección de una ruta más económica que a través de la navegación por el Índico doblaba el cabo de Buena Esperanza para traer aquellos artículos que antes se comercializaban por la tradicional ruta terrestre de la seda, para así salvar el dominio otomano del Mediterráneo Oriental, hicieron disminuir las probabilidades de contagio. El comercio en el Mediterráneo perdió intensidad a la vez que la ruta africana, con su distancia, incrementaba las posibilidades de que la enfermedad se agotase por el camino.

Otra posible explicación es que los cambios climáticos en el siglo xvii —los climatólogos hablan de una pequeña «miniglaciación» en que las temperaturas medias fueron inferiores a lo habitual— hubieran influido negativamente en los agentes transmisores de la enfermedad, desde el propio bacilo hasta las pulgas, protagonistas de la difusión de la misma. En algunas ciudades del norte de Europa las nuevas formas de vivienda y salubridad también podrían haber influido, aunque es difícil documentar cuáles fueron y si se impusieron o no. En el caso español no parecen apreciarse mejoras aparentes en este terreno por los menos hasta varios siglos después.

También es posible que el bacilo transmisor de la peste se transformara en una cepa menos virulenta —como se sabe que lo hacen otros microparásitos en una población biológicamente «aclimatada», progresivamente más inmunizada—, aunque es preciso recordar que cuando la enfermedad reapareció causó tantas o más víctimas que en períodos anteriores. Incluso hay epidemiólogos que han resaltado cómo el declinar de la peste coincide con el ascenso de la tisis o tuberculosis en la Europa occidental e insinúan la posible transformación de una en otra.⁵⁷ Es probable que no haya un factor

por separado que ayude a explicar suficientemente el retroceso de la peste y que sea el conjunto de varios factores el que lo posibilite.

Es cierto que a nivel mundial un nuevo ciclo de la peste comenzó hacia mediados del siglo XVIII en Asia central, desde donde se extendió a la China, la India y otros territorios vecinos; llegó también al Mediterráneo oriental, zona en la que Egipto fue su principal foco hasta 1845. De hecho, una circular del gobierno español del 25 de agosto de 1817 denunciaba que la enfermedad estaba «en Argel, Bona y otros pueblos del África». Un año más tarde, el 26 de julio de 1818, avisaba de los violentos progresos de la «peste de levante» que ya se había extendido «desde las cercanías de Túnez hasta más allá de la frontera de Marruecos». Durante aquel verano alcanzó a Tánger, Tetúan y Fez. Se ordenó entonces que los barcos sospechosos se dirigieran al recién construido lazareto de Mahón, que alternaría con el de Cádiz. A pesar de estas medidas, la peste llegó en 1820 a Mallorca, que se vio afectada durante tres meses con una elevada letalidad en algunas de sus poblaciones. En total pudo causar unas 12.000 defunciones en toda la isla. Aquel aviso estimuló los planes de prevención sanitaria reemprendidos por los liberales del Trienio y que se llevaron a cabo en 1822. Se trata del famoso proyecto de código sanitario, quizás el primer código europeo en la materia, que finalmente fue rechazado por las Cortes tanto por los desacuerdos entre los médicos redactores de la comisión entre partidarios y contrarios del uso de las cuarentenas como por problemas administrativos, jurídicos y financieros.⁵⁸

La peste volvería a recrudecerse como enfermedad mundial a finales del siglo XIX. Es en ese nuevo ciclo donde hay que situar el contagio padecido en la región de Yunnan, en el sudeste asiático, a partir de 1885. Una revuelta protagonizada por mahometanos favoreció considerables trasiegos de población por toda esta área. El envío de tropas chinas para sofocar la protesta extendió a su regreso la enfermedad por China. En 1894 la epidemia afectaba muy duramente a Cantón, Hong Kong y Annoy. Dos años más tarde, se extendía a Bombay, en la India. Sólo en la primera se cifró en 100.000 el número de víctimas, magnitud que seguramente se vio favorecida por la política de las autoridades al tratar de ocultarla.⁵⁹

El médico suizo, Alexandre Yersin, fue enviado entonces a Yunnan para estudiar la epidemia y tratar de descubrir el agente causal. Había nacido en 1863 en Morges, junto al lago Lemán, no lejos de Ginebra. Era el hijo póstumo de Alexandre Yersin, un maestro de escuela y de Fanny Monshell. Desde su infancia se sintió atraído por las ciencias naturales. Bajo la influencia de dos amigos de su padre, los doctores Jaïn y Morax, comenzó sus estudios de medicina en la Academia de Lausana en 1883 y los continuó más tarde en la Universidad alemana de Marburgo, bajo la protección del profesor Wigand, catedrático de Botánica y amigo de la familia. En 1885 decidió

proseguir sus estudios en París, en pleno ambiente de la Exposición Universal y de la construcción de la Torre Eiffel. Se integró en el Hôtel-Dieu, donde colaboró con el doctor Pierre Roux y dio un curso de la incipiente Bacteriología con el profesor Víctor Cornill.

Junto a Roux practicó autopsias en sujetos muertos por rabia, enfermedad por aquel entonces muy frecuente, y que al parecer el mismo Yersin pudo llegar a contraer accidentalmente. Aquella circunstancia motivó que Roux le llevara ante Louis Pasteur y se lo presentara. Recibió el suero antirrábico y pronto se hizo célebre entre el grupo de médicos y colaboradores de Pasteur. Poco después, Roux lo envió a Berlín para que hiciera un curso con Robert Koch, Petri y Frankel sobre técnica microbiológica, que posteriormente montó en el propio Instituto Pasteur. Junto a Roux descubrió entre 1888 y 1890 el bacilo de Klebs y Löffler en los enfermos de difteria, así como la toxina diftérica, de tan grave impacto especialmente entre la población infantil.

Pero Yersin amaba los espacios abiertos y quería ver mundo. En 1890 se desplazó al sudeste asiático, donde pasó los siguientes años de su vida. En enero de 1893 tuvo noticia de la existencia de la peste bubónica que asolaba las regiones del sur de China. A su llegada observó numerosas ratas muertas por las calles y cadáveres humanos abandonados. Los médicos ingleses de la ciudad lo recibieron con recelo. Antes de que Yersin llegara a Hong Kong, el médico japonés Kitasato, enviado por el cónsul de Japón y apoyado por los ingleses, ya estaba estudiando la epidemia con su equipo de colaboradores. Yersin fue presentado a Kitasato mientras éste practicaba una autopsia en un apestado. Observó cómo el médico japonés tomaba sangre del corazón, la estudiaba en un microscopio y diagnosticaba que aquel sujeto había muerto de fiebre tifoidea y no de peste.

Yersin fue invitado a observar las preparaciones y comprobó que los bacilos que se veían en ellas eran más pequeños que los de la fiebre tifoidea. Además se percató que nadie reparaba en estudiar el bubón que presentaba el cadáver. Los japoneses reclamaron el monopolio de las autopsias. En medio de grandes dificultades para realizar las investigaciones —tuvo que montar su pequeño laboratorio en medio de los pasillos del hospital y por su cuenta acudir a los cementerios para tomar muestras de los cadáveres—, pudo advertir que aquellos bubones eran un caldo de cultivo perfecto en el que identificó finalmente el agente causal de la peste: la *Pasteurella Pestis*.⁶⁰

Pero desde la capital china la nueva era de la navegación a vapor trasladó el contagio a diversos puertos de todos los continentes: Suez en 1899, Madagascar y Maurice en 1898, Alejandría, Japón, el este africano y Oporto en 1899, Manila, Sidney, Glasgow, San Francisco en 1900, Honolulu en 1908, Java en 1911, Ceilán en 1914, Marsella y la

mayoría de los puertos europeos entre 1900 y 1920. En España hubo pocos casos. En 1905 se produjeron algunos contagios en el barrio de Hostafranchs, en Barcelona.⁶¹ Este nuevo desembarco de la peste en la mayoría de los puertos del mundo influyó decisivamente en la coordinación de las medidas de prevención a escala planetaria. En 1897, en una conferencia internacional que se celebró en Venecia, fueron decretadas las medidas de protección contra la enfermedad que debían ser seguidas por todos los países.⁶²

En América no hubo durante el período colonial enfermos con bubones o landres, ni epidemias que se declararan por la presencia de ratas y animales domésticos muertos, signos característicos de la peste con los que estaban bien familiarizados los médicos españoles de aquel período. Sin embargo, el Nuevo Mundo tampoco se libró de su presencia durante aquella tercera pandemia iniciada en el sureste asiático. En 1898 fueron diagnosticados los primeros casos en San Francisco procedentes de China, adonde llegaban numerosos inmigrantes asiáticos empleados en las obras de construcción de los ferrocarriles estadounidenses. En América Central la peste bubónica fue introducida algunos años antes, en concreto en 1892. El hecho ocurrió en Mazatlán, México, con el arribo del barco *Curaçao* procedente de China el 13 de octubre de ese año. Sin embargo, la primera víctima fue identificada bien pronto y confirmada la contaminación del barco y la muerte de las ratas, con lo que se consiguió que no se extendiera el contagio. En América del Sur la peste entró en 1899 procedente de la India en un cargamento de sacos de arroz que embarcó en Rotterdam en el velero *Zeler* con destino a Paraguay. En su escala en Las Palmas de Gran Canaria al abrir las bodegas se encontraron muchas ratas muertas y poco tiempo después murió un marinero. El *Zeler* transbordó la carga de arroz en Montevideo al *Centauro*, que se dirigía a la capital paraguaya. El barco partió el 19 de abril de 1899 e hizo escala en Buenos Aires, Rosario, Paraná, Corrientes y Villeta. La peste bubónica se declaró en Asunción en diciembre de 1899. En Paraguay murieron de peste en aquella epidemia 114 personas.⁶³

Durante el período de entreguerras del siglo XX murieron unos dos millones de apestados en la India. En las décadas centrales del siglo pasado la peste se consideraba un problema residual, que afectaba a un número limitado de países. Por ejemplo, en el año 1979 se declararon unos seiscientos casos, repartidos entre Vietnam, Kenia, Madagascar, Estados Unidos y Bolivia. Pero es preciso insistir en que se trata aún hoy de una enfermedad no del todo erradicada. Baste mencionar que en 1995 se declaró un grave brote en la India.⁶⁴

Capítulo 2. LAS EPIDEMIAS Y EL NUEVO MUNDO

El sevillano Bartolomé de las Casas llegó a la isla americana de la Española —que hoy comparten Haití y la República Dominicana— en 1502. Lo hizo como doctrinero, acompañando a don Nicolás de Ovando que había sido nombrado gobernador de la isla. Poco más tarde pasó a Cuba como colono y allí terminaría ordenándose sacerdote, aunque por entonces continuó viviendo de lo que producían los indígenas que empleaba como esclavos.

Fue en 1514, o sea, a los treinta años de su vida y doce de su llegada al Nuevo Mundo, cuando el padre Las Casas comenzó a reaccionar contra los abusos cometidos por los españoles en perjuicio de los indígenas. Puede que su resolución fuera el resultado de una iluminación súbita, motivada por una meditación profunda del entonces clérigo colono sobre algunos versículos del Antiguo Testamento que condenaban la explotación de los pobres por los poderosos. Pero cabe pensar, más bien, que su «conversión» fue un acto madurado con el tiempo, al compás de una progresiva toma de conciencia de las iniquidades del sistema colonial, posiblemente favorecido a la larga por las amonestaciones que había escuchado en Sevilla del célebre fray Antonio de Montesinos y de otros dominicos que habían estado en la isla, cuando denunciaban en sus sermones la cruel e injusta servidumbre impuesta a los indígenas por los colonos de la Española.

En torno a 1516-1517, Las Casas emprendió una campaña en la corte de España y cerca del cardenal Cisneros para denunciar los abusos de los colonos españoles y concretamente los de la institución conocida como la encomienda, que era una forma disfrazada de servidumbre y esclavitud indígena bajo la capa de un aparente paternalismo religioso. Después de realizar una tentativa frustrada de colonización pacífica en la costa portorriqueña de Cumaná (1520-1522), Las Casas se hizo dominico y pasó los siguientes diez años estudiando y reflexionando hasta que en 1531 volvió a la vida pública para combatir, ya a partir de entonces sin descanso, las atrocidades de las que eran víctimas los aborígenes por parte de conquistadores y encomenderos.

Hacia 1540, Bartolomé de las Casas, que había vuelto a instalarse en España, gozaba ya de un prestigio considerable en la corte de Carlos V. Pronto comenzaría a escribir su obra más famosa, la *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, que publicaría en 1552, y que poco más tarde se convertiría en uno de los textos más tristemente célebres de la llamada «leyenda negra» española. La obra circuló manuscrita unos diez años antes de su primera edición impresa, al menos desde que a Las Casas se le nombrara obispo de Chiapas. En ella, basándose en el enorme descenso de la población indígena tras la conquista española, se sostenía que su desaparición se debía fundamentalmente a

la crueldad de los españoles. Pero además del conjunto de abusos denunciados, y esto es lo que nos interesa aquí, el dominico apuntaba la fragilidad corporal de los indígenas ante las infecciones como una de las causas más importantes de su rápida desaparición. En concreto, decía que eran gentes «delicadas, flacas y tiernas en complision e que menos pueden sufrir trabajos y que más fácilmente mueren de cualquier enfermedad...». Consideraba que la isla de la Española había contado «sobre tres cuentos (millones) de animas» —cifra sin duda exagerada—, de la que entonces solo quedaban de entre los naturales doscientas. Lo mismo había acontecido en las islas de Cuba, San Juan (Puerto Rico), Jamaica y en la «la isla de los Lucayos...e otras islas grandes e chicas...en las cuales había mas de quinientas mil animas, de las que no hay hoy una sola criatura», lo que significaba una hecatombe demográfica en toda regla.¹

El padre Las Casas había sido testigo presencial de la catástrofe demográfica de las Antillas desde 1502. Su testimonio muestra claramente la incidencia negativa que tuvieron las enfermedades en la desaparición de los indígenas de la isla de la Española o Santo Domingo y cómo, paulatinamente, fueron menguando en el resto de las Antillas al ser transferidos a la isla de Santo Domingo, donde se contaminaron de las enfermedades nuevas que habían sido introducidas por los españoles, tras el descubrimiento:

Viendo los indios cada día crecer sus no pensadas otras calamidades [...] vino sobre ellos tanta de enfermedad, muerte y miseria de que murieron infelizmente de padres y madres e hijos, infinitos. Por manera que con las matanzas de las guerras y por las hambres y enfermedades que procedieron por causa de aquellas, y de las fatigas y opresiones que después sucedieron y miserias y sobre todo mucho dolor intrínseco, angustia y tristeza, no quedaron de las multitudes que en esta isla (Santo Domingo) de gentes había desde el año de 94 [1494] hasta de 06 [1506], según se creía la tercera parte de todas ellas...²

El testimonio del padre Las Casas no fue el único. Hacia mediados del siglo XVI fue cada vez más frecuente que los historiadores y cronistas españoles que habían viajado a las Indias comenzaran a reparar en la brutalidad de las diversas epidemias que devastaban al mundo indígena. Importante resulta, en este sentido, el testimonio de fray Toribio de Benavente, uno de los doce primeros «apóstoles» franciscanos llegados a México en 1524. El descubrimiento de los indígenas le entusiasmó tanto que, haciendo honor a su orden, decidió adoptar nada más llegar el nombre de Motolinía, que en lengua náhuatl significaba *humilde*. En 1531 fue uno de los fundadores de Puebla, bautizó a unos 100.000 indígenas y destacó hasta su muerte, en 1569, por ser un defensor a ultranza de la benevolencia y de la naturaleza humana de los indígenas mexicanos, realidad que tan arduas discusiones planteó durante la primera mitad del siglo XVI entre colonos, teólogos y la propia Corona, que actuaba como árbitro en la disputa.³ Con esta convicción, denunció el esclavismo de los naturales de Guatemala. En una carta que el franciscano dirigió al emperador Carlos V, fechada en Tlaxcala (México) el 2 de enero

de 1555, Motolinía nos deja constancia de la enorme incidencia que las enfermedades epidémicas han tenido en las regiones de América en los años centrales del siglo XVI. Decía que de los tres o cuatro cientos (millones) de indígenas que había en México, Guacamalco, Panuco, Xalisco, Chiapas, Guatemala, Honduras, Yucatán, Nicaragua y Tierra Firme a principios de la conquista, no quedaban entonces, según sus cálculos, doscientos mil y explicaba por qué:

[...] sepa V. M. por cierto, que los indios de esta nueva España están bien tratados, i tienen menos pecho i tributo que los Labradores de la vieja España, cada uno a su manera; digo casi todos los Indios, porque algunos pocos pueblos hay que su tasación se hizo antes de la gran pestilencia —posiblemente de tifus—, que no están modificados sus tributos...de diez años a esta parte [1545 a 1555] falta mucha gente destos naturales, i esto no lo han cabsados malos tratamientos, porque ha muchos años que los Indios son bien tratados, mirados y defendidos, mas halo cabsado mui grandes enfermedades i pestilencia que en esta nueva España ha avido, i cada día se van mucho apocando estos naturales.⁴

La aparente facilidad con la que se produjo la conquista española de las tierras americanas, después de los primeros viajes de exploración realizados por Cristóbal Colón y los que le siguieron, ha suscitado no poco asombro entre los historiadores, sobre todo si se tiene presente el enorme desequilibrio numérico inicial entre conquistadores e indígenas. Como ocurre a menudo con los procesos históricos complejos, la explicación no es unívoca y atiende a múltiples factores.

Sin duda, tuvieron importancia las tecnologías del Viejo Mundo. Las armas de acero, la pólvora, los arcabuces y cañones eran devastadores para los que seguían defendiendo sus tierras básicamente con útiles, muchos de ellos todavía líticos. El uso efectivo de caballos de guerra bien entrenados confería a los europeos una gran movilidad, un mayor dominio visual del terreno y un gran poder ante unos indígenas como los de la América Central que nunca antes los habían visto. También los españoles utilizaban feroces perros de presa que provocaban terror y causaban estragos entre la población americana.

No cabe duda de que, en este sentido, los españoles llevaban ventaja, pero este argumento no es del todo determinante. Los indígenas acabaron finalmente acostumbrándose al estallido de las armas de fuego, que en un principio asimilaban a truenos. Por otra parte, se tardaba bastante tiempo en cargar los arcabuces. A la larga, la desproporción numérica debería de haber sido favorable a los aborígenes, como lo notaría el ilustrado gaditano José de Cadalso en el siglo XVIII:

El hombre que tenga mejores armas, si se halla contra ciento que no tengan más que palos, matará a cinco o seis o cincuenta o setenta; pero alguno le ha de matar, aunque no se valga más que del cansancio que ha de causar el manejo de las armas, el calor, el polvo y las vueltas que pueden dar por todos lados la cuadrilla de sus enemigos.⁵

Efectivamente, los españoles sintieron miedo ante aquellas masas humanas de enemigos esforzados. Lo confiesa Pedro Pizarro cuando dice que en Cajamarca, mientras estaban aguardando a los miles de guerreros del Inca Atahualpa, «muchos españoles... se orinaban de puro temor».⁶

Además, para la mayoría de los aborígenes era incomprensible la forma en que los extranjeros dirigían las operaciones bélicas. Para compensar su inferioridad numérica inicial, los europeos trataron de obtener, desde el principio, el máximo efecto por medio de la muerte y la devastación. En un lugar donde el objetivo de la guerra era la captura de las víctimas para sacrificar a los dioses nativos, como ocurría entre los aztecas, o la de hacer prisioneros para las ceremonias de canibalismo ritual, como entre los tupí del Brasil, los europeos no hacían prisioneros y se limitaban a exterminar a sus enemigos del Nuevo Mundo. El desequilibrio numérico se subsanó también, paulatinamente, gracias a una sabia utilización de las alianzas. La habilidad para capturar y administrar por medio de gobernantes-títeres resultó eficaz en las regiones con estados muy desarrollados. Fue así en parte cómo, en menos de veinte años, dos imperios inmensos —el azteca y el inca— se vinieron abajo a manos de unos aventureros cuyo número nunca sobrepasó los mil hombres.

Junto a la violencia y la crueldad como factores dominantes también se ha aducido como causas de la disminución de la población amerindia los sistemas de trabajo obligatorio impuesto a los indígenas al servicio de los conquistadores, el desgane vital de las poblaciones ante la destrucción de sus formas cotidianas de existencia, la introducción de nuevos cultivos y la ganadería tradicional hispana frente a la agricultura precolombina. Pero el factor más importante de la conquista española y de la que otros países europeos harían posteriormente del Nuevo Mundo, a menudo subestimada, fue, sin duda, la enfermedad. Los cronistas ofrecen claro testimonio de la primacía de las epidemias como la mayor causa de la despoblación. López de Velasco atribuía esa declinación a la guerra, la opresión y las «enfermedades nunca vistas en aquellas partes como fueron las viruelas que les pegaron los españoles».⁷ López de Gómara enfatizaba igualmente la matanza «no a fierro sino de dolencia».⁸ Con toda probabilidad, la mortandad asociada a la guerra de conquista fue claramente un factor secundario, excepto en algunos casos aislados tales como la devastación de Chocula o la destrucción de Tenochtitlán en México. Los indígenas fueron diezmados por gérmenes mortales —a veces meses, incluso años— antes de que se encontraran frente a frente con los extranjeros. Posiblemente, se debe a aquellos gérmenes el noventa por ciento de la mortalidad de los indios americanos.

El problema de saber cuántos fueron los que murieron por la acción combinada de todos estos factores ha sido uno de los temas más polémicos de las últimas décadas.

Dada la carencia de cifras fiscales antes de la llegada de los españoles, durante el siglo xx diversos historiadores han examinado con acalorado debate el tema de la magnitud de la población aborígen en el momento en que entró en contacto con los primeros europeos. El cálculo varía mucho con cada investigador. Rivet calculaba en 1926 que la población americana en 1492 había sido entre 40 y 50 millones y habría descendido a 15,5 millones a principios del siglo xvii. Spinder aceptaba, dos años después, una población de entre 40 y 45 millones en 1492, pero a la vez, basado en datos arqueológicos, consideraba que tres siglos antes la población americana había sido muy superior y la estimaba entre 50 y 75 millones. Kroeber, en 1934, sostenía que en el año del descubrimiento sólo había 8,4 millones de indígenas en el continente americano. Rosenblat concluyó en 1954, partiendo de los datos bibliográficos conocidos, que la población de América era de 13.385.000 habitantes; esta cifra se habría reducido para 1570 hasta 11.229.610; hacia 1650 quedaban 12.411.000 y en 1825, poco después de la independencia de las colonias españolas, la población de América se habría recuperado hasta alcanzar 34.531.536 habitantes. Extrapolando la información fiscal de los primeros tiempos de la colonización de Nueva España, Cook y Borah sostuvieron en 1960 que la población indígena mexicana previa a la conquista de Hernán Cortés podría haber rondado los 25.000.000, para pasar a ser solamente poco más de 1.075.000 de indígenas en 1635. Trasladando esta imagen catastrofista al conjunto del subcontinente, en 1966 Dobyns mantenía que la población precolombina oscilaba entre 90 y 112 millones de habitantes hacia 1492 y que hacia 1650 había quedado reducida por efecto de las epidemias hasta solo 4,5 millones, es decir, un descenso del 95 por ciento.

Fuera de estas polémicas, de lo que no cabe duda es de que las repercusiones del encuentro entre los pueblos del Viejo y Nuevo Mundo fueron más intensas allí donde la población estaba más concentrada, por ejemplo, en el Caribe, América Central y la región andina. Las políticas de concentración de estas poblaciones indígenas, a veces forzadamente, que llevaron a cabo religiosos y colonizadores españoles, primero en las islas caribeñas y luego, a partir de mediados del siglo xvi, tanto en el México central como en el Perú andino, sin duda debieron de ser un poderoso factor que colaboró también con la extraordinaria letalidad que la difusión de diversas epidemias tuvo a partir de entonces sobre la población sometida y cuyo holocausto posiblemente no tiene parangón en la historia de la Humanidad. En cambio, la extensión de las epidemias fue más lenta en los territorios donde las poblaciones eran más pequeñas o estaban dispersas. Generalmente, eran regiones que tenían poco interés para los españoles, como la Patagonia, el Matto Grosso, el interior de la cuenca amazónica, las zonas semiáridas y desiertas de la parte occidental de América del Norte. Por su aislamiento o por vivir en regiones inhóspitas, muchos de estos pueblos lograron esquivar a las enfermedades euroasiáticas hasta los siglos xix y xx.

Contrariamente a los enormes descensos de la población indígena americana tras el contacto con los españoles, se produjo un fenómeno inverso en la población aborigen filipina. El primer contacto entre filipinos y españoles ocurrió tras el descubrimiento de Magallanes en 1521 y no hay referencia alguna de que apareciera entre los indígenas enfermedad epidémica alguna; lo mismo puede decirse de la evolución demográfica a partir de la conquista de las Islas Filipinas en 1565. Aunque los recursos administrativos eran entonces limitados, los censos de población, archivos parroquiales y las listas de tributos nos proporcionan cifras fiables desde muy temprano. Los datos de Buzeta (1850-1851) y de Blair y Robertson (1903-1908) aseguran que en 1587 había en las islas Filipinas 700 españoles; de ellos, 300 en Manila y cerca de 300.000 tributarios indígenas en el territorio bajo administración española. En 1593, la población era de 667.612 habitantes, en 1709 ascendían a 1.502.574 y en 1812 eran 1.933.331, para ascender hacia 1845 hasta los 3.444.258. En 1877 ya eran 5.567.685 y en vísperas de la invasión norteamericana, 6.621.339 habitantes. Es decir que durante la colonización española de las Islas Filipinas, desde 1565 hasta 1898, existió un crecimiento demográfico constante con un coeficiente anual cercano al uno por ciento, tal vez explicable por la inmunidad de los indígenas filipinos ante los virus de procedencia asiática, más cercanos a ellos.⁹

Enfermedades de ida y vuelta

La naturaleza de aquellas pestilencias que asolaron la América colonial puede ser identificada si se estudian con cuidado las crónicas de la época, la mayoría de ellas redactadas por soldados que acompañaban a los conquistadores o por miembros de las diferentes órdenes religiosas que se fueron estableciendo en las Indias en misión evangelizadora, desde los mismos inicios de la colonización.

Hasta hace unos pocos años se daba prácticamente por sentado que la primera epidemia importante que había asolado al Nuevo Mundo había sido la viruela, introducida en el Caribe en 1519, y que siguió difundiéndose y provocando muertos en la siguiente década tanto en la América Central como en el mundo andino hacia el sur, que cayó dentro de su radio de acción. Las consecuencias de aquella primera irrupción de la enfermedad fueron nefastas ante gentes que carecían de cualquier inmunidad biológica previa como la que los europeos habían ido desarrollando tras décadas de coexistencia con el mal. Algunos pueblos, como los pacíficos arawaks (taínos) de la Española y las islas próximas, tal y como nos lo recordaba el texto del padre Las Casas con el que iniciábamos este capítulo, fueron casi totalmente diezmados en esa época. De los 200.000 habitantes que podía tener la isla a la llegada de Colón, treinta años más tarde apenas quedaba un diez por ciento, es decir, unos 20.000.

En los relatos de la primera expedición de Colón al Nuevo Mundo no se mencionan enfermedades. Pero la segunda expedición fue diferente. Compuesta por 1.500 hombres y 17 navíos, los españoles pronto cayeron enfermos y el mal se propagó rápidamente a medida que los primeros colonos se fueron dispersando por el interior de la isla. El propio almirante perdió fuerzas hasta el punto que no pudo escribir durante semanas. Según señalaba su hijo Hernando, al escribir la vida de su padre —que se publicaría tardíamente en 1571—, mientras navegaba Colón en *La Niña* por el Canal de Mona el 24 de septiembre de 1494, haciendo la travesía de Jamaica a la isla de Santo Domingo:

[...] le asaltó una enfermedad muy grave entre pestilencial y modorra, la cual casi de repente le privó de vista, de los otros sentidos y del conocimiento. Por esto la tripulación de los navíos acordó abandonar la empresa que se hacía de descubrir todas las islas de los Caribes y volverse a la Isabela, donde llegaron a cinco días que fue a 29 de septiembre [de 1494].¹⁰

Según el padre Las Casas en su *Historia de las Indias*, el almirante estuvo cinco meses tan malo que «quedó como muerto, y no pensaron que un día durara».

De acuerdo con algunos historiadores, Colón pudo sufrir el primer caso de tifo exantemático europeo en América. Pero parece que el primer contagio de cierta relevancia que se dio en la isla fue de influenza o gripe, enfermedad infecciosa del hombre y de algunos animales domésticos y que posiblemente fue llevada por los caballos y cerdos transportados en aquella expedición para uso de los españoles. Sus síntomas eran fiebre alta, escalofríos, postración, cefalea, dolores musculares y trastornos de las vías respiratorias, que eran causadas por un *mixovirus*.

Su aparición en la península Ibérica es difícil de datar. Los cronistas han apuntado siempre a su origen asiático. Joaquín de Villalba, médico de finales del siglo XVIII que escribió la célebre obra *Epidemiología española* (1801), en la que se hacía memoria cronológica de todas las pestes, contagios y epidemias habidos en España desde tiempos de los cartagineses hasta finales del siglo XVIII, sugería que la gripe había aparecido en España procedente de Italia en el año 590. De ella había quedado la costumbre de responder a los estornudos que presagiaban el síndrome con la salutación *dominus tecum*. El nombre de *influenza* había surgido en Florencia durante la epidemia de 1357 porque se creía que era causada por la *influentia coeli*, es decir, la influencia de las estrellas. Las epidemias italianas procedentes de Oriente pronto pasaron a España y se describieron en muchas ciudades españolas durante la Edad Media y Moderna como epidemias de catarros, tal y como las refirió en Sevilla, por ejemplo, el médico Juan de Avignon en 1405. La gripe apareció periódicamente en Europa a partir de 1510 y desde esa fecha ocasionó treinta y una pandemias, algunas de alta mortalidad. Hubo epidemia de gripe en Barcelona en 1562 y 1580, que afectó de manera muy grave a los ancianos; es

posible que apareciera en Valencia en 1647 y alcanzara gran mortalidad en Mallorca en 1733, antes de la muy grave ocurrida en 1918, ya en pleno siglo xx.

Es muy probable que al finalizar el siglo xv la gripe estuviera presente junto con otras infecciones en el sur de Andalucía durante la última fase de la conquista del reino granadino y que desde allí tuviera la oportunidad de viajar en la segunda expedición del descubridor genovés. En la Española, los primeros casos se declararon en diciembre de 1493 en la Isabela, ciudad en la costa del norte de la isla. A medida que la enfermedad se propagaba, los nativos empezaban a morir en elevado número. Según el padre Las Casas «no quedaron de las multitudes que en esta isla, de gentes había, desde el año de 94 hasta el 96, según se creía, la tercera parte de todas ellas». En total pudo afectar a unas 40.000 personas.

Fue por tanto la segunda expedición colombina la que parece haber roto definitivamente el aislamiento ecológico del continente americano. El foco de infección que se estableció en la Española en 1493 pudo propagarse con facilidad a otras islas vecinas como Puerto Rico y Cuba, e incluso a las Bahamas, fácilmente alcanzables con los medios de navegación de los propios aborígenes. Además, desde la Española se organizó la exploración española del Caribe durante el cuarto de siglo siguiente. Cuando la gripe porcina reapareció en 1514-1517 ya había penetrado posiblemente en el continente y se había difundido por el istmo de Panamá, siguiendo la incursión en el Mar del Sur por Vasco Núñez de Balboa en 1513.

La penetración de la influenza en México a partir de 1519 se vio oscurecida, sin embargo, por el impacto de la viruela un año después. Pero parece seguro que se encontraba en la región de Guatemala hacia 1523. La primera epidemia sufrida por los jesuitas de Bahía en Brasil fue en 1551 y se llevó a un gran número de indígenas. Posteriormente apareció de nuevo en Espíritu Santo en 1559 y tuvo gran intensidad en Paraíba, bajo control holandés, en 1645. El dominico Reginaldo de Lizárraga y Ovando, nacido en Medellín en 1540 y que llegó a Quito con 15 años de edad viajando por todo el reino del Perú antes de ser consagrado obispo de la Imperial en Chile y más tarde de Asunción en el Paraguay, en su *Descripción breve de toda la tierra del Perú*, concluida hacia 1611, afirmaba que la conquista del imperio incaico por los españoles no hubiera sido posible si los indígenas no hubieran padecido en 1524, antes de la llegada de los conquistadores, una epidemia de «romadizo y dolor de costado», signos clínicos propios de la gripe.¹¹ Las epidemias de influenza en el Perú y en las tierras que más tarde constituirían el Virreinato del Río de la Plata fueron recurrentes durante todo el período y parece que se hicieron más frecuentes durante el siglo xviii, según las mencionaban en particular los misioneros jesuitas en sus cartas enviadas a Europa.

América se mostraba como un continente virgen en cuanto a importantes y corrientes enfermedades euroasiáticas, tal y como muestran esos primeros testimonios. Pero no era un paraíso totalmente exento de enfermedades. Al respecto, las pruebas arqueológicas son difíciles de interpretar, pero existen bastantes posibilidades de que enfermedades como la tuberculosis existieran ya en América y no fueran importadas desde Europa. Las numerosas figuras antropomórficas en cerámica procedentes de diversas culturas que representaban personas con jorobas —que reflejan la tuberculosis vertebral— y los hallazgos de esqueletos precolombinos con lesiones características del mal de Pott, parecen testimoniarlo. Hay referencias también de los cronistas de Indias a la presencia de la enfermedad. El franciscano y misionero en Nueva España, Bernardino de Sahagún, al tratar de las enfermedades del pecho, decía en 1565: [los mexicanos] «tienen una tos perpetua y echan mucha flema, materia y sangraza cuajada». Los incas llamaban *chaqui oncoy* a la consunción progresiva que acompañaba a la tuberculosis.

Pero fue la sífilis, con casi toda seguridad, una de las aportaciones más peligrosas del Nuevo Mundo al intercambio biológico, sobre todo en la forma virulenta que adoptó cuando llegó y se propagó por el continente europeo a partir de 1493-1494, tras el regreso de las dos primeras expediciones de Colón. Se trataba de una enfermedad contagiosa, causada por una bacteria, la espiroqueta *Treponema paladium* o *Spirocheta pallida*. Se transmitía principalmente por vía sexual, aunque también podía extenderse por contacto con lesiones, sangre y por la placenta de una madre infectada a su hijo. No tratada, tenía una mortalidad del veinte por ciento. El nombre con el que la conocemos actualmente le fue dado por el médico veronés Girolamo Fracastoro, que en 1530 escribió un famoso poema, *Syphilis sive Morbus Gallicus*, cuyo héroe, el pastor Syphilus (nombre copiado de Ovidio: la montaña Syphile) era contagiado por Apolo con su enfermedad «por haber edificado altares prohibidos en la montaña». El pastor Syphilus había ofendido al sol al haber destruido los altares que Apolo tenía en la montaña y erigido uno al rey Accineo, el amo del rebaño que guardaba. El dios sol (Apolo) para castigarlo le enviaba una enfermedad venérea al que los vecinos dieron el nombre de «sífilis», en memoria del pastor, primer hombre afectado por aquella enfermedad contagiosa.

El impacto demográfico de la sífilis en los primeros tiempos modernos fue escaso, a diferencia del de la peste y otras enfermedades epidémicas como pudieron ser la viruela o el tifus. Pero la enfermedad afectó profundamente la mentalidad de los españoles y de los europeos en general. Durante la campaña italiana en 1494-1495 del rey francés Carlos VIII, que trataba de recuperar el reino de Nápoles para su corona, los soldados venecianos contrajeron una enfermedad espantosa y desconocida hasta entonces, con síntomas horripilantes. En 1497, el médico del papa Alejandro VI, Alejandro Benedetto de Venecia, escribía respecto de la sífilis: «todo el cuerpo es tan repulsivo de mirar y el

sufrimiento es tan grande, sobre todo de noche, que esta enfermedad es aún más horrorosa que la incurable lepra».¹² Los médicos castrenses observaron que:

Algunos hombres de armas o soldados de infantería, debido al fermento de los humores, tenían «pústulas» en la cara y en todo el cuerpo. Parecían granos de mijo y solían aparecer primero en las superficies exterior del prepucio o en el glande, acompañadas de un ligero prurito (picor). A veces el primer síntoma era una sola «pústula» que parecía un quiste indoloro, pero la rascadura provocada por el prurito producía posteriormente una ulceración lacerante. A los pocos días, los enfermos se sentían desquiciados por los dolores que sentían en los brazos, piernas y pies y por una erupción de «pústulas» grandes [que] duraban [...] un año o más si no se trataban.¹³

Ésta fue una de las primeras descripciones del «chancro duro», «morbo gallico» o «mal de bubas» (denominaciones empleadas antes del término sífilis, que no triunfó hasta el siglo XVII), un mal que asolaría Europa al cabo de un decenio, destruiría posteriormente los cuerpos y obsesionaría la imaginación de los europeos durante siglos. En 1539, Ruy Díaz de Isla, cirujano español del Hospital de Todos los Santos de Lisboa, sostenía que la nueva enfermedad había causado tanto daño que no había una aldea europea de cien vecinos donde diez de ellos no hubieran muerto por ese mal.¹⁴ La sífilis devoraba la nariz, los genitales y retorció las extremidades. El médico valenciano Luis Lobera la incluyó en el grupo de las que él denominaba enfermedades «cortesanías», al señalar, con evidente ironía: «ya no se tiene por un gentilhomme a quien no ha tenido dos o tres mudas», es decir, infecciones.¹⁵

Sin duda, su afirmación dice mucho sobre la libertad de costumbres sexuales que existía en los ambientes cortesanos de la época, pero también esto era habitual en los ambientes populares de tabernas y hostales donde proliferaban un buen número de prostitutas. En los siguientes años, un sinnúmero de reglamentos fueron apareciendo en las principales ciudades europeas sobre este oficio. En ellos resultaba cada vez más frecuente encontrar, junto a las observancias de los lugares en los que se podía ejercer o no la prostitución y la forma en que debían vestir las meretrices, exigencias para que estas mujeres se hicieran revisiones periódicas en los hospitales urbanos, a cargo de los galenos a salario de los municipios.

De hecho, fueron algunos médicos españoles los primeros en describir la enfermedad: antes de finalizar el siglo XV, en Salamanca se refería a ella López de Villalobos y en Roma, Gaspar de Torrella; al iniciarse el siglo XVI, la describieron Pedro Pintor y Juan Almenar. Tras ellos, en la segunda mitad de aquel siglo destacan los nombres de Miguel Pascual, Gerónimo Jiménez, Pedro Vaez o Luis Mercado, entre otros. Francisco López de Villalobos caracterizó a la sífilis en un tratado «sobre las contagiosas y malditas bubas» incorporado a su *Sumario de la medicina* (1498). Tituló el mal como «sarna egipciaca» (¿posiblemente en referencia a su difusión por los itinerantes gitanos?) y lo

calificó de «pestilencia no vista jamás». En el tratado teorizaba sobre su procedencia y aludía sucesivamente a tres interpretaciones. Una de ellas era de índole religiosa: como otros contagios, la enfermedad se debía al castigo divino por los pecados cometidos por los hombres; otra interpretación era la astrológica: de raigambre islámica, situaba el origen de la enfermedad en el daño ocasionado por Saturno y Marte, y, finalmente, la médica: asentada en el pensamiento hipocrático-galénico académico, que localizaba la causa en el humor melancólico y la flema salada. Sin duda, el total desconocimiento que se tenía sobre la nueva enfermedad debió de ser un acicate para la demanda de libros entonces recientemente impresos que dieran conocimiento de la misma y, desde esta perspectiva, la sífilis seguramente resultó un buen negocio para las imprentas europeas del momento.¹⁶

La *teoría colombina* del origen americano de la enfermedad fue señalada por primera vez por Rodríguez Díaz de la Isla en su *Tractado contra el mal serpentino*, obra editada en 1539 pero redactada en fecha bastante anterior. Díaz de Isla, que era cirujano que había ejercido en el Hospital de Todos los Santos de Lisboa como señalábamos, estableció la cronología de la dolencia y sus caracteres epidemiológicos, asegurando que procedía de la Española y que su aparición, escribió, había tenido lugar en Barcelona en 1493, «la qual ciudad fue inficionada e por consiguiente toda Europa». La tesis americanista la reafirmó el cronista Fernández de Oviedo en su *Historia natural de las Indias* (1535) y otros posteriores como Cieza de León, Antonio de Herrera, López de Gómara y el propio fray Bartolomé de Las Casas ayudaron con sus relatos a confirmarla.¹⁷ Los paleopatólogos han comparado los huesos del Nuevo y del Viejo Mundo durante cientos de años antes de que la flotilla de Colón regresara en 1493 y han detectado posibles pruebas de lesiones sifilíticas en los esqueletos del Nuevo Mundo pero no en los del Viejo Mundo. La evidencia ósea, sin embargo, no constituye ninguna prueba inequívoca.

Otra hipótesis más reciente defiende la *teoría unitaria*. Según este punto de vista, la sífilis siempre había existido en el Viejo Mundo en forma de enfermedades más leves como la sífilis endémica (bejel), una variedad no venérea cuyos microorganismos causantes son parecidos a los de la sífilis. El bejel y las enfermedades similares como la frambesia y la pinta se encuentran en los países de clima seco y cálido y la teoría unitaria postula además que en los climas templados y más húmedos, como los de Europa, las espiroquetas retroceden más profundamente en el organismo, hallando un hábitat agradable en los genitales humanos. Para explicar la virulencia de la epidemia del siglo XVI, esta teoría recurre a factores sociomilitares, sobre todo a los que acompañaron a la guerra casi constante de aquel siglo: entonces los ejércitos arrastraban a su paso a hordas de prostitutas, mujeres, niños y parásitos en número que superaban incluso en ocasiones al de las fuerzas combatientes.

En todo caso, casi desde el principio de su aparición, la sífilis fue percibida por los europeos como una enfermedad alimentada por la alteridad, es decir, por un «otro» culpable e infligida sobre gente inocente. En *El espíritu de las leyes* (1748), Montesquieu, gigante ilustrado, dio por sentado lo que era ya parte del saber popular europeo, que la sífilis venía del Nuevo Mundo y que había exterminado a la mayoría de las grandes familias de la Europa meridional.¹⁸

Los médicos y cirujanos del siglo XVI recurrieron primero a una terapia antigua para tratar la sífilis: la sangría. Sin embargo, pronto se impusieron otros remedios. Uno de ellos era el guayaco, una decocción del árbol guayaco importado de la Española. Su uso fue alabado por Francisco Delicado en el libro *Il modo de adoperare el legno de India occidentale*, editado en Venecia en 1529, y además por Nicolás Poll, médico de Carlos I y autor de otro libro sobre el uso del guayaco de 1535, aunque ya se conocía su empleo entre los indígenas desde mucho antes. Antonio de Herrera y Tordesillas, narrador oficial de las expediciones de Colón, decía:

[...] con la conversación de las Mugeres, se les vino a pegar un mal ordinario entre los Indios, y entre los Castellanos no conocido, que les daba mucho trabajo. Eran unos granos que nacían por el cuerpo, con dolores intensos, y era contagioso, y sin remedio ninguno, de que morían rabiando, y por esto se bolvieron muchos a Castilla, pensando sanar con la mudança del Aire natural y pegaron el mal. Pero quiso Dios que dónde se halló el mal se hallase el remedio; porque algún tiempo después una India, Muger de un Castellano, mostró el Palo Santo, que llaman Guayacán, con que començaron a tener algún descanso.¹⁹

Aunque Paracelso demostró en 1528 en Nuremberg que el ungüento de mercurio curaba la nueva enfermedad, los intereses económicos de los Fugger, banqueros alemanes de Carlos V que habían obtenido el monopolio de la importación del guayaco a Europa gracias a este Emperador, prevalecieron sobre las observaciones farmacológicas. La verdad es que el mercado de las drogas americanas a lo largo del período colonial constituyó hasta un cinco por ciento del total del comercio español con América, lo cual lo hacía un negocio especialmente suculento. El poeta español Cristóbal de Castillejo, secretario del hermano de Carlos V y del rey Fernando de Bohemia, escribiría una loa a este palo de Indias: «Guayaco, si tu me sanas,/ y sacas de estas pendencias, *contaré tus excelencias* y virtudes soberanas»; es el guayaco, añade el poeta, un «árbol de la salud, *do se tiene por perdida*, y a las veces vuelve en vida / el mal de la juventud»; la invocación poética concluye con esta alusión a la situación en la que el autor parece encontrarse enfermo:

O
enemigo del dios Baco,

guayaco:

*y de Venus y Cupido,
tu esperanza me ha traído*

*a estar contento de flaco.
mira que estoy encerrado,*

*en una estufa metido,
de amores arrepentido,*

*de los tuyos confiado.*²⁰

Cierto es que el guayaco ofrecía una curación menos agresiva que el mercurio. Debido a la sintomatología que presentaba el mal —grandes bubas—, el mercurio, que era utilizado en otras afecciones de la piel, fue empleado en su tratamiento aunque con grandes padecimientos para los enfermos. Para favorecer la penetración en el cuerpo del enfermo se recurría a fumigaciones que se llevaban a cabo poniendo al infectado en una bota o estufa de la que sólo sobresalía la cabeza, circunstancia a la que aludía Castillejo en su oda. Las emanaciones del mercurio, transpiradas por la respiración, causaban gravísimas lesiones: solían corroer las membranas bucales, desarraigaban los dientes de los alveolos e incluso carcomían la mandíbula convirtiendo a veces a la boca y la garganta del enfermo en una enorme úlcera hedionda. Sin embargo, no se consiguieron medicamentos más eficaces y seguros hasta el siglo xx: primero, el salvarsán, y luego, a partir de 1943, la penicilina.

También en América hubo enfermedades parecidas a la gripe y trastornos intestinales que afectaron especialmente a los conquistadores, aunque raramente adquirieron las proporciones de una epidemia y, menos aún, lograron todas salvar la distancia oceánica con el Viejo Mundo. En algunos medios la leishmaniosis produjo víctimas durante mucho tiempo. La bartonellosis (enfermedad de Carrión, fiebre de la Oroya), a la que también se conoce como *verruga peruana*, que resultó endémica en la región de los Andes, era transmitida por la picadura de mosquitos y provocaba la muerte, aunque lentamente. El cronista Cieza de León en la *Tercera Parte de la Crónica del Perú*, que dejó referencia remota de las enfermedades que padecieron los conquistadores que acompañaban a Francisco Pizarro mientras permanecieron en la bahía de San Mateo, recordaba los sufrimientos que habían padecido con las picaduras de los insectos «que eran tantos, que por huir de su importunidad, se metían entre la arena los hombres enterrándose hasta los ojos».²¹ Una descripción precisa de esta enfermedad que asoló a las huestes de Pizarro se encuentra en el testimonio del Inca Garcilaso a principios del siglo xvii, en su *Historia general del Perú* (1616):

[...] Sobre esta pérdida se les recreció a los de Piçarro una enfermedad estraña, abominable, y fue, que les nascían por la cabeça, por el rostro, y por todo el cuerpo, unas como verrugas, que lo parecían al principio, quando se les mostravan; mas después, iendo creciendo, se ponían como brevas prietas, y del tamaño dellas, pendían de un peçón, destilavan de sí mucha sangre, causaban grandísimo dolor y horror, no se dejavan tocar, ponían feísimos a los que davan; porque unas verrugas colgaban de la frente, otras de las cejas, otras del pico de la nariz, de las barbas y orejas, no sabían que les hacer, murieron muchos, otros muchos sanaron. No fue la enfermedad general por todos los Españoles con la misma enfermedad, aunque corrió por todo el Perú, que muchos años después, vi en el Cuzco tres o quatro españoles con la misma enfermedad, y sanaron, debió ser alguna mala influencia que passó, porque después acá no se sabe que aia avido tan mala plaga...²²

Había también múltiples variedades de parásitos gastrointestinales y enfermedades asociadas que costarían la vida a numerosos españoles. Desconocemos si existía la malaria. Los historiadores de la medicina siguen sin ponerse de acuerdo en este punto. La fiebre amarilla seguramente fue transportada en el siglo XVI de África a América, donde devastó los asentamientos coloniales de Cuba y Santo Domingo entre 1648 y 1654. Luego vino de América a Europa, donde se produjeron brotes espantosos (aunque básicamente muy limitados) en los siglos XVII y XVIII.

Y es que, sin duda, el establecimiento de los imperios coloniales —español y luso primero, francés, inglés y holandés posteriormente—, la nueva regularidad del tráfico comercial entre Europa y América y el floreciente comercio triangular que también tocaba la costa africana occidental en busca de esclavos negros, provocaron que los gérmenes patógenos de la enfermedad se transportaran por los océanos y que se alterara definitivamente la historia demográfica y biológica de aquel continente.

Las grandes asesinas americanas

La consolidación del proceso de conquista no tardó en afianzar una corriente cada vez mayor de personas que, huyendo de las epidemias, el hambre y el miedo a las levas forzosas o a las persecuciones inquisitoriales —como sucedía en el caso de algunos conversos—, trataban de mejorar su suerte al otro lado del océano. En su mayoría, procedían de las tierras castellanas: algo más del 30 por ciento procedían de Andalucía y alrededor de un 18 por ciento, de Extremadura, seguidos con porcentajes más bajos por las restantes regiones castellanas. No menos de la mitad pertenecían al mundo heterogéneo de los artesanos urbanos y de los pequeños propietarios rurales, y algo más de un tercio eran pequeños hidalgos. Junto a ellos unos 6.000 religiosos pasaron el Atlántico desde España en el siglo XVI. En total debieron de ser unas 250.000 personas en toda la centuria. Era fácil que las enfermedades que les eran propias les acompañaran.

Para los aborígenes, tres fueron las enfermedades más letales: el sarampión, la viruela y el tifus. Todas ellas afectaban a las poblaciones del Viejo Mundo, pero eran endémicas

y, ante todo, enfermedades infantiles como es el caso de las dos primeras. Sobre los puertos andaluces, de donde zarparon casi todas las primeras expediciones, se cernía una epidemia tras otra. El crecimiento de la navegación entre Sevilla y Santo Domingo a partir del tercer viaje de Colón —en 1508 partieron de Sevilla 45 barcos con destino a la isla y 185 entre 1509 y 1515—, facilitó sin duda sus saltos transatlánticos.²³

La primera noticia de la existencia de sarampión en América es de 1520. Hernando Gorjón, oriundo de Medina del Campo, que llegó a Santo Domingo en 1502, al relatar cómo se habían ido reduciendo los pueblos fundados por los españoles con los indios que habían sobrevivido hasta entonces, señalaba como causa principal a la «pestilencia de viruelas, sarampión e romadizo e otras enfermedades que han dado a los indios» como su causa. Es posible que la introducción de este virus se produjera a partir de 1502, con la llegada de la expedición del gobernador Nicolás de Ovando, pues fue entonces cuando llegaron a Santo Domingo los primeros matrimonios con hijos.

El sarampión es en extremo contagioso y tras un período de 10 a 12 días origina un cuadro febril, malestar general, dolor de cabeza y se manifiesta, sobre todo en los niños, por exantemas e inflamación catarral de los ojos y las vías respiratorias de dos a cuatro días después de iniciado el síndrome. Pasados algunos días aparecen en la mucosa bucal unas manchas blancas, llamadas «manchas de Koplik», que facilitan su diagnóstico actual. El origen puede haber estado en la ciudad de Sevilla, ya que la población era bastante numerosa en el tercer decenio del siglo XVI, como para que la enfermedad fuese endémica. Pero también pudo haber habido una primoinfección en Sevilla y luego una infección secundaria de los jóvenes esclavos traídos de las costas africanas. En el decenio de 1520 se transportó un gran número de negros al Caribe para reemplazar a la población aborigen en vías de desaparición. Aunque en España las epidemias de sarampión eran antes del descubrimiento de América tan habituales y benignas que Joaquín de Villalba no se preocupó en reseñarlas en su libro, en poblaciones vírgenes como las americanas, su mortalidad se aproximaba a la que tenía la viruela.

Fray Toribio de Molotínía en su *Historia de los indios de la Nueva España* (1541), fija su introducción en el continente en 1531 y su extensión por Honduras y Nicaragua al siguiente año. Pedro de Alvarado envió a Carlos V una carta fechada el 1 de septiembre de 1532, desde Santiago de Guatemala, en la que decía: «En toda Nueva España se ha declarado una enfermedad que según dicen, es el sarampión, que ha atacado a los indios y asolado al país dejándolo totalmente vacío. Llegó a esta provincia hace unos tres meses [es decir, en junio de 1532]». El brote siguió evidentemente propagándose. El tesorero real Pedro de los Ríos escribió al rey el 22 de junio de 1533, quejándose de que no había suficientes trabajadores indios para los lavaderos de oro a causa de las

«muchas enfermedades que habían contraído, sobre todo recientemente el sarampión». Los contactos estrechos entre Nicaragua y Panamá, cuando se preparaban las expediciones del Perú a comienzos del decenio de 1530, facilitaron que la epidemia se propagara rápidamente hacia el sur. En 1563-1564 el sarampión reapareció en México.

Pero fue la viruela —la muy conocida «herodes de los niños»—, la que se introdujo en América en diciembre de 1518 o enero de 1519 y la que durante los decenios siguientes desempeñaría un papel tan esencial en el avance de la conquista española en ultramar como el que había tenido la pólvora. Quizás incluso un papel más importante porque los indígenas hicieron que los mosquetes y luego los rifles se volvieran contra los intrusos, pero la viruela luchó siempre muy raramente de su lado. La viruela parece haber llegado por aquellas tempranas fechas a Santo Domingo, donde exterminó rápidamente a un tercio o la mitad de los indios arawak y rápidamente saltó los estrechos hasta Puerto Rico y el resto de las Grandes Antillas, donde protagonizó devastaciones similares. También cruzó a Cuba y desde allí inició su salto al continente al año siguiente, en 1520.

La viruela era una enfermedad infecciosa exantemática muy contagiosa, causada por el *poxvirus variolae*, muy resistente a la desecación, que podía mantener su virulencia inclusive hasta tres años, por lo que la transmisión de la infección podría producirse por contacto con la ropa de los que hubieran estado enfermos. Tras la contaminación por vía respiratoria o el contacto con el pus de las pústulas de los contagiados, se abría un período de incubación de unos doce días, durante los cuales no se manifestaba signo externo pero el enfermo igualmente podía extenderla a otras personas a su alrededor. Solía aparecer entonces un gran malestar acompañado de fiebre que duraba de unos cuatro a seis días, para descender con la aparición de los exantemas. La mortalidad era muy elevada y dependía de la variedad de la enfermedad: en la *variola minor* oscilaba en torno al diez por ciento —aunque parece que esa forma no se dio en el continente americano hasta el siglo XIX—, en tanto que en la *variola major* (grave) superaba el cincuenta por ciento. Aparte de la propia mortalidad que podía llegar a ocasionar, su incidencia sobre la demografía de las poblaciones atacadas iba más allá de la muerte de los afectados. A nivel fisiológico, la viruela dañaba partes delicadas del cuerpo; algunos varones sobrevivientes quedaban impotentes, sin esperma viable. Algunos comentaristas hispanos relatarían que muchas parejas indias no tenían hijos y algunos estudios históricos sobre las poblaciones andinas del siglo XVII señalan que entre la cuarta parte y la mitad de las parejas permanecían sin tenerlos. Es posible que todo ello se debiera a que la viruela teminaba afectando más a las mujeres que a los varones. Entre los adultos, las mujeres embarazadas resultaban muy afectadas y su tasa de mortalidad era del cincuenta por ciento a diferencia del treinta por ciento común entre los varones de más de veinticinco años.²⁴

La viruela era de fácil diagnóstico para los conquistadores españoles por las vesículas y pústulas que aparecían en la cara y en las extremidades y que por siglos la habían diferenciado del sarampión. En la Península fueron importantes las habidas en Castilla en 1578, luego en Madrid en 1585 y 1587, Galicia en 1600, Sevilla en 1622, Aguilar de Campo en 1715 y Asturias en 1721. Pero mientras aquí la enfermedad se convertía en endémica, en el continente americano su aparición resultaba explosiva y la de los años 1519-1520 puede ser considerada con propiedad la primera pandemia surgida en el Nuevo Mundo.

La primera noticia impresa de la introducción en 1520 de la viruela en México se debe a Francisco López de Gómara, capellán de Hernán Cortés, en la *Segunda Parte de la Crónica General de Indias, que trata de la conquista de México* (1552), en la que dedicó un capítulo al asunto. Según la tradición, comenzó en México a causa de un negro enfermo en la expedición de Pánfilo de Narváez. Los náhuatl llamaron a la enfermedad *huey zahatl*, es decir, «gran sarpullido». Las crónicas mencionan casos frecuentes de ceguera y las marcas que distinguían a los supervivientes:

Mortandad por viruelas. Costó esta guerra muchos dineros a Diego Velázquez. La honra y un ojo a Pánfilo de Narváez. Y muchas vidas a los Indios, que murieron, no a fierro, sino de dolencia. Y fue que como la gente de Narváez salió a tierra, salió también un negro con viruelas. El qual las pegó en la casa que lo tenían en Zempoallan. Y luego un Indio a otro. Y como eran muchos y dormían y comían juntos, cundieron tanto en breve que por toda aquella tierra anduvieron matando. En las mas de las casas morían todos. Y en muchos pueblos la mitad, que como era nueva enfermedad para ellos, y acostumbraban a bañarse a todos males bañábanse con ellas. Y tollianse. Y aun tienen por costumbre, o vicio, entrar en baños fríos saliendo de calientes. Y por maravilla escapaba quien las tuviese. Y los que vivos quedaron quedaban de tal suerte, por averse rascado, que espantaban a los otros con los muchos y grandes hoyos que se les hizieron en las caras, manos, y cuerpo. Sobrevinolos hambre. Y no tanto de pan como de harina. Porque como no tienen molinos ni atahonas, no hazen otro las mugeres, sino moler su grano de centli entre dos piedras. Y cozer. Cayeron pues malas de las viruelas. Y falto el pan. Y perescieron muchos de hambre. Hedían tanto los cuerpos que nadie los quería enterrar. Y con esso estaban llenas las calles. Y porque no los echasen en ellas, dize que derribava la justicia las casas sobre los muertos. Llamaron los Indios a este mal Huyçacauatl, que suena a gran lepra. De la qual como de cosa señalada, contavan despues ellos sus años.²⁵

También se refirió a ella Motolinía, que escribió que en algunas localidades había muerto la mitad de la población, mientras que en otras había menos bajas. Aunque la referencia más conocida procede del medinense Bernal Díaz del Castillo, que había llegado a América en 1514 con la expedición de Pedrarias Dávila y que luego lucharía junto a Hernández de Córdoba, Juan de Grijalva y Hernán Cortés. En su *Historia verdadera de la Conquista de la Nueva España*, acabada hacia 1568 pero no impresa hasta 1632, Castillo reitera lo expresado por López de Gómara sobre la forma en que se difundió por México. Según describió en su *Conquista de México* el franciscano Bernardino de Sahagún, que llegó a Nueva España en 1529, los sufrimientos de los indígenas eran terribles. Algunos estaban cubiertos como con una corteza (la erupción)

que se extendía por el rostro, la cabeza y el pecho. Los más apenas podían moverse y permanecían extendidos sobre sus lechos sin poder cambiar de postura por el tremendo dolor que suponía el hacerlo. Según el franciscano: «no podían menearse ni cambiarse a otro lado, ni acostarse con la cara hacia abajo, ni acostarse sobre las espaldas. Y cuando se movían gritaban fuertemente».²⁶

Los aborígenes americanos fueron siempre muy propensos a contraer aquella enfermedad, que se vio favorecida además por la carencia de una inmunización adquirida a causa del desconocimiento en las sociedades indígenas de medidas de prevención contra aquellas enfermedades incorporadas por los europeos. Para muchos indígenas del nuevo mundo la idea de la cuarentena era totalmente desconocida o culturalmente repugnante. Cuando la viruela asolaba los campamentos indígenas, los adultos se sentían obligados a visitar a los enfermos. Mientras ofrecían apoyo moral, se apiñaban en las cabañas de las víctimas, inhalando el aire y contagiándose mutuamente.

Durante los diez o doce días en que las víctimas de la viruela permanecían semidelirantes, incapaces de moverse sin arrancarse trozos de su carne ennegrecida, debían ingerir agua y alimentos; en ausencia de ayuda por la muerte de sus más cercanos, fácilmente morían de hambre y sed, como ocurrió en Tenochtitlán en 1521, según relata Sahagún. Después de 1518 numerosos testimonios de los primeros cronistas europeos en América señalaron que la atención familiar y comunitaria se descalabraba en un poblado de americanos nativos, asolado por una epidemia. Además, por muy asentada que estuviera la cultura de la curación, toda vez que la incidencia de la enfermedad superaba un punto crítico, era frecuente ver a los curanderos huyendo para salvarse, desamparando a los enfermos, como ocurrió en 1589 en la ciudad andina de Arequipa.²⁷ Considerando que el virus era nuevo en América y que ningún curandero experimentado había podido adquirir inmunidad por haber sobrevivido en la infancia a las formas benignas de la viruela, era fácilmente entendible este tipo de comportamientos durante los primeros años de irrupción de este mal.

La progresión de la primera epidemia fue lenta desde las costas del Golfo al centro de México. La infección se declaró a comienzos de mayo de 1519 pero no llegó al valle central hasta principios de octubre. La enfermedad exterminó a una alta proporción de aztecas y abrió el camino a Hernán Cortés hacia la fundación de Nueva España. Según el cronista Sahagún, en Tenochtitlán duró unos sesenta días y, hoy, todos los especialistas coinciden en señalar que fue la catástrofe demográfica más grande del siglo para las poblaciones del centro de México que hablaban náhuatl. También se expandió por los pueblos del Altiplano guatemalteco, donde posiblemente murió una tercera parte de sus habitantes en aquel primer holocausto.

La viruela arrasó Honduras y Panamá hacia 1527. Desde allí alcanzó en el sur a la región de los Andes. El soldado Pedro de Cieza de León, cronista minucioso que llegó a América con apenas quince años, relataba en su *Historia del Perú* (1553) que en la época en que el Inca Huayna Cápac se encontraba en Quito, tras sus conquistas en el norte, y mientras Francisco Pizarro y trece cristianos exploraban la costa «se produjo una gran pestilencia de viruela, tan contagiosa que provocó la muerte de 200.000 almas en todos los distritos vecinos».²⁸ El cronista Juan de Betanzos que llegó a Perú en 1539 y allí se casó con la princesa inca Cuxirimay Ocllo —antes concubina de Francisco Pizarro y que fue la que le proporcionó datos de primera mano sobre los reyes incas para la redacción de su *Suma y narración de los Incas* (1551)—, afirmaba que era imposible salvarse de la enfermedad. Cuenta que el Inca Huayna Cápac «enfermó tanto, que perdió el juicio y el entendimiento, y contrajo sarna y lepra que lo debilitaron sobremanera». Huayna Cápac murió cuatro días después. Los comentaristas de Betanzos interpretan la «sarna» y la «lepra» como referencias a la viruela, pero no hay que olvidar que el cronista mencionaba un período de aquella enfermedad caracterizado por la falta de juicio y entendimiento seguido de exantemas, lo que podría indicar que en realidad se trataba de tifus. Ahora bien, Betanzos añade a la muerte de Huayna Cápac la de su hijo pequeño Ninan Cuyochi, de un mes de edad, al que había designado heredero, que «murió también de lepra como su padre». La rapidez del contagio inclina a pensar que su responsable había sido la viruela.

Por supuesto, los primeros relatos de los incas quipucamayos no mencionan la viruela, enfermedad que no existía para ellos, pero usaban en cambio ciertos nombres para enfermedades ya conocidas y cuyas manifestaciones eran similares a las de la viruela que Betanzos bien conocía. El cadáver de Huayna Cápac fue embalsamado cuidadosamente y trasladado, en una grandiosa procesión fúnebre, del Ecuador a la capital imperial de Cuzco en la sierra, centenares de kilómetros al sur, donde los miembros de su linaje continuarían honrando su memoria y su presencia física. Esta ceremonia favoreció la propagación general de la viruela por todo el Imperio y de paso fue una enorme aliada del milagroso triunfo de Francisco Pizarro.²⁹

La segunda epidemia mexicana de viruela tendría lugar en 1538, y sólo más tarde se detectarían casos en lugares más alejados. En Brasil se introdujo a través de Bahía en un barco de esclavos procedente de África en 1561. Alcanzó su mayor intensidad en 1563, fecha en la que hubo más de 30.000 indígenas muertos. Acabó en 1565 y no se reactivó hasta 1595 en Espírito Santo, donde reinó durante dos años. Durante el siglo XVII se mencionan epidemias de viruela en áreas muy dispersas de Mesoamérica. Entre los mexicanos se hablaba de epidemias de viruelas en 1617; entre los mayas, en 1618-1638. Volvieron a mencionarse en 1653, en 1663, en 1678 y en 1687. En el siglo XVIII las hubo

en 1707, en 1747, en 1761-63 —que costó la vida de 10.000 personas en la ciudad de México—, en 1778, en 1779 y en 1797.

También se vio afectado el sur del continente a mediados de 1550. Al parecer, surgió cuando el obispo Juan de los Barrios, de Santa Fe de Bogotá, importó de la Española esclavos infectados.³⁰ Entre los europeos la mortalidad fue baja pero entre los indígenas, muy elevada. Un funcionario de Nueva Granada deploraba la pérdida de 40.000 aborígenes. La política de redistribución de la población (las famosas reducciones) llevada a cabo en la década de 1570 por el virrey del Perú, Francisco de Toledo, tuvo funestas consecuencias. Los indígenas habían vivido dispersos en pequeñas comunidades de unas cuantas familias diseminadas por los campos, pero Toledo los reunió en aldeas de varios miles de habitantes, donde podían ser vigilados más de cerca, adoctrinados y sometidos a impuestos. Involuntariamente, el virrey sentó las condiciones necesarias para que nuevas epidemias progresaran, al aumentar rápidamente la densidad de población en algunas localidades clave. Así, más o menos diez años después de la creación de las reducciones, el mundo andino se vio asolado por una serie de epidemias devastadoras, tan desastrosas o más seguramente que la que por entonces tenía lugar en el México central.

La duración y las enormes consecuencias de la crisis de 1585-1591 indican la existencia de dos o más factores morbosos. El primero parece haberse ensañado con el Perú en 1585. Según Montesinos en sus *Anales del Perú, 1498-1602*, la viruela y el sarampión llegaron al Cuzco aquel año en forma de «peste universal», al mismo tiempo que aparecía «dolor de costado».³¹ Hay varias fuentes posibles, pero casi todos los indicios apuntan a Cartagena como foco de la infección. Una posibilidad es que se iniciara en el mercado de esclavos del puerto, como quizás ocurrió con el brote de 1558 en Colombia; la otra es la expedición de Francis Drake. En su viaje a Indias, el corsario inglés tocó las islas de Cabo Verde y en ellas enfermaron y murieron varios centenares de sus hombres. Drake siguió después hasta el Caribe, donde atacó y ocupó Cartagena durante unas seis semanas hasta principios de 1586. Al final, sus hombres estaban tan debilitados por la enfermedad que tuvo que regresar a Europa.

El mal, que apareció en 1585 en Quito, rebrotó en julio de 1587 por espacio de nueve meses para mantenerse en la sierra ecuatoriana hasta entrado el año 1590 sólo cedió al año siguiente. Sobre los efectos que causó la epidemia en el Cuzco, que trató de preservarse infructuosamente de la extensión del contagio destruyendo los puentes que permitían el acceso a las regiones altas de la cordillera andina, nos ha quedado el testimonio recogido en los *Anales de Cuzco*:

El accidente fue extraño e insólito de tumores, lobanillos o postillas de sarna o bubas muy asquerosas que se levantaban por todo el cuerpo, y rompiéndose arrojaban costras de putrefacción o comezón que obligaba a rascarse aún en los ojos, que por sí también se ulceraban, de que resultaba una fealdad monstruosa en rostros y cuerpos. Añadiéndose a esto el no poder hablar los enfermos, porque ulcerados los labios y sofocada la respiración, apenas podían producir unas voces muy flacas y suspiros tenues, ahogándose a cada paso; tanto que el alivio de la bebida no se les podía introducir sino por artificio. Además de esto padecían una interior congoja que pasaba a desesperación, sin que bastase consuelo alguno. Crecía más y más el contagio, si bien al mismo tiempo se experimentó en distancias de 800 y 1000 leguas, y sólo por los nativos de este reino, que cada vez morían a millares, en especial los muchachos, que los más peligrosaron, enfermando muy pocos o raros de los europeos.³²

En realidad, la mayor reducción de la población indígena de Quito en el siglo XVI se produjo entre 1560 y 1590 y su causa principal fueron las epidemias de 1585-1591.³³ También en 1588 la epidemia se propagó por toda Colombia a partir de una esclava infectada que había sido adquirida en el puerto de Mariquita y causó muchos muertos entre niños, niñas y jóvenes. En total se calcula que pudo haber provocado, afectando tanto a españoles como a indígenas, al menos la muerte de un tercio de la población. El 21 de marzo de 1589 el virrey del Perú, Fernando de Torres y Portugal, escribió que la epidemia había llegado a la ciudad costera de Trujillo y que por ello había creado, siguiendo la costumbre de la metrópolis, una comisión para impedir que la enfermedad avanzara más hacia el sur y asistir a los que caían enfermos. Los médicos Jerónimo Enríquez y Francisco Franco Mendoza aconsejaron al virrey que recomendara el consumo de azúcar, aceite, miel, uvas y carne para atajar la infección. También se indicaron las sangrías como medio útil para salvar a los enfermos. La recomendación del virrey de quemar la ropa fue un paso positivo importante, sin duda, para reducir el contagio. Pero a pesar de los esfuerzos de la comisión, la enfermedad llegó a Lima en junio de 1589 y hacia finales de ese año atacó la ciudad imperial del Cuzco. Los niveles de mortalidad son difíciles de calcular, pero hay algunos datos de alguna población del altiplano boliviano —como es el caso de Aymaya— donde los muertos pasaron de los 20 anuales habituales a 194, es decir, entre el 20 y el 25 por ciento de la comunidad. De estas muertes, 147 fueron oficialmente provocadas por la viruela. Aproximadamente la mitad de las víctimas eran niños menores de diez años. Los síntomas del mal fueron descritos con detalle: la enfermedad se declaraba con fuertes jaquecas y dolores renales. Algunos días más tarde, los pacientes quedaban estupefactos y luego deliraban y corrían desnudos por las calles. Las úlceras en la garganta mataban a muchos. Los fetos morían en el útero de sus madres. Incluso los que sufrían de erupciones podían perder pedazos de carne al moverse con demasiada brusquedad.³⁴

Es evidente que la serie de epidemias de 1585-1591 que se declararon en la cuenca superior del Amazonas pudo propagarse río abajo. En Jaén, población indígena de unos 30.000 habitantes, el número de éstos quedó reducido a 1.000 en pocas semanas.

Yaguarsongo y Pacamoros sufrieron bastante. En Cangasa, la población se redujo un tercio.

Con mucha probabilidad debemos atribuir a las epidemias de viruela una responsabilidad importante en los procesos de despojo de las tierras indígenas a favor de los conquistadores. Los nuevos hacendados blancos se consideraban con derecho a apropiarse de las tierras comunitarias que quedaban provisionalmente deshabitadas cuando las poblaciones nativas huían de la viruela. De esta manera, los nativos americanos perdían en muchas ocasiones la tierra arable que necesitaban para cultivar alimentos básicos. Una vez desposeídos, caían con frecuencia bajo la protección legal de un misionero o de un encomendero.

La incidencia del tabardillo

Junto a las dos anteriores, el tabardillo fue una de las enfermedades epidémicas más letales que asolaron el Nuevo Mundo. La introducción del tifus exantemático epidémico en el continente americano —el europeo transmitido por el piojo— tuvo lugar a finales del mes de junio de 1526, cuando llegó a Veracruz procedente de Sevilla el licenciado Luis Ponce de León, juez de residencia de Cortés y su comitiva. Ante la presencia de informes contradictorios, de rumores sin contrastar sobre la gobernación que estaba realizando Cortés en las tierras recién conquistadas, Carlos V y sus consejeros decidieron enviar a la Nueva España al licenciado Ponce de León, persona de buena reputación, para que realizara una investigación sobre la actuación del conquistador. El juez llegó a México el 2 de julio de 1526 y murió de «modorra» el día 20 de ese mismo mes, episodio del que el propio Hernán Cortés, en dos cartas dirigidas en septiembre de aquel año a Carlos V, informaba de que además del juez habían muerto otra treintena de los que le habían acompañado en el viaje, incluidos dos frailes dominicos.

Parece que el licenciado y un buen número de quienes le habían secundado en su viaje habían soportado mal la travesía; sin duda, habían contraído alguna enfermedad antes de su partida. Fue Francisco López de Gómara el primero en hablar en 1552 de modorra o tifus exantemático al referirse a la muerte de Ponce de León en su crónica de la *Conquista de México*, tras una extraña enfermedad que sobrevino después del banquete de bienvenida que se le ofreció en Iztapalapa, al quinto día del viaje de Veracruz a México. Ponce de León fue presa de vómitos y diarreas, luego de una fuerte fiebre que ya no le abandonaría. Murió una decena de días después de su llegada a México.

Como cuenta López de Gómara, los enemigos de Cortés —entre los que se encontraba el hermano Tomás Ortiz— hicieron correr el rumor de que Luis Ponce de León había sido envenenado por orden del conquistador, aprovechando el festín de Iztapalapa para

evitar la investigación de aquellos oficiales de la Corona. Pero los médicos Pedro López y Cristóbal de Ojeda juraron que se trataba de «modorra» exhonorando a Cortés de toda duda.³⁵ En realidad, aproximadamente la mitad de la gente que acompañaba a Luis Ponce de León murió en un espacio de tiempo muy corto, víctima del mismo mal, y, por el contrario, «el Comendador Proaño que yva por alguazyl mayor, comio de quanto comio el licenciado y en el mismo plato de las natas, o requesones, y ni revueso ni le hizo mal».³⁶

Fuera ésta la causa verdadera o no de la muerte del licenciado Ponce de León, lo cierto es que a partir de aquellas fechas el tifus exantemático es parte inseparable de la historia mexicana y se presenta en períodos epidémicos de dos a tres años, seguidos de otros de duración variable y de relativa calma. En ocasiones, las cifras de mortalidad son enormes y constituyen la causa principal de los grandes colapsos demográficos ocurridos en Mesoamérica tras la conquista.

La segunda epidemia de tifo exantemático que estalló en México central en 1545 fue probablemente la más catastrófica de todas las que asolaron la región en el siglo XVI, aunque no hay ninguna fuente que mencione el *tabardillo*, denominación española de esa enfermedad. Los pueblos de la América Central la llamaban *cocoliztli* o *hueyccoliztli*, vocablos que significan «enfermedad» o «gran enfermedad». Se propagó ampliamente y se mantuvo hasta 1548. Es posible que las reubicaciones de indígenas en nuevos asentamientos, que llevó a cabo el virrey Antonio de Mendoza desde comienzos de los años cuarenta para que los nativos sirvieran de abastecedores de los pueblos habitados por los españoles, favorecieran la expansión del contagio entre aquéllos. Los síntomas eran fiebre y hemorragia de ojos, boca, nariz y ano. Bernardino de Sahagún, que padeció la enfermedad, decía que murió la mayor parte de la gente que había en México. Fray Domingo de Betanzos señalaba que la mortalidad anunciaba el fin de los indígenas, pues morían cada día más de mil indios en Tlascala, de cuatrocientos a ochocientos en Cholula y otros tantos en Guaxocinco.³⁷ El dominico Fray Agustín Dávila Padilla daba una cifra de 800.000 muertos.³⁸

Igual o más grave, si cabe aún, fue la ocurrida de nuevo en México treinta años más tarde. En 1576 los síntomas eran hemorragias de los orificios corporales. Las crónicas indígenas la denominaron *eztli toyacacpa quiz* o «sangre derramada por las narices». A una fiebre muy alta solía seguir la muerte, al cabo de seis o siete días. El protomédico Francisco Hernández (1517-1587), médico de cámara de Felipe II y una de las figuras más importantes de la medicina colonial que se encontraba entonces en México, describía los síntomas de la epidemia de 1576 a partir de algunos enfermos que había tratado y de algunas autopsias que había practicado con estas palabras:

De la enfermedad de la Nueva España del año de 1576 llamada por los indios cocoliztli. Las fiebres eran contagiosas, abrasadoras y continuas, mas todas pestilentes y en gran parte letales. La lengua seca y negra. Sed intensa, orinas de color verde marino, verde (vegetal) y negro, más de cuando pasando de la coloración verdosa a la pálida. Pulsos frecuentes y rápidos, más pequeños y débiles; de vez en cuando hasta nulos. Los ojos y todo el cuerpo, amarillos. Seguía delirio y convulsión. Postemas detrás de una o de ambas orejas y tumor duro y doloroso, dolor de corazón, pecho y vientre, temblor y gran angustia y disenterías; la sangre que salía al cortar una vena, era de color verde o muy pálido, seca y sin ninguna serosidad. A algunos gangrenas y esfacelos invadían los labios, las partes pudendas y otras regiones del cuerpo con miembros putrefactos, y les manaba sangre de los oídos; a muchos en verdad fluía la sangre de las narices. Si era oportunamente detenido muchos se salvaban, los demás perecían. Los atacados de disentería, si acontecía que acatasen la medicación en su mayor parte ordinariamente se salvaban, ni los abscesos detrás de la oreja eran mortales, si en modo alguno retrocediesen, sino que espontáneamente, maduraban, o daba la salida con los cauterios por los agujeros, aún de los abscesos inmaduros fluyese la parte líquida de la sangre, o se eliminara el pus, tras de lo cual quedaría también eliminada la causa de la enfermedad. Además quienes orinaban con micción abundante y pálida, partidos en la autopsia mostraban el hígado hinchado, el corazón negro, manando un líquido pálido y después, en su vasija, el vientre seco y el resto del cuerpo, por cualquier parte que fuese cortado, palidísimo. Esta epidemia atacaba preferentemente a los jóvenes y rara vez a los viejos, quienes aún invadidos por ella, frecuentemente lograban vencerla y salvarse.

Bernardino de Sahagún, al concluir su *Historia General de las cosas de la Nueva España*, nos dejó un cuadro dramático de los efectos que la epidemia tuvo sobre la sociedad indígena:

Yo estoy ahora en la ciudad de México en la parte de Tlaltlulco, y veo que desde el tiempo que comenzó hasta hoy, que son ocho de noviembre, siempre ha ido creciendo el número de los difuntos desde diez, veinte, treinta, cuarenta, cincuenta, a sesenta y ochenta, y de aquí en adelante no sé lo que será en esta pestilencia; como también en la otra arriba dicha [1545], muchos murieron de hambre, y de no tener quien los cuidase, ni los diese lo necesario; aconteció y acontece en muchas casas caer todos los de la casa enfermos, sin haber quien los pudiese dar un jarro de agua; y para administrarlos los sacramentos en muchas partes, ni había quien los llevase a la Iglesia ni quien dijese que estaban enfermos, y conocido esto andan los religiosos de casa en casa confesándolos y consolándolos...³⁹

En el momento en el que Sahagún escribía, en noviembre de 1576, el número de muertos crecía diariamente y temía que si el contagio continuaba por otros tres o cuatro meses más no iban a quedar nativos y la tierra volvería a llenarse de bestias salvajes y monte silvestre. Sahagún razonaba que, por un lado, los españoles eran muy pocos para colonizar la tierra y, por otro, los indios se estaban extinguiendo. El 26 de octubre de 1583, el arzobispo de México escribía a la Corona comunicando que más de la mitad de la población indígena había sucumbido. Fray Agustín Dávila Padilla, una de las fuentes más fiables respecto a la descripción de este contagio, parece confirmar la gravedad de aquella epidemia. Hablaba de dos millones de muertos entre los indígenas, a la vez que reflejaba las reacciones de aquella sociedad colonial ante la enfermedad, que nos recuerda al de tantos otros lugares y épocas enfrentadas al terror que inspiraba una muerte desconocida:

Desde los principios del Verano, hasta los finales del año siguiente hubo una pestilencia general en esta tierra, que entre las muchas grandes que ha tenido fue la mayor. Con la pestilencia del año primero creció el hambre y la mortandad en el segundo. Fue misericordia de Dios, que no se pegasse la pestilencia a los Españoles, porque pudiesen curar y sepultar a los Indios. Davales la enfermedad, y en sintiéndola, dezian que querían morir, y salían fácilmente con su intento. [...] No avia pueblo donde no se muriessen cada día de ochenta a ciento, y en pueblos grandes mas. Cavavan hoyas grandes en los patios de las yglesias, y alli los arrojaban con toda presteza, para bolver por otros. Morian algunos de enfermedad y otros de hambre. Despoblavase una casa, y el quedava enfermo en ella, acavaba mas presto la vida, porque no avia quien le diesse de comer. A los principios llevavanlos a las yglesias, para que se confesasen: después andaban los ministros por las casas buscándolos. Era lastima la mayor parte del mundo hallar en algunas casas una sola persona tocada de la peste, sin tener otra sana ni enferma a quien bolver los ojos. Hallavan a unos agonizando sobre las pobres esteras, que son sus camas en salud y enfermedad; à otros hallavan muertos, y a otros que con las ansias de la muerte se avian levantado de sus camas, y se caían muertos en los patios, y en las puertas de sus casas. Fue necesario que anduviessen personas particulares sacando cuerpos muertos de las casas a las calles, y otras llevando cavallos en que atravesavan los cuerpos para traerlos a sepultar en las yglesias. No avia edad, ni estado, a quien respectase la muerte. Todos los accidentes, aunque fuesen entre si contrarios, concordavan en quitar la vida a los Indios. El no sangrarlos, los matava: y el sangrarlos los enterraba. Si les aplicaban cosas frias, morían: y si calientes, no escapaban. Hallavan la muerte tan cruel enemiga, que de puro miedo se le postravan los vivos, antes que les acometiese. Andavan espantados los pobrezitos Indios, experimentando mui a su costa los brios de la muerte, que asolaba su linage. Si alguno se sentía con alguna salud, procurava la de su enfermo: porque siquiera en aquel perseverase la de su nación. Al mejor tiempo le atajava los passos la muerte con el suyo; y enfermo y enfermero quedavan enterrados. Fue general el destroço en todas las naciones de la Nueva España: en los Mexicanos, otomies, Chochones, Guastecos, Tarascos, Mistecos, Zapotecos, Mijes, Chontales, Guatenicamanes, con las demas lenguas y naciones de toda la provinia de Yucatan y su comarca: y llegó la enfermedad hasta los Indios Chichimecas, y llevó muchos de ellos. Mostrose mui bien la Chistianidad de los Españoles, y en particular el amor de padres con que religiosos curavan y regalavan a los Indios. En toda la tierra se siguió el orden que se començó en México, por industria de los religiosos, y favor del Virrey D. Martín Enriquez. Repartieronse los barrios de los Indios a las Ordenes, y cada una nombrava religiosos: unos que tuviesen cuidado de llevar la comida, y otros de yr a confesar: otros de llevar la Extrema Unción, y otros de hazer traer a las yglesias los cuerpos de los difuntos. Acudieron los Españoles con mucha caridad, dando liberales limosnas a los religiosos, para la comida y regalo de los Indios. Mugerres principales de México hazían también esste regalo a los pobrezitos, y llevaban sus criados con mucha comida y medizinas para los Indios enfermos. Con toda esta diligencia no escapava Indio. El trabajo de los religiosos en curarlos, y administrarles los Sacramentos, costó a la provincia 24. frayles todo el tiempo que duró la pestilencia.⁴⁰

De resultas de aquel descalabro demográfico, el número de embarcaciones que anualmente se dirigían desde la Península a comerciar en aquellas regiones se redujo notablemente durante algunos años, tanto por la caída de compradores como por las consecuencias que tuvo la carencia de mano de obra indígena en la producción de riqueza en la zona. Pero en 1595 de nuevo habría otro brote similarmente grave en México central. En su *Historia eclesiástica indiana*, el franciscano Gerónimo de Mendieta señalaría que la enfermedad llegaba entremezclada con sarampión y paperas, aunque concluía que no habían muerto tantos como en ocasiones anteriores, lo que nos indica quizá que los indígenas comenzaban a ofrecer más resistencia inmunológica a los continuos contagios.⁴¹ Posiblemente el tabardillo rebrotó en el sur de Guatemala en 1607-1608 y en las misiones jesuíticas del Paraguay entre 1610 y 1613 y reapareció de nuevo en Guatemala en 1631-1632. Epidemias de tifus volvieron a repetirse en Nueva

España en 1736-1737, lo que pudo ocasionar la muerte de más de un millón de personas —sin duda la más terrible de las padecidas en aquel siglo—, también en 1761-1762, y en 1811 y 1813, con menor incidencia.

El sarampión, la viruela y el tifus no fueron, a buen seguro, las únicas responsables del descenso demográfico indiano del siglo XVI. También hay noticias de otras enfermedades que aquejaron especialmente al mundo infantil americano durante la dominación colonial, aunque sus efectos demográficos fueron sensiblemente menores. En Quito, parece haberse declarado en 1606 una epidemia de garrotillo o difteria, que provocó numerosas muertes; se reprodujo en 1614 en Cuzco, según lo describió el agustino Antonio de la Calancha unos años después, señalando que había enfermos en todas las casas.⁴² En 1645 volvería a producirse un nuevo contagio. La primera epidemia americana de rubéola parece ser la descrita en Perú en 1619, tanto por Ramos Gavilán en 1621 como también por Calancha en 1638, con el nombre de *alfombrilla*. En 1645 se la menciona de nuevo en Quito, que era la audiencia donde más se repetían los episodios de esta enfermedad. Tuvo elevada morbilidad la epidemia de rubéola que en 1786 y 1787 afectó también a la capitanía de Guatemala, incluyendo a Honduras y Costa Rica.

La introducción del virus de la parotiditis en América parece estar constatada en México en 1550. Las paperas de aquel año fueron descritas por Sahagún y otros cronistas que dejaron constancia de que había aparecido con fiebre alta e inflamación de la garganta. México volvió a padecerla en 1595 y 1604. En América del Sur ocurrió más tarde y en el Cuzco tuvo lugar por el mes de abril de 1585, según registran los *Anales de Cuzco*, y afectó más gravemente a los indígenas que a los españoles.

No parece que hubiera rabia en América ni en Filipinas hasta bien avanzada la colonización española. En la América precolombina no había portadores habituales de la rabia; ni perros ni gatos, solamente el *izcuintli*, un perro lampiño que no ladraba y era utilizado por los mexicanos precolombinos como alimento. Las largas travesías transatlánticas contribuyeron a mantener las tierras americanas libres de animales domésticos rabiosos y la primera mención de una epidemia de rabia en América es del año 1709 en México; en Costa Rica, en 1714 y luego, en 1719, entre los perros de Remedios, isla de Cuba. La rabia volvió con carácter epidémico entre los perros de La Habana en 1725 y, de nuevo, en Remedios en 1778. Las epidemias de rabia que tienen importancia por los casos humanos son las que se han descrito en Perú: a partir de 1805 en Arequipa; en 1807 en Lima y en Arequipa; en 1811 nuevamente en Arequipa y en 1813, en el Cuzco. Es en el año 1840 cuando el gobernador de las Islas de Filipinas anuncia la existencia de perros con rabia por primera vez en Manila.

Si se analizan las probables pandemias que asolaron al Nuevo Mundo se puede generalizar sobre la periodicidad de los ciclos de las enfermedades contagiosas euroasiáticas antes introducidas, así como sus posibles consecuencias en la dinámica geográfica. Se observa que el sarampión, la más corriente de las enfermedades infantiles contagiosas provenientes del Viejo Mundo, se daba con más frecuencia, aproximadamente cada 15 o 20 años. En general, cada generación de jóvenes vivía una epidemia antes de cumplir los 20 años de edad. El sarampión, como ya se ha indicado, era prácticamente endémico en el puerto de Sevilla, por lo que su propagación en el Nuevo Mundo era inevitable. En cambio, los brotes graves de viruela se producían con menos frecuencia, a intervalos de entre 40 y 50 años. En principio, toda una generación podría cumplir su ciclo vital antes de que se produjera un nuevo ataque de la enfermedad, pero los índices de mortalidad en este caso eran mucho más elevados. El tifus o tabardillo era también devastador, pero al igual que la viruela, se daba con menos frecuencia, cada 40 o 50 años, más o menos. Lo peor era cuando varias pandemias coincidían, como sucedió en el período de 1576-1591, cuando viruela, tifus y sarampión se presentaron uno tras otro o simultáneamente. En esos casos, los estragos eran enormes.

Los índices de mortalidad variaban dentro de una misma enfermedad. La nutrición o desnutrición influía también en el porcentaje de personas contagiadas que eran capaces de sobrevivir a las epidemias. También era importante la mortandad por edades. Algunas enfermedades contagiosas atacaban sobre todo a los niños, otras, a los más viejos de la comunidad. Evidentemente, una enfermedad que provocaba la muerte de los miembros más ancianos de la sociedad no amenazaba la supervivencia del grupo, pero era todo lo contrario si ocurría con los más jóvenes.

Si en España, durante las epidemias de peste del siglo XVI, para evitar la propagación de la infección se practicaban la cuarentena y el cordón sanitario, se quemaba la ropa de cama de los enfermos o los difuntos, se establecían hospitales extramuros y los enterramientos se efectuaban en fosas comunes fuera de la ciudad, en lugar de seguir enterrando a los muertos en las iglesias como se hacía habitualmente, también en el Nuevo Mundo se aplicaron algunas de estas medidas que, a veces, impidieron la extensión de algunas epidemias. Además, al llegar al final del siglo XVI, la densidad de la población, que en general era mucho menor, empezó a influir cada vez más en la disminución de la propagación de los contagios. Sencillamente había menos leña para el fuego.

Llegados a este punto, cabe concluir pues que España fue tristemente magnánima en cuanto a la cantidad y la calidad de las enfermedades que envió al otro lado del Atlántico. Por el contrario, sus colonias, que ya eran de hecho epidemiológicamente

indigentes, vacilaron más en exportar incluso aquellos agentes patógenos que tenían. La desigualdad del intercambio operó entre la abrumadora ventaja de los conquistadores españoles y la aplastante desventaja de los pueblos cuyos hogares ancestrales estuvieron en el lado perdedor de la contienda biológica.

Capítulo 3. TIEMPO DE FIEBRES

En 1778, Pedro Arrivas Moral afirmaba en su obra *Modo útil de dar de comer a los pobres. Instrucción directa a nuevas Poblaciones para el aumento de Havitantes y Agricultura de estos Reynos*, «que hacía muchos años que por la misericordia de Dios no había habido peste en España».¹ Ciertamente, buena parte del siglo XVIII fue benévolo con la población española en materia de epidemias. España consiguió, en parte gracias a ello, un crecimiento sostenido hasta alcanzar los once millones de habitantes a finales de la centuria. Fue sin duda un ascenso acorde con el tono europeo, algo inferior al inglés o al de los países nórdicos por aquellas mismas fechas, pero similar al italiano y superior al francés.

De hecho la peste, la gran asesina de los siglos anteriores, no volvió a aparecer. Sólo estuvo próxima, como ya indicáramos, hacia 1720, cuando hizo su última aparición violenta en Marsella y en el sur de Francia, cerrando así un ciclo de su presencia en Occidente que había durado casi cuatro siglos. No obstante, las nuevas autoridades borbónicas españolas —Felipe V fue coronado rey en 1700— siguieron atentamente su evolución. Por primera vez, fruto de la centralización administrativa surgida a raíz de la Guerra de Sucesión, se estructuró una política preventiva a escala nacional con la creación de una Junta Suprema de Sanidad y de una serie de juntas locales en las costas mediterráneas, herederas en algunos casos de las ya existentes en los siglos pasados en muchas ciudades de la periferia peninsular. Esta Junta fue la encargada de coordinar la vigilancia de los pasos fronterizos y de los puertos marítimos, tanto de viajeros como de mercancías, para tratar así de superar el tradicional marco localista en que se habían desarrollado las políticas sanitarias preventivas desde el período bajomedieval en España.²

Sin embargo, es más que probable que estas medidas institucionales, sin dejar de ser relevantes dentro de la construcción de los sistemas políticos de la Higiene Pública en nuestro país, no ayudaran a mejorar completamente la situación sanitaria española con respecto a la existente en épocas precedentes. Basta realizar una rápida mirada a la obra del médico militar aragonés Joaquín de Villalba —*Epidemiología española*—, publicada en Madrid en 1803, para comprobar la continuidad que un gran número de enfermedades febriles tuvieron en la geografía peninsular a lo largo del siglo XVIII, que a causa de ello se convirtió en la centuria por excelencia de las fiebres en la historia de España. Sin embargo, es necesario resaltar que, al menos en su intensidad, la situación contagiosa fue bien diferente entre la primera y la segunda mitad de ese siglo.³

Durante gran parte de la primera mitad del XVIII no hubo grandes sobresaltos en cuanto a mortalidad catastrófica se refiere, salvo en relación con las fluctuaciones sufridas por la producción agraria en momentos críticos de la Guerra de Sucesión o respecto a la continuidad de enfermedades endémicas propias de algunos territorios. Así, por ejemplo, el período de 1708 a 1711, en plena guerra civil entre austracistas y borbónicos, fue extremadamente malo en toda la Península, con terrible escasez y hambre en 1709 y 1710, que con toda probabilidad dieron origen a un brote bastante generalizado de tifus que afectó desde Galicia a Andalucía. En Asturias, seis años de esterilidad agraria produjeron muerte, despoblación y emigración, calculándose según los contemporáneos en veinte mil las pérdidas humanas. Epidemias locales de tifus, gripe o tercianas parecen haber tenido una relativa importancia en la década de 1720 ya que afectaron a Granada, Jaén, Extremadura y a las tierras sudoccidentales de Cataluña, aunque en la mayoría de casos sin relación aparente con ciclos de penuria alimenticia, pues el comportamiento de la producción agrícola española hasta la década de 1760 fue en general bueno.⁴

Sin embargo, la mortalidad epidémica de carácter más intenso, lejos de desaparecer, tendió por el contrario a agravarse bruscamente a finales de la centuria y durante los primeros años del siglo XIX, en medio de un nuevo ciclo de crisis agrarias, mientras el país se sumía en los estertores del Antiguo Régimen. Otras enfermedades como el paludismo, la viruela o la fiebre amarilla vinieron a tomar el relevo y cobraron en el transcurso del siglo XVIII una virulencia parecida a la que había tenido la peste en los siglos anteriores. Causaron la muerte a muchos españoles, especialmente a los niños. Otros males como el tifus, la difteria —también conocida en España como «garrotillo» por los síntomas de asfixia del paciente al que parecía que le dieran garrote— o la disentería campaban a sus anchas por muchas zonas del país, con apariciones periódicas que solían revestir caracteres igualmente epidémicos.

Sin duda, la acentuación de este nuevo ciclo epidémico al finalizar aquella centuria contribuyó a frenar la tendencia alcista que la población había tenido hasta entonces y fue un motivo de constante preocupación para los gobernantes ilustrados de los reinados de Carlos III y Carlos IV, pero también, en contrapartida, dio algunos de los mejores ejemplos de la literatura y del compromiso médico al servicio del bienestar público de nuestra historia. Se trataba de armonizar unas relaciones armónicamente simbióticas entre el poder político y los representantes de la Ciencia Médica, quienes reclamaban la toma de decisiones en aquello que consideraban materia de su competencia. Con optimismo lo afirmaba el médico barcelonés Jaume Bonells, en el discurso inaugural de la Academia Médico Práctica de Barcelona, en 1779:

Pero como no basta conocer los motivos de las enfermedades populares sin remediarlos, y muchos de ellos sólo el Gobierno los puede remediar, es forzoso que el Magistrado y los médicos obren de acuerdo; estos para observar las causas que influyen en las enfermedades del país, y proponer los medios para corregirlas; aquel para tomar las medidas oportunas, y dar las órdenes correspondientes a fin de poner en obra los medios que se le propongan. El Gobierno necesita de las luces de la Medicina para providenciar lo que conviene a la salud pública, y la Medicina de la autoridad del Gobierno para la ejecución de sus consejos. Siempre que la aplicación y zelo de los médicos y de los Magistrados cooperen al mismo efecto, se podrán atajar muchas calamidades que asolan varias provincias.⁵

Fue esta, por tanto, la época de la aparición de las primeras topografías en el ámbito de la medicina, un género científico que encarna a la perfección las nuevas corrientes del pensamiento médico del siglo de las luces. Estas obras destacaron por su preocupación en el análisis detallado de los casos clínicos que permitieran conocer la naturaleza del mal. Indudablemente, estaban inspiradas en los planteamientos iniciados una centuria antes por el médico inglés Tomás Shyde-man y por un renovado hipocratismo atento a los aspectos medioambientales relacionados con la actividad económica humana — considerados condicionantes decisivos en los estados de salud de las poblaciones — que sentaría las bases del higienismo del siglo XIX. Es a muchos de estos escritos a los que debemos hoy un perfecto conocimiento de la incidencia que tuvieron los contagios en la España de aquellos años.

Ilustrados y tercianas

Desde el advenimiento de la nueva dinastía, muy pronto los gobernantes borbónicos se preocuparon por lo que a su juicio resultaba una evidencia: la Monarquía española adolecía de una importante merma de gentes que era el resultado de una precaria situación económica y una de las causas de la pérdida de peso del país en el ámbito internacional. Si la población decrecía, el Estado caminaba hacia su ruina. Desde esta perspectiva, las referencias míticas a una España pletórica de habitantes en tiempos de los Austrias mayores fueron una constante en la literatura económica y política de la época, conscientes sus autores de que el siglo XVII había marcado una clara inflexión a este respecto.

Desde una óptica predominantemente mercantilista, la reclamación urgente de medidas que favorecieran un aumento de la población fue una reivindicación permanente. Se precisaban más hombres para las fuerzas armadas, más individuos para trabajar más hectáreas de tierra o producir más manufacturas, más súbditos de los que conseguir impuestos destinados a la defensa de una potente monarquía. Buena parte de los políticos y pensadores postularon que un aumento de la fuerza de trabajo posibilitaría una mayor producción nacional que a su vez serviría para alimentar más bocas en el interior, proveer mejor los mercados coloniales y comerciar en condiciones más ventajosas con las potencias extranjeras.

Con estas creencias quedaba claro que la primera premisa para el renacimiento nacional y su prueba evidente pasaban por la misma variable: la población. De ahí la obsesión con la que los ilustrados contaron una y otra vez el número de hombres que habitaban el país, como lo demuestran los frecuentes censos que se hicieron por encargo de diferentes ministros borbónicos a lo largo de la centuria (Campoflorido en 1712-1717, Ensenada en 1752, Aranda en 1768, Floridablanca en 1787 y Godoy en 1797). El afán por favorecer desde el poder político el aumento de la población puede ayudar a entender determinadas propuestas natalistas, que hoy pueden parecernos algo irreales, como la de ennoblecer a los padres que tuvieran más de doce hijos, siempre y cuando siete fueran varones sin intermediación de hembra (los llamados *hidalgos de bragueta*). Esta medida procedía de siglos anteriores y, como no era menos de esperar, continuó mostrando su ineficacia. Hubo también, recordemos, intentos de crear nuevas colonizaciones de trabajadores extranjeros en Sierra Morena, a lo largo del Camino Real que unía Madrid con Sevilla y Cádiz, como por ejemplo el planteado en 1767 por Pablo de Olavides, intendente de Andalucía, más interesante como proyecto ilustrado global que por su trascendencia demográfica. En cambio, algo más de eficacia obtuvieron algunas acciones encaminadas a la regulación de las carestías alimenticias, tales como la construcción de innumerables pósitos, especialmente en Castilla, bajo el impulso de la Superintendencia General de Pósitos, creada en 1751.

Pero no era solamente preciso contar con una población en gran número. Además, era necesario que fuese una población sana. Y por ello no es de extrañar que los ilustrados españoles declararan la guerra a las enfermedades epidémicas que ponían en peligro aquellas loables aspiraciones nacionales y que, como nunca antes, los médicos que participaban de aquellos ideales regeneracionistas encontraran más oídos dispuestos a escucharlos. El médico figuerense Josep Masdevall fue un claro ejemplo de aquella simbiosis entre medicina y política en el XVIII. Nacido en el primer tercio del siglo, era hijo de un antiguo asentista que proveía de víveres al ejército en el Ampurdán. Cursó estudios en la entonces recién creada Universidad de Cervera, en Cataluña, de la que posteriormente fue docente. De claro talante pragmático y mentalidad natalista y productivista, su significado histórico tuvo especial relieve durante los reinados de Carlos III y Carlos IV, y fue a lo largo de las últimas décadas del setecientos uno de los principales árbitros de la sanidad española, situación de privilegio merced a la continuada y generosa protección real de que gozó, especialmente por sus buenas relaciones con el Conde de Floridablanca. De hecho, fue uno de los pocos médicos que en el siglo XVIII, además de ser nombrado médico de Cámara —por tanto, considerado entre los más cultos y preparados— terminó siendo ennoblecido por los Borbones (22 de diciembre de 1785) y llegó a ser presidente en 1799, dos años antes de su muerte, de la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, la primera academia científica española del Siglo de las Luces.⁶

En uno de sus más célebres escritos, el que realizara en 1786 a partir de su experiencia en la lucha contra el contagio de paludismo iniciado unos años antes en tierras leridanas, Masdevall exponía claramente su optimismo populacionista depositado en una población española que superaría el terrible azote de las enfermedades epidémicas:

[...] por cuyo medio conseguirá España la población de que tanto necesita, y con ello el engrandecimiento y prosperidad de la Monarquía, cuyo logro y felicidad hacen depender muchos proyectistas únicamente de un elevado magnífico y opulento comercio, olvidándose todos de la piedra fundamental de este edificio, que es un proyecto seguro y fácil de tener hombres y poblaciones sanas, en gran número y robustos. Ello es mas que cierto que el comercio es la fuente y manantial de las riquezas de un Estado. En todos siglos y en todas edades hallamos Imperios y Repúblicas opulentas y muy ricas, en que reynaba el buen gusto, la suntuosidad y el regalo, y que poseían un poder formidable con un extendido y magnífico comercio; pero en todas ellas hallamos una abundantísima población, por lo que se hacían respetar de todos. Esto es lo que hizo la España en los pasados tiempos de su felicidad, honor y esplendor. Entonces con su abundante población daba espíritu y actividad a la agricultura, la qual producía tan abundantes cosechas, que sacado lo necesario para su subsistencia, le quedaba mucho con que negociaba en un activo y floreciente comercio. Rebosaba así la nación en tesoros que sacaba de los extrangeros; mantenía colonias muy distantes. Fueron muchas las guerras que con honor y con sus numerosas escuadras sostuvo en aquellos tiempos de felicidad en regiones muy distantes de nuestro continente. En fin se hizo muy temible, y supo hacerse respetar por toda Europa; y a todos estos crecidísimos gastos bastaba el erario Real solo, porque los vasallos eran muchos, comerciantes, laboriosos y ricos.

Es actualmente nuestra España un dilatado y extenso territorio pingüe y feroz, pero en muchas partes desierto, inculto y sin desmontar, que solo sirve para pastos, y que está clamando por brazos que lo desmonten y cultiven. Labrados estos terrenos sacaríamos de ellos un sinfín de granos y de otros frutos preciosos, como nuestros exquisitos aceytes, vinos los más sabrosos, y aguardientes de la mejor qualidad. Dios por su infinita bondad ha querido hacernos poseedores de las Américas, a las que con un respetable y floreciente comercio pudiéramos enviar tantos frutos preciosos, y volveríamos cargados de sus ricas producciones, y principalmente de sus estimables metales, con los que se engordan nuestros vecinos y rivales con su tan crecido comercio clandestino, que hacen y continúan por nuestra desidia, falta de riquezas y de población.

Por ello, Masdevall profetizaba que de la aplicación de sus remedios terapéuticos (a los que más adelante nos referiremos), el crecimiento de la población española habría de ser tan espectacular que:

En la revolución de cincuenta años ha de ser asombrosa nuestra población y mayor que la de la China, de quien se dice tiene más gentes ella sola, que todos los dominios juntos de Europa, por cuyo medio nos será fácil poblar debidamente no sólo este continente, si no también los dilatados y tan feroces regiones de nuestras Américas, cuyas circunstancias nos proporcionarán el opulento comercio y las demás felicidades arriba indicadas.⁷

La creciente importancia e inquietud que el tema epidemiológico tuvo entre los tratadistas médicos españoles del período ilustrado se manifestó en textos parecidos de médicos como Ased y Latorre, Rodón y Bell, Antonio Pérez, Felix Ibáñez o Francisco Llansol. El ideario del médico catalán sería suscrito en su totalidad por el espíritu reformista e ilustrado más adelantado del momento, abogando por la creación de

nuevas instituciones médicas donde se realizara un aprendizaje más correcto y experimental de la medicina y una más cabal regulación de la vigilancia y control de la sanidad pública. La labor profesional de Masdevall como médico debió iniciarse en los años centrales del siglo XVIII. Su formación y trabajo tuvieron estrechos contactos con la Medicina europea de la época y sabemos que en 1781 el gobernador de Gerona le hizo efectuar dos viajes a Francia para que averiguara las causas de una fuerte epidemia en las tierras vecinas del sur de Francia que amenazaban a Cataluña.

Muchas de sus reflexiones vieron la luz durante la terrible epidemia de tercianas de la década de 1780. Al paludismo o fiebres tercianas —pues con esta segunda acepción se lo conocía en la época, por la intermitencia de tres a cuatro días en que revertía la fiebre— como enfermedad endémica, especialmente en la cuenca mediterránea, se la venía mencionando con frecuencia desde tiempo atrás y muy significativamente en los siglos XVI y XVII. Como tantas otras enfermedades epidémicas de la época, su agente patógeno no fue descubierto hasta mucho tiempo después. Fue el médico francés Alphonse Laveran el que en 1880 lo descubrió en un parásito, un «hematozoario» bautizado con el nombre de *Plasmodium falciparum*, que a través del mosquito «anófeles» incidía sobre la población humana. La necesidad de un cierto grado de calor —no inferior a los 15 grados centígrados— para que se desarrollara tanto el parásito como su vector, así como la presencia de aguas estancadas en forma de lagunas donde era más propicia la reproducción de las larvas del insecto, eran la razón principal por la que las zonas próximas eran más propensas a la infección. Además, los mosquitos se desplazaban muy activamente en épocas de calor, se multiplicaban en el verano y fomentaban así la dispersión del virus.

Durante las centurias modernistas, aún desconociendo el motivo real de la infección, los diferentes tratados que se ocuparon de describirla la vincularon tanto a la proliferación de áreas pantanosas y encharcadas como a la expansión de los cultivos arroceros que empleaban el medio subacuático. En la España mediterránea la influencia del mercado, especialmente el internacional, promovió durante el siglo XVIII la bonificación de terrenos pantanosos que si bien a menudo requerían cuantiosas inversiones, tenían casi siempre como finalidad la introducción de cultivos comercializables y prácticas agrícolas intensivas. Entre éstas destacaba el arroz, que se cultivaba desde la época musulmana en el País Valenciano y que experimentó un crecimiento notable sobre todo en las tierras regadas por el Júcar, en el delta del Ebro y en el Ampurdán catalán. Si el arroz favoreció durante ese siglo el incremento de la población de estas regiones —ya que se procuraba su alimentación en los momentos difíciles derivados de las habituales carencias trigueras— es bien cierto que lo hizo a costa de causar la enfermedad y, en muchas ocasiones, la muerte de sus cultivadores. Estas zonas se convirtieron en focos permanentes de infección sobre las poblaciones próximas a ellas, tal y como denunciaba

el mejor libro del setecientos en esta materia, editado en Valencia en 1751: el *Tratado de las calenturas, según la observación del mecanismo*, de Andrés Piquer y Arrufat, el médico de Cámara valenciano de Fernando VI. Su opinión sobre los efectos perniciosos del cultivo del arroz eran tajantes:

Siendo, pues, indubitable que el aire inficionado con las exhalaciones que se le comunican de los lugares donde se cría el arroz producen muchas y graves enfermedades y epidemias peligrosas, como tienen la triste experiencia de esto aquellos infelices que, o por necesidad, o por destino, o por la codiciosa ambición de el oro, tienen su morada junto al lugar donde esta planta se cría, asegurándonos asimismo los grandes daños que en la salud de las gentes ocasiona el aire de los arrozces y de cualesquiera otras lagunas infectas con exhalaciones de esta naturaleza.

En ocasiones la expansión de la enfermedad no era sólo atribuible a la proximidad de los cultivos arroceros o a la proliferación de zonas pantanosas e insalubres, sino también a las inadecuadas —cuando no inexistentes— redes de saneamiento y distribución de agua en las ciudades y pueblos. La ciudad de Alicante, por ejemplo, que no contaba con arrozales en su entorno, recibió la visita constante de las fiebres durante todo el siglo. La irrupción de las tercianas era achacable, en este caso, al embalsamiento y putrefacción de aguas en las zonas deprimidas de la cercana huerta, a la presencia de ameradores de esparto en la costa inmediata a la ciudad, a la existencia de la laguna litoral de la Albufereta relativamente próxima al casco urbano así como a las deficientes condiciones de salubridad que ofrecían las conducciones de agua y la red de saneamiento. Las calles de los arrabales alicantinos, hacia donde se dirigían los campesinos de la huerta en caso de epidemia en búsqueda de socorro médico y material, presentaban habitualmente un paisaje poco grato en el que convivían desperdicios y excrementos, residuos de fábricas de aguardiente y almidón, despojos del matadero en estado de descomposición y constantes lodazales del agua de las fuentes. Precisamente en aquel lugar las fiebres atacaron con crueldad a los más desvalidos en 1746 y se reiteraron en 1753 y 1760.⁸

Aunque hubo algunos brotes importantes en Valencia en 1765 y 1775, las tercianas aparecieron en forma epidémica al comenzar los años ochenta, desbordando sus límites naturales para extenderse prácticamente por la totalidad del país, a la vez que elevaba considerablemente su carga mortífera. La enfermedad fue detectada en Lérida en los primeros meses de 1783 y se extendió a continuación por las tierras del sur de Cataluña, Valencia, Aragón, La Mancha, Castilla la Nueva, Andalucía y Extremadura. Estas regiones conocieron también el im-pacto de las fiebres, a las que se unieron en algún que otro momento enfermedades epidémicas como las viruelas o el tifus, cuya actuación se prolongó por espacio de más de una década, hasta el punto de convertirse en uno de los problemas más importantes con que tuvo que enfrentarse la política sanitaria de los gobiernos ilustrados.

En su génesis tuvieron mucho que ver las fiebres tifoideas, habituales compañeras de los ejércitos, a las que se acoplaron las endémicas tercianas del litoral mediterráneo. El doctor Antonio Pérez de Escobar señalaba en su texto epidemiológico *Avisos médicos, populares y domésticos* (1776) que la epidemia se había iniciado a partir de la guerra de Portugal de 1764 y del sitio del peñón de Gibraltar por tropas españolas y auxiliares francesas; al retirarse estas últimas en dirección a su país habían esparcido el mal a su paso por toda la Península, iniciándose por Extremadura, donde las tropas se alojaron. Josep de Masdevall, que en 1783 sería nombrado Inspector General de Epidemias, cargo que suponía un poder casi absoluto sobre la postura terapéutica y preventiva de la epidemia, se haría eco de aquella tesis. Las epidemias se habían generalizado de nuevo a partir de aquel año:

[...] época en que retirándose las tropas francesas de Portugal, nos dexaron la semilla del contagio de las calenturas pútridas, contagiosas y malignas que habían padecido en aquella campaña. Al llegar a este Principado, que fue en 1764, nos llenaron los hospitales de su tránsito de las mismas enfermedades que habían padecido en Portugal, y con la comunicación que tuvieron con nuestros paisanos (habiendo sido preciso alojarlas en las casas de los particulares) dexaron éstas aquel vapor y fermento venenoso [...]. La comunicación, el comercio, la amistad y parentesco de las gentes de los pueblos del tránsito de las tropas francesas con los demás por donde no transitaron, comunicó también a éstos los referidos males; de modo que fueron también muchísimos los pueblos de este Principado, que sin haber tenido comercio ni trato con las tropas francesas, fueron acometidos de las mismas enfermedades.

Se sabía que los ejércitos eran uno de los más poderosos instrumentos de difusión de las enfermedades contagiosas en el pasado y por ello Masdevall propondría, sin éxito, que:

[...] al retirarse las tropas de las campañas en que hubiesen padecido [contagio], se les mandase quedar una temporada a las fronteras del Reyno, y se les obligase a hacer una especie de quarentena; no quiero decir con el rigor con que se hace por la Peste, sí sólo tenerlas en dichas fronteras por un cierto tiempo, haciéndolas respirar el ayre de una buena y saludable campiña, y purificando con distintos saumerios apropiados diariamente sus vestidos y alforjas; siendo cierto como lo es que llevan en sus ropas de lanas varias miasmas y exalaciones pútridas y contagiosas.⁹

Los momentos más álgidos de la enfermedad se vivieron entre 1784 y 1786. Según relataba Masdevall, que nos da una minuciosa descripción clínica de la enfermedad:

[...] en algunos empezaba la calentura por un frío sensible, siguiéndose un calor intenso, que se disipaba por un sudor excesivo, que disminuía notablemente todos los síntomas; sobrevenía después otro crecimiento con frío, y mucho calor que se terminaba por los mismos sudores, lo que duraba de cinco a seis días, estando cada día el crecimiento en un frío menos intenso, en lo que a proporción eran las remisiones y los sudores menos sensibles: todo con un notable cansancio y mucha postración de fuerzas; de modo que a pocos días no tenían vigor los enfermos para manejar ni levantar sus miembros; se quexaban de un dolor intenso en el espinazo y riñones, y de una fuerte opresión en la boca del estómago, acompañada con unos vómitos de unas aguas amargas y amarillas. El dolor de cabeza era muy intenso, la sed muy considerable. La lengua se cubría de un lodo blanquecino y algo amarillo, y se volvía luego seca y de color de granada, el pulso era oprimido, frecuente

y duro, las orinas en los primeros días claras y limpias como agua de fuente, pero luego se turbaban y volvían encendidas.¹⁰

Normalmente el ciclo de la enfermedad comenzaba en el momento en que un mosquito infectado inoculaba en el hombre el *plasmodium*. A las pocas horas, los parásitos abandonaban rápidamente la sangre y se alojaban en las células hepáticas. En ese lugar encontraban condiciones adecuadas para multiplicarse y cada uno de ellos originaba un mar de gérmenes que terminaban por destruir la célula. A partir de los doce días, los parásitos pasaban de las células destruidas en el hígado de nuevo a la circulación sanguínea, lo que daba lugar a los síntomas típicos de la enfermedad descritos por Masdevall: escalofríos y fiebres.

Es difícil saber el número total de afectados. Masdevall, conocedor sobre el terreno de la extensión y los efectos de las tercianas en su calidad de Inspector de Epidemias, decía que había corregimientos en los que a su paso le aseguraban sus gentes «que había perdido el rey la tercera parte de su población». El 19 de septiembre de 1786 el ministro Campomanes ordenaba a los intendentes la remisión «en el término de un mes» de estados periódicos sobre la evolución de la enfermedad en sus respectivas demarcaciones, con los detalles del número de enfermos que las hubiesen superado, el de muertos y el de convalecientes. A partir de entonces empezaron a llegar al Consejo estados semanales o quincenales que daban cuenta de la marcha de la enfermedad, pero su carácter fragmentario o repetitivo impide lograr una visión de conjunto. Sin duda hubo por todo el país, en especial por las regiones del Levante, un número considerable de afectados, aunque su grado de letalidad varió de un lugar a otro. En tierras alicantinas, según datos de finales de aquel año de 1786 correspondientes a la ciudad y a los pueblos de su jurisdicción, se contabilizaron 784 enfermos, 308 convalecientes y sólo 35 muertos sobre una población de 32.949 personas. Los porcentajes son parecidos para Orihuela y su comarca, con 28 fallecidos sobre un millar de afectados, en una población de 20.288 personas.¹¹ Si hacemos caso a estas observaciones, el grado de letalidad parece haber sido aquí menor. Los contagiados fueron, en la mayoría de los casos, jornaleros que habían contraído las tercianas en Castilla, a donde se habían desplazado en busca de trabajo.

Mayor gravedad parece haber alcanzado, sin embargo, en la ciudad de Guadalajara y en las localidades alcarreñas en aquellos mismos años. En la villa de Escopete en 1785, refiere el médico alcarreño Félix Ibáñez, durante los meses veraniegos, las fiebres se hicieron más rebeldes y murieron con el rigor del calor de agosto y septiembre 76 personas: «Muchachos de 10 a 15 años [se dice] no se libraba uno, todos morían»; en cambio, «viejos de 50 años en adelante murieron pocos». Al siguiente año, la epidemia rebrotó con más brío, tal y como nos relata el propio médico de manera muy elocuente:

Se ha padecido mucho, de modo que llegó tiempo de no haber quien llevase los cadáveres al sepulturero, y por cuatro veces tener que sentarse el Preste, y el Sacristán a la Puerta de los difuntos por no haber ninguno que pudiese coger el féretro ni hallarse en el pueblo. Ha sido lance de dejarse la Cruz parroquial a las puertas de la casa.

El cuadro era igualmente catastrófico en poblaciones próximas. En Lupiana, a comienzos de octubre de 1786, de unas 1.000 personas que la habitaban, sólo unas 50 no habían sufrido los efectos de la epidemia. El resto de la población convalecía o se hallaba enferma, poniendo en amenaza de ruina toda la economía agraria del pueblo:

Casas hay de cinco a seis personas, que aún se hallan todos en cama sin poder socorrer los unos a los otros, y lo que causa mayor sentimiento, sin poderse ayudar para su asistencia [...]. No han padecido estos poco desfalte por no poder custodiar sus ganados, caminando estos libremente por viñas, olivares y judiars a causa de no haber quien los cuidase y celase por estar Justicias y Guardias con el común contagio. Convidan con el frutos y sus bienes y no hay quien ofrezca dineros. A algunos se les ha perdido en las heras parte de sus cosechas por no hallar jornaleros y por no tener medios para sustentarlos [...]. Se quedaron mucho fruto por falta de vendimiadores [...]. Pobres y ricos han carecido tres semanas en distintas ocasiones y algunos otros días, de asistencia formal del médico, y hoy actualmente carecen también de la de cirujano.¹²

En Guadalajara, de 72 frailes que componían la comunidad franciscana solo 8 estaban libres de contagio y «los restantes se hallaban en la enfermería y en las celdas». Por todos los lugares la enfermedad, que pareció afectar más a los medios rurales que a las grandes ciudades, se asoció a la carencia de higiene y a la miseria rural. En las tierras leridanas Masdevall hablaba de la sequía de los años anteriores que condicionó las malas cosechas, razón por la que muchos «que no tenían otro arbitrio tuvieron que ir al campo y coger para su alimento varias verduras salvages y qualesquiera yerbas que producía la tierra en tanta sequedad, sin ver ni respirar de que especie eran, y si podían ocasionarles algún daño». El hacinamiento en las viviendas rurales era otra circunstancia que agravaba la difusión del contagio. El mismo Masdevall ordenaría en diversas poblaciones la apertura de puertas, ventanas y agujeros en las ventanas como remedio para sanear las casas contagiadas con varios miembros de una misma familia. Varios viajeros europeos que recorrieron Cataluña durante aquellos años y que fueron testigos casuales de la epidemia coincidían en señalar la carencia de higiene de muchos pueblos catalanes. El inglés Arthur Young, al referirse a la población de Martorell, en el camino real entre Barcelona y Zaragoza, decía: «todos hacen punta, y la gente tiene, además, otra ocupación menos agradable a la vista: la de buscarse los unos a los otros los piojos que los devoran. No hay nada tan infecto como sus personas ni tan sucio como sus casas. Viéndolos, he apreciado lo que vale la limpieza, y todavía más bajo este clima de fuego». Parecida opinión tenía de la villa el clérigo, médico y economista Joseph Townsend, espectador también de las epidemias de 1786 y 1787, que escribía que «Martorell era una calle larga y estrecha, en la cual la pobreza, la industria y la

suciedad, que difícilmente se encuentran juntas, se han puesto de acuerdo para convivir unidas».¹³

En definitiva, es difícil saber las cifras absolutas de afectados. Se habla de casi un millón de enfermos palúdicos en 1786, de los que fallecieron tal vez más de 100.000. Al siguiente año, el total de enfermos pudo ser también considerable, tal vez no inferior al medio millón, lo que pudo ocasionar otras 50.000 víctimas por todo el país.¹⁴ Las medidas que el gobierno adoptó, con un claro tono paternalista, atendieron a los dos aspectos —epidémico y económico— del problema. Carente de recursos económicos por la cada vez más agobiada situación hacendística a que había conducido el apoyo a las guerras de los colonos norteamericanos contra Inglaterra, el gobierno recomendó una dedicación especial de la beneficencia religiosa «hacia aquellos infelices, señaladamente en los pueblos, que por haberse difundido con exceso las tercianas u otros motivos, estuviesen más necesitados» y que las autoridades de cada lugar echasen mano a los bienes de propios —el conjunto de tierras y propiedades colectivas municipales— y sobrantes de arbitrios para socorrer a los pobres enfermos que careciesen de los bienes o fondos, suministrándoles las medicinas que se les recetasen y el alimento necesario. El resto debería sufragarse las medicinas y la atención de sus propias economías.

En el aspecto estricto de la lucha antiepidémica, también se propugnaron medidas tanto preventivas como curativas, alentadas en ocasiones desde el estamento médico, entre las que destacaban la realización de obras públicas que permitieran desaguar y canalizar las aguas estancadas, así como la desecación y terraplenado de los lugares cenagosos, focos habituales de la propagación de la enfermedad. De hecho, existía el precedente de las regiones pantanosas próximas a Roma, que vieron cómo disminuía el peligro de la enfermedad tras las labores de desecación promovidas por el gran teórico del momento, el italiano Giovanni Maria Lancisi. Los escritos de este autor fueron pronto conocidos y aceptados en España por el protomédico de Fernando VI, Andrés Piquer, que propugnó parecidas soluciones para el caso valenciano desde 1751. Intereses privados contrarios a muchas de estas obras, por el peligro que representaban para lucrativas actividades económicas, impidieron que muchos de estos planes se llevaran a la práctica. No obstante, la cantidad de proyectos realizados a tal fin nos permiten al menos identificar aquellos espacios que, a los ojos de las autoridades borbónicas, reclamaban una más urgente intervención.

En Cataluña, las epidemias y calenturas de los años 1783 y 1784 determinaron la necesidad de acometer el saneamiento de terrenos con aguas estancadas que se suponían relacionados con el origen y expansión de las enfermedades palúdicas. La Marina de la parte de Poniente de la ciudad de Barcelona y el delta del río Llobregat

constituían zonas especialmente nocivas sobre las que se reclamó la construcción de una red de canales que evacuaran las aguas estancadas y permitieran el cultivo en los eriales resultantes. También en Valencia, durante los años de 1784 y 1786, la gran epidemia de tercianas padecida, que amenazó con extenderse hacia la Meseta y Andalucía occidental, puso de relieve la peligrosidad de su Albufera. Aquella zona ya había sido objeto desde épocas bajomedievales de operaciones de saneamiento para reducir el perímetro de la laguna, pero durante el siglo XVIII conoció el progreso de los arrozales, cuyo cultivo beneficiaba, ante la excelente coyuntura alcista de los precios agrícolas durante la segunda mitad del setecientos, a ricos hacendados de la huerta y a comerciantes de la ciudad de Valencia, quienes con todo tipo de recursos conseguían derogar ante los tribunales las ordenanzas que prohibían el cultivo de arroz en aquellas zonas, como denunciaba el médico valenciano Francisco Llansol en 1784.¹⁵ También la Albufera de Elche fue objeto de una política de roturaciones y bonificaciones parecida en el siglo XVIII, promovida tanto por el cardenal Belluga como por el marqués de Elche en sus dominios, aunque con escasos logros hasta mediados de la centuria siguiente cuando el Instituto Nacional de Colonización construyó la infraestructura hidráulica adecuada. En la región alicantina fueron asimismo objeto de estudio la desecación del marjal de la Albufereta, las marismas de Vinalopó y Segura y la laguna de Salinas, motivo de preocupación para los vecinos pues «con su feto (hedor), infectan la atmósfera y producen tercianas y epidemias tan crueles que en solo un año destruyeron dos terceras partes de los moradores, cuyo número, en vez de aumentar como en otros pueblos, cada día disminuye», según observaba el doctor Cavanilles en sus *Observaciones sobre la historia natural, geografía, agricultura, población y frutos del reino de Valencia* (Madrid, 1795-1797). Aunque se intentó su desecación en 1788, la empresa no llegó a buen fin. Hubo de esperarse hasta 1928 para el saneamiento de este paraje.

El endorreísmo no era algo exclusivo de las llanuras costeras levantinas o de las marismas del Guadalquivir. Fuera del ámbito mediterráneo también durante el siglo XVIII se pretendió sanear y cultivar otros terrenos pantanosos y junciales. En la meseta se puede citar la laguna de San Benito, localizada entre las provincias de Albacete y Valencia. Tanto Floridablanca en sus relaciones epistolares como Cavanilles en su obra, relacionaban las aguas estancadas de la laguna con los brotes de paludismo y las fiebres tercianas de la comarca y proponían su desecación mediante la apertura de un canal que diera curso libre a las aguas. Posteriormente, el fondo de la cuenca se convertiría en tierras de cultivo. Estos eran los objetivos presentes en el proyecto de desecación presentado en 1799. Los primeros trabajos fueron interrumpidos por la Guerra de la Independencia y proseguídos en 1815, cuando fue concluido su total desagüe. Ello fue posible por la confluencia de los intereses de los propietarios de los terrenos y del vecindario de Almansa y, coyunturalmente, por el empleo que la realización de las obras proporcionó a los jornaleros de la zona.

No hubo tanta suerte en las costas gallegas. En 1765 el ingeniero Lemaury presentó a la consideración del gobierno un proyecto para el saneamiento y colonización de las marismas de Betanzos. En él se preveía canalizar la ría para que la ciudad pudiera revitalizar el tráfico portuario —disminuido por el ciegue progresivo de su estuario— y cultivar los extensos juncuales de sus marismas, estableciendo una colonia agrícola que podría albergar hasta 154 familias. Para ello se proyectaron varias obras hidráulicas que incluían la construcción de diques contra la marea, la regulación de esclusas y compuertas de los aportes fluviales y el desfondado de la ría. El plan, que gozaba del beneplácito de las autoridades borbónicas, fue debatido entre 1765 y 1774 pero sin resultados prácticos a causa de las rivalidades entre La Coruña y Betanzos, así como por la oposición de los concejos locales o la Iglesia, para los que la ampliación de labrantíos suponía la pérdida de ingresos en concepto de arriendo de pastos, juncuales o de diezmos. Por un lado, la rivalidad portuaria y mercantil entre La Coruña y Betanzos planteó objeciones a las labores de limpieza de la ría de la que podría resultar beneficiada esta última en perjuicio de la primera. Por otro lado, los propios intereses de los vecinos de Betanzos se decantaban por continuar aprovechando los pastos y juncuales de dicho ámbito geomarítimo a que se convirtieran en tierras de labrantío. A todo ello hay que añadir los ingresos que el Concejo obtenía por tales conceptos, el interés de la Iglesia en conservar los diezmos y la oposición de los hacendados que, siendo dueños de las marismas, recibían rentas en concepto de aforamiento o arriendo. Si el plan se realizaba con el patrocinio del Estado, muchos de estos derechos corrían el peligro de quedar subrogados en favor de la Hacienda Real, lo que explica la general oposición local que el proyecto despertó. Fue un ejemplo más del conflicto permanente que enfrentó a los proyectos de ordenación y transformación espacial bajo estrictos criterios mercantilistas de los gobiernos borbónicos con los derechos y privilegios del antiguo régimen señorial español. Como señalaría Joaquín de Villalba en su *Epidemiología española*:

[...] el gobierno español invierte hoy sumas inmensas en desagües de pantanos y ríos estancados en socorro de las calamidades públicas; y sus providencias serían aun más activas y frecuentes, si el temor, la cobardía o el interés particular no las ocultase a la sensibilidad natural, que mueve sus órganos y los anima.¹⁶

Tras la otra grave incursión epidémica de paludismo por el interior de la Península, en los años 1803 y 1804, se pusieron de manifiesto las deficiencias de la administración para abordar este punto esencial de la higiene pública. Los médicos como Antonio Cibot continuarían denunciando en 1806 la mala policía sanitaria y la necesidad de abordar en serio la desecación de balsas, lagunas y pantanos.

Respecto a las medidas terapéuticas del paludismo, éstas se redujeron, hasta bien entrado el siglo XVII, casi exclusivamente al uso de refrescos como supuestos paliativos

de la fiebre y al abuso de las sangrías. A mediados del setecientos, el médico valenciano Andrés Piquer ya proponía como remedio más eficaz el empleo de vomitivos y *quina*, descartando el uso de la sangría en los casos más graves. Sin embargo, fue Josep de Masdevall el que sostuvo en 1783 que el remedio a emplear para hacer frente a las fiebres tercianas había de ser de carácter químico. Para ello, descartando tajantemente el uso de la sangría, proponía la utilización de lo que él denominaba *opiata*, compuesto químico de su invención elaborado a base de sales de amoníaco, ajeno, tártaro emético y quina, esta última principal ingrediente de procedencia americana.

De hecho, la materia médica americana sólo ha aportado a la farmacopea europea tres drogas naturales con actividad terapéutica comprobada: la coca, la ipecacuana y la quina. La masticación de las hojas de coca por las culturas andinas se debía a que estimulaba la función cerebral y disminuía la fatiga y suprimía el hambre. Por ello, los conquistadores españoles favorecieron su consumo entre los miles de trabajadores indios empleados especialmente en la explotación de los ricos yacimientos mineros de plata del Potosí. También se usaba como anestésico o en las «cámaras» o disentería. Como remedio de esta enfermedad fue la raíz de la ipecacuana la que tuvo mayor éxito. Fue recomendada primeramente por Miguel Tristão, un boticario portugués de Bahía, en Brasil, que conoció sus propiedades antidisentéricas a través de los indios tupíes hacia 1620. El médico holandés Willem Piso (1611-1678), mejor conocido por Piso, en la *Historia naturalis Brasiliae* (1648) refirió el tratamiento de la disentería con la raíz de la ipecacuana *Psychotria emetica*, cuyo principio activo es la emetina. La droga alcanzó fama cuando Jean Adrien Helvetius (1661-1727), médico suizo educado en Leiden — donde conoció a Piso — y que ejerció luego en París, curó de disentería al Delfín de Francia en 1688 con polvos de ipecacuana y recibió por ello una elevada recompensa. Pero de todas las drogas americanas sólo la quina está indicada como específico de la malaria.

No parece que esta enfermedad estuviera presente en la América precolombina y, de hecho, no hay testimonio de que los pueblos indígenas donde crece el quino emplearan su corteza en el tratamiento de las fiebres. Es más, debido a su sabor amargo, después de que fueran descubiertas sus propiedades específicas en la malaria y las fiebres, los indígenas rehusaban tomar la quina. Son muchas las leyendas sobre la manera en la que los españoles conocieron su uso. La más famosa es la «leyenda de la condesa», publicada por Sebastiano Bado en 1663, quien la tomó de la narración epistolar de Antonio Bollus, un mercader genovés que vivía en Lima en 1649. Según ésta, por el año 1630 el corregidor de Loja en la audiencia de Quito, virreinato del Perú, don Juan López de Cañizares, resultó «atacado de calenturas», de la que curó mediante el remedio que un jesuita le suministró, y que no era otro que la corteza de un árbol de cuya eficacia le había informado un indígena, luego de abrazar la fe católica. Algún tiempo después, la

esposa del virrey don Luis Jerónimo Fernández de Cabrera y Bobadilla, conde de Chinchón, cayó enferma de la fiebre intermitente y el corregidor, al saberlo, le envió a Lima la benéfica corteza, instando al virrey a que se le administrara a su esposa. Así lo hizo y curó la condesa pronto y bien. En acción de gracias, aparte de las ofrendas a la iglesia, la condesa hizo distribuir en el vecindario de Lima grandes cantidades de la salutífera corteza reducida a polvos, razón por la que también se la conocía como *pulvis comitissae* o «polvos de la condesa», y que después fueron llevadas por ella a España. De esta leyenda derivan un poema de La Fontaine y la romántica historia *Zuma ou la Découverte du Quinquina*, escrita por madame de Genlis a principios del siglo XIX. Lastimosamente, la romántica historia es del todo falsa. De las dos esposas que tuvo el conde de Chinchón, la primera, doña Ana de Osorio, falleció en España tres años antes de que el conde fuera designado virrey, y en cuanto a la segunda, doña Francisca Henríquez de Ribera, según el propio diario del conde de Chinchón, gozaba de buena salud, jamás tuvo tercianas y murió, sin volver a España, en Cartagena de Indias.

Con toda probabilidad la verdad fue más prosaica. Los polvos de quina comenzaron a ser utilizados como infusión en la zona de Loja, en la audiencia de Quito hacia 1630, para combatir los temblores del frío, principalmente entre los mineros de la cordillera andina empleados para la explotación de las minas de plata. Por analogía, fue empleada en los temblores del paludismo motivados por la segmentación del plasmodio en la sangre del infectado. Pero además, y en esto residía su principal virtud en el tratamiento de la malaria, impedía los accesos de fiebre palúdica porque destruía los esporozoítos del paludismo, el *Plasmodium*. Las virtudes de la quina se conocieron después de que Antonio de Calancha, misionero agustino nativo de Chuquisica, en el Alto Perú, escribiera sobre ellas en su *Crónica moralizadora de la Orden de San Agustín en el Perú*, impresa en Barcelona en 1638 («... dase un árbol que llaman de calenturas en tierra de Loxa, con cuyas cortezas, de color de canela, echas polvo dados en bebida el peso de dos reales, quitan las calenturas i tercianas; an echo en Lima efectos milagrosos»)¹⁷, y pocos años después, en 1653, Bernabé Cobo repetía la noticia y tras él muchos otros, entre ellos algunos médicos españoles de aquella época.

Pero sin duda se debe a los jesuitas su importación al Viejo Mundo, quienes pronto la divulgaron con éxito a través de los miembros de la orden en Roma. La justa fama del fármaco, que evidentemente curaba las fiebres palúdicas, no tardó en desatar un aluvión de ataques que trataban de desacreditarla. La quinoterapia, que ciertamente representa la alborada precursora de la quimioterapia, constituía un golpe más a las doctrinas galenistas que muchos médicos ortodoxos no estaban dispuestos a admitir. Además, para los adversarios de los jesuitas, de-sacreditar la quina era también desacreditar a aquellos que fueron sus principales propagandistas. Fue el médico inglés Sydenham el que con su gran autoridad, y luego de estudios y

experimentación clínica, confirmó el poder antimalárico de la nueva droga. La historia volvió a repetirse a finales del siglo XVIII. Aunque el remedio de Masdevall encontró amplia aceptación oficial, hasta el punto de ordenarse su aplicación en todos los lugares afectados por las diversas «calenturas», la difusión de la *opiata* no se hizo sin superar un ambiente de enconada polémica, como fue el que rodeaba en general a la mayor parte de las innovaciones de la medicina española moderna en la historia de este período y a lo largo del siglo XIX. Médicos prestigiosos de su tiempo como Rodón y Bell o Cibat la apoyaron, mientras que otros no menos importantes como Salvá y Campillo se negaron a obedecer las órdenes y a recetar la fórmula de Masdevall.

Pese a la oposición inicial, el remedio fue aplicado con asiduidad en los años postreros de la centuria, tras las recomendaciones hechas por el Real Protomedicato en un informe emitido en 1785, en el que también se advertía que su suministro debía complementarse con la práctica de una adecuada asistencia sanitaria al enfermo. Las peticiones de ayuda de los pueblos, sobre todo de quina como medida curativa, fueron constantes a partir de entonces. El gran problema de la aplicación de la quina no fue tanto la disputa médica sobre sus cualidades terapéuticas, sino más bien el fenómeno de su distribución, canalizada a través del tráfico libre del producto por unas redes monopolísticas que multiplicaban su lucro por medio de la ocultación y reexportación de la quina de mejor calidad, y el de su venta, en la coyuntura de amplia demanda, adulterada o estropeada ya durante el tiempo que había permanecido retenida para que su precio se elevara, como denunciaba el doctor Cibar en 1806. El hecho de que la labor de importación y distribución fuera protagonizada casi exclusivamente por España en los siglos XVII, XVIII y primeros años del XIX cegaba a los boticarios igualmente que a los comerciantes «... aunque sea a costa de la salud y tal vez la vida de sus semejantes».¹⁸ La exposición más lúcida de esta situación se debe al ilustrado conde Francisco de Cabarrús, que vivió estas experiencias a finales de los años ochenta en las regiones de la Alcarria y que recogería en sus *Cartas sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública* (1808). En la quinta carta, después de afirmar que todo aquello que contribuyese a disminuir la miseria general en que vivía la población haría disminuir también la epidemia, decía respecto de la distribución de la quina:

[...] la segunda providencia sería la multiplicación de la quina, y sobre todo su excelente calidad: es preciso haber visto como yo tantos infelices solicitando aquel específico después de haberse arruinado y destruido inútilmente tomando porciones crecidas del adulterado o desvir-tuado que venden en las tiendas: es menester verlos pasar en pocos días de la muerte a la vida a beneficio del exquisito que tuve la fortuna de poder proporcionar y distribuirles, para comprender toda la importancia de este punto.

La Corte, muy bien intencionada en el particular, pero siempre engañada y equivocándolo todo, había discurrido hacer estas distribuciones por obisposados, sin detenerse en su extensión, ni en su población, ni en el número de enfermos, ni en las dilaciones precisas que exigía su remisión desde la metrópolis a los extremos, y el retroceso a algunos de ellos; y así mientras se aplaudía al Gobierno, y con razón, de sus miras benéficas,

morían hombres a docenas, y algunas onzas de quina eran el único auxilio de tres o cuatro pueblos de la Alcarria, entre los cuales distribuí dos arrobas, que apenas bastaron.¹⁹

No era de extrañar que Cabarrús ante esta situación pidiera el monopolio estatal de la adquisición y venta de la quina, algo que no llegó a producirse. De todas maneras, el carácter endémico y recurrente de las tercianas persistió en los siguientes veranos, y todavía estuvo presente en muchas áreas del agro español hasta mediados del siglo XX. A aumentar la letalidad de aquel final de nuestro siglo XVIII se sumaron otras enfermedades. El tifus reapareció en el norte de Cataluña durante las campañas militares contra los revolucionarios franceses de comienzos de los años noventa. También desde 1790, según refería el médico alcarreño Félix Ibáñez, reapareció una epidemia de viruelas que se prolongó hasta 1793 y que afectó especialmente a los más pequeños.²⁰

La derrota de Herodes

La viruela se convirtió en una enfermedad infantil a medida que avanzó la edad moderna, durante la cual corrían un riesgo especial los niños pequeños de las zonas urbanas. Los epidemiólogos frecuentemente han observado la tendencia de las enfermedades a afectar con resultados temibles tanto a adultos como a niños en su primera incursión. Luego, a medida que las poblaciones se «acostumbraban», las enfermedades iban haciéndose menos virulentas y selectivas. Con el tiempo, los adultos ya no las contraían por haber estado expuestos a ellas en la juventud, y las víctimas más frecuentes eran los niños. Eso parece ser lo que ocurrió con la viruela, que fue casi el rito de paso obligatorio de la infancia a la edad adulta en la España moderna. Fue la causa del diez al quince por ciento de la mortalidad general, y casi todas las víctimas (hasta el ochenta por ciento) no habían cumplido los diez años. Cabarrús decía que esta «enfermedad horrible» arrebatava «en su flor la cuarta parte de nuestra población». No respetó tampoco barreras sociales. Numerosos miembros de las diversas estirpes reales europeas murieron de viruela: en España, por ejemplo, el joven rey Luis I de Borbón murió de viruela en 1724.

Las viruelas se propagaron por toda Europa a lo largo del setecientos a un ritmo desconocido hasta entonces, y en ello debió también influir, sin duda, el crecimiento general de la población y el aumento de las densidades, imprescindible para una instalación endémica de la enfermedad que se transmitía principalmente por medio del contagio directo interpersonal. En España, los contagios de viruelas parecen haberse recrudecido en el último tercio del siglo: hay noticias dispersas de ella en 1766, 1768, 1771, 1777, 1779 y, por supuesto, en los nefastos años de 1780 a 1794.

En cuanto una persona contraía la enfermedad, su supervivencia dependía de que se tratara de una forma leve o aguda y de la fuerza del propio organismo para combatirla. Nadie comprendía cómo se transmitía exactamente, aunque se consideraba generalmente contagiosa, como la peste. La gente la temía no sólo por su gravedad letal sino también por su capacidad de mutilar y desfigurar. Los tratamientos tenían escaso efecto positivo. Los remedios comunes de los que hablan los tratadistas españoles de los siglos XVI y XVII (Andrés Zamudio de Alfaro, Fernando de Valdés, Marcelino Uberte de la Cerda, Francisco López Escobar, Matías Domingo Ramoin...) eran las sangrías, la aplicación de calor, la provocación de sudor y la «cura roja». La gente creía que las sangrías eliminaban las impurezas causadas por la enfermedad. Médicos y cirujanos podían prescribir purgas. La terapia sudorífica era empleada siguiendo los consejos del médico persa Rhazes, que vivió entre los siglos IX y X, y que dejó una monografía sobre la enfermedad (*De variolis et morbilis*), en la que recomendaba envolver a los enfermos y mantenerlos lo más calientes posible para provocar una copiosa transpiración que limpiara el organismo de los humores corruptos causantes de la infección. En la Edad Media, médicos como Avicena, siguiendo los principios hipocrático-galénicos, habían considerado la enfermedad como una consecuencia de los humores corrompidos y especialmente de la sangre menstrual con que se alimentaba el niño en el útero de la madre. La terapia de Rhazes, junto con el «tratamiento rojo» (vestir a los enfermos con ropa de este color) constituyeron los remedios habituales para el tratamiento de viruela por lo menos hasta el siglo XVII. El médico inglés Thomas Sydenham propuso entonces una forma completamente nueva de tratarla. En lugar de mantener a los pacientes en habitaciones calientes de atmósfera viciada, recomendó confinarlos en dormitorios bien ventilados, cubrirlos sólo con mantas ligeras, mantenerlos limpios y darles bebidas heladas.

La derrota de las enfermedades epidémicas como la viruela —endémica en la Península— y que asolaron América, fue iniciada por los europeos en el siglo XVIII con un experimento que se centraba no en la cura sino en la medicina preventiva: es el descubrimiento de la inoculación. Para realizar esta práctica a una persona, el inoculador efectuaba incisiones pequeñas y bastante profundas, generalmente en el brazo, insertaba en el corte una postilla con algo de materia pustulosa de un caso de viruela activa y a continuación vendaba la herida. La persona así inoculada contraía realmente la enfermedad, pero casi siempre era mucho más leve que la contraída de forma natural. Nadie sabía en aquella época por qué este método producía casos menos graves, aunque los inoculadores intentaban seleccionar donantes con pocas pústulas y síntomas suaves. El procedimiento del «injerto» tal como se lo describía —es decir, la introducción del virus en la piel en vez de su inhalación en los pulmones, que era el medio habitual de transmisión de la enfermedad— podría ser en sí mismo la causa de la atenuación de la viruela de los inoculados.²¹

Esta técnica tenía un antecedente entre los chinos, que se implantaban costras de variolosos dentro de la nariz, y en la práctica de los turcos, quienes, según publicó en unas cartas Lady Mary Wortley Montagu en 1721, esposa del embajador británico en Constantinopla, se inoculaban la enfermedad para así quedar inmunes cuando aparecían las epidemias de viruela. Las mujeres del Cáucaso, muy apreciadas por su belleza, acostumbraban a inocularse para no sufrir el efecto indeseable de las cicatrices. Ellas las habían difundido hasta Estambul, donde muchas mujeres de aquella región se incorporaban al harén del sultán. El conocimiento de estos procedimientos había llegado a Inglaterra en el siglo xvii. Así, en 1700 ya se comentaron en la Royal Society de Londres dos informes de médicos como Martin Lister y Clopton Hanvers, que expusieron la práctica china que conocían a través de los corresponsales en Oriente.

Más trascendentales fueron los informes sobre el ejemplo turco, que llegaron a Europa en la segunda década del xviii. En 1715 se publicó en Venecia la obra del médico formado en Padua, Giacomo Pilarino (1659-1718), *Variolas excitandi per transplantationem methodus*, donde aseguraba ser el primero en aplicar la inoculación de la viruela humana como preventivo de la propia viruela. Las observaciones de Pilarino fueron publicadas, a la vez que la práctica de los turcos, por E. Timonius en las *Philosophical Transactions of the Royal Society*, en Londres, en 1721. En aquel año, lady Montagu, ya en Inglaterra, hizo inocular a su hija. Luego inocularon a los miembros de la familia real y, poco después, la técnica se había impuesto definitivamente en Inglaterra. Una decisión parecida del duque de Orleans en 1756 contribuyó a que se produjera idéntica reacción en Francia. Poco a poco se comprendió que había más posibilidades de sobrevivir a la inoculación que al contagio «natural», lo cual se convirtió con el tiempo en un argumento más convincente cuando un sentido estadístico general empezó a impregnar más niveles de la población europea. Precisamente ésta era la base sobre la que el matemático francés Cristian M. de la Condamine defendía la inoculación frente a sus opositores, mientras Voltaire en sus *Lettres philosophiques ou lettres anglaises* (1734) procuraba esclarecer el procedimiento mediante explicaciones simples.

El método de la inoculación de la viruela fue dado a conocer en España por el padre Feijoo en 1733, pero recibió fuertes resistencias a su aplicación. Los Médicos de Cámara, los más cultos y mejor preparados, a través del Protomedicato, se opusieron a la inoculación por una prudente actitud frente a la novedad. Médicos de la talla de José Suñol, Gaspar Casal, José Amar, Andrés Piquer, Juan José García Sevillano, Bartolomé Serena y Manuel del Pueyo fueron precisamente los que denegaron en 1757 la publicación de la versión castellana de la *Memoria* de La Condamine. En realidad, la inoculación no era un método absolutamente seguro. La persona inoculada contraía realmente la viruela y, si no permanecía aislada, podía contagiar a otros, incluso desencadenar una epidemia. En ello insistía el Dictamen del Protomedicato del Reino

de Castilla dado en Madrid el 7 de septiembre de 1769, en el que se hacía hincapié en la peligrosidad de la práctica indiscriminada de la inoculación y elevaba su petición a Carlos III para que sancionara su uso, cuya nocividad podía introducir las viruelas en Madrid.²²

A pesar del rechazo de los médicos regios, lo cierto fue que la práctica de la inoculación se venía haciendo en España durante aquellos años. El médico irlandés avecindado en España, Timoteo O'Scalan, lo aplicó en 1771 en El Ferrol, al igual que José de Luzuriaga en las Vascongadas y O'Gorman en Madrid en 1772. O'Scalan publicó en 1792 su libro *Ensayo apologético de la inoculación*.

En Hispanoamérica la inoculación, según O'Scalan, se experimentó en Santa Fe de Bogotá, donde el doctor Bautista de Vargas inoculó a 151 personas durante las epidemias de viruela de 1758, 1763 y 1764. También se hizo una campaña de inoculación a instancias del Marqués del Socorro por el médico canario Juan Perdomo, en la capitanía de Venezuela durante la epidemia de 1766 en Caracas, en que se la aplicó con éxito a cerca de 5.000 personas; la inoculación preventiva en aquella capitanía se repitió en 1783 y 1788. En México idéntica medida se comenzó a practicar durante la epidemia de viruela de 1779 por Esteban Henri Morel, cirujano francés graduado en Montpellier, que había experimentado la técnica en la isla de Guadalupe.

La virulencia de la enfermedad en la década de 1780 hizo reconsiderar la situación cuando Carlos III pretendió generalizarla, no sin que desaparecieran las polémicas entre los médicos. En noviembre de 1798, el Protomedicato accedió a que «en los hospitales, casas de expósitos, misericordia y demás que inmediatamente dependen de la Real munificencia, se ponga en práctica el método de inoculación de viruelas, a fin de que se adopte generalmente, y puedan disminuirse los desastres que causa esta calamidad». La decisión fue tomada después de que los cirujanos Gimbernát y Lacaba la practicaran aquel mismo año a los hijos de Carlos IV, a Fernando, príncipe de Asturias y a los hermanos de aquél, don Carlos y don Francisco.

La inoculación resultó ser un fenómeno médico de breve duración. Se substituyó a principios del siglo XIX por la vacunación, técnica mucho más segura. Un año después de la epidemia mexicana de viruela de 1797, el naturalista, médico e inoculador Edward Jenner (1753-1819) publicaba *An inquiry into the causes and effects of the Variolae vaccinae* (1798) y algunos años más tarde se substituía la inoculación por la vacuna en la prevención de la viruela. Esta técnica consistía en recoger linfa de las vesículas pustulosas en las ubres de las vacas con viruela e inocularla en el ser humano mediante ligeras escarificaciones de la piel. En España se recibieron las linfas de viruela vacuna dos años después de que Jenner publicara sus observaciones y, en 1800, Francisco

Piguillem realizó las primeras vacunaciones en Cataluña con linfa procedente de París en cinco niños de Puigcerdá. Hubo un período en que la práctica fue discutida por detractores y defensores de aquella técnica y en España su aceptación se debió, en gran medida, al cirujano alicantino Francesc Xavier Balmis i Berenguer (1743-1819).

Balmis era hijo y nieto de cirujanos. Como cirujano militar participó en el sitio de Gibraltar de 1780 y marchó después en 1781 a América, donde permaneció once años trabajando en diferentes hospitales y guarniciones de las Antillas y Nueva España. Precisamente en esta última presencié, durante aquellos años, los efectos de las epidemias de viruela entre los indígenas. En el hospital de San Andrés de México tuvo que comprobar la eficacia de un remedio cuyo principal ingrediente eran las raíces de especies locales de ágave y de begonia. Al regresar a España publicó un libro sobre el tema en 1794. Cuando Jenner dio a conocer su vacunación antivariólica, Balmis se encontró entre sus más tempranos partidarios. Fruto de su preocupación por el tema fue la traducción sobre la vacuna de Jacques-Louis Moreau de las Sarthe. Apareció a principios de 1803, con un amplio estudio introductorio del propio Balmis, que reflejaba sus sólidos conocimientos y su amplia experiencia en la materia. En junio del mismo año, la Junta de Cirujanos de Cámara, integrada por tres cirujanos de la talla de Antoni Gimbernat, Leonardo Galli e Ignacio Lacaba, aprobó su proyecto titulado: *Derrotero que debe seguirse para la propagación de la vacuna en los dominios de Su Majestad en América*.

Deseando la corona española «ocurrir a los estragos que causan en sus dominios de Indias las epidemias frecuentes de viruelas», Carlos IV patrocinó la expedición filantrópica de la vacuna a las posesiones de ultramar con Balmis como director y José Salvany Lleopart (1777-1810) como subdirector, auxiliados por dos ayudantes médicos, dos practicantes y cuatro enfermeros. La historia de aquella gesta recuerda que la expedición salió de La Coruña el 30 de noviembre de 1803 en la corbeta *María Pita*, con 23 niños de la Casa de Expósitos de esa ciudad que estaban al cuidado de Doña Isabel López Gandalla, su rectora. Los niños eran necesarios para conservar el virus vacunal, lo que se lograba mediante inoculaciones semanales en dos de ellos con el obtenido en las pústulas de los vacunados la semana anterior. Así pudo viajar la vacuna, brazo a brazo, desde España —vía Tenerife— hasta San Juan de Puerto Rico, a donde llegaron el 9 de febrero de 1804; allí Balmis se encontró con la noticia de que el protomédico local, Francisco Oller, ya había conseguido la vacuna y realizado 1.557 aplicaciones. Balmis llevaba unos aparatos cuidadosamente preparados (termómetros, barómetros, miles de cristales para extensiones de pus, etc.), así como 2.000 ejemplares del libro que acababa de traducir, que fueron distribuidos gratuitamente para difundir los conocimientos precisos sobre la práctica de la vacunación.

De San Juan de Puerto Rico la expedición siguió hasta el puerto de La Guaira, en Venezuela, al que arribaron el 8 de mayo de 1804 para luego dirigirse a La Habana, a donde llegó el 26 del mismo mes y de nuevo se topó con que el doctor Tomás Romay había iniciado la vacunación con dos jóvenes mulatas procedentes de Puerto Rico. De allí partió el 18 de junio con cuatro esclavos negros que tuvo que comprar por no habersele facilitado los niños que precisaba y el 25 llegó a Sisal en Yucatán, a Mérida el 28 y a Campeche el 12 de julio, desde donde Balmis envió al practicante Francisco Pastor con cuatro niños a Villahermosa, Tabasco, luego a Chiapas y de allí a Guatemala. Balmis, entre tanto, llegó el 24 de julio a Veracruz y entró en la ciudad de México en la noche del 8 de agosto de 1804. Después de algunas expediciones a las ciudades mexicanas del interior, donde fue recibido con afecto y honores, se estima que él y sus colaboradores realizaron unas 100.000 vacunaciones en niños, es decir, cerca del diez por ciento de la población infantil mexicana.

Mientras tanto, José Salvany zarpó el 6 de mayo de 1804 de La Guaira hacia Cartagena, con tres ayudantes y cuatro niños que se transmitían la vacuna, pero naufragaron en la boca del río Magdalena la noche del 13 de mayo. Fueron auxiliados y consiguieron continuar el viaje; llegaron a destino el 24 de mayo en medio de un gran recibimiento que les permitió realizar más de 2.000 vacunaciones en Cartagena. Allí, dos de sus ayudantes, Julián Grajales y Rafael Lozano, fueron con algunos niños por el valle de Cúcuta para reunirse con Salvany y Basilio Bolaños que ascendieron por el río Magdalena hasta llegar a Santa Fe de Bogotá el 17 de diciembre de 1804. En Bogotá fueron recibidos con entusiasmo y pronto realizaron más de 2.000 vacunaciones, aparte de las muchas realizadas en su camino desde Cartagena a la capital del virreinato. De nuevo se dividió la expedición al salir rumbo al sur el 8 de marzo de 1805 y reunirse en Popayán el 27 de mayo. Para entonces, Salvany comenzó a manifestar signos de encontrarse al final de una tuberculosis pulmonar y sufrió un vómito de sangre, pero al recibir la noticia de que en la Audiencia de Quito se iniciaba una epidemia de viruelas se dirigió hacia allí, mientras que otra parte de la expedición con Grajales y Bolaños llegó a Guayaquil el 24 de febrero de 1806, donde realizaron más de 2.000 vacunaciones. Grajales y Bolaños salieron para Tumbes y continuaron viaje a Chile. Salvany, con Rafael Lozano y varios niños, siguió por los senderos de la cordillera andina hasta Quito, donde arribaron el 16 de julio de 1806 y en breve tiempo vacunaron a unas 7.000 personas. Salvany salió de Quito el 13 de septiembre camino de Loja y llegó el 23 de diciembre a Piura, donde cayó enfermo. Calculaba haber efectuado hasta entonces unas 100.000 vacunaciones entre Santa Fe de Bogotá y Piura. Su grupo de la expedición salió de Piura el 9 de enero de 1806 y tras superar su enfermedad y el tumulto de Chocope el 16 de enero, pues los indígenas fueron incitados a una revuelta contra la vacunación, alcanzaron Trujillo, luego Lambayeque, donde les robaron las cabalgaduras y las provisiones. Pero, al fin, el 23 de mayo entraron en Lima, ciudad en la que el doctor

Pedro Belomo ya había comenzado a vacunar a algunos vecinos. Después de informar al rey el 1 de octubre de 1806 que habían vacunado hasta entonces 22.726 personas en la ciudad, Salvany salió el 28 de enero de 1807 con dos niños hacia el interior para continuar con las aplicaciones. Llegó al lago Titicaca y en La Paz comunicó a la Corona que había inmunizado a 197.004 personas en el Alto Perú, hoy Bolivia. Siguió su ruta y, el 21 de julio de 1810, José Salvany Lleopart murió en Cochabamba a los 33 años de edad víctima de la tuberculosis pulmonar, después de haber recorrido más de 18.000 kilómetros dispensando la vacuna entre los americanos. Los otros miembros de la expedición, Grajales y Bolaños, llegaron en diciembre a Valparaíso y en abril de 1808 a Santiago de Chile, donde continuaron con las prácticas de vacunación y allí permanecieron a pesar de que se habían iniciado en aquella capitanía las luchas de independencia.

Por su parte, Balmis —que había permanecido en tierras mexicanas—, pese a que estaba enfermo de disentería, encontró fuerzas para viajar hasta el puerto de Acapulco y el 8 de febrero de 1805 embarcó en la nave *Magallanes* con los niños portadores de la vacuna, la rectora de expósitos doña Isabel López Gandalla y cuatro enfermeros dispuestos a cruzar el Pacífico con destino a las Islas Filipinas. Llegó el 15 de abril a Manila. Tras establecer la Junta de la Vacuna y crear un grupo de vacunadores, pronto consiguió efectuar 9.000 prácticas; dos de sus ayudantes —Francisco Pastor y Pedro Ortega— pasaron a otras islas del archipiélago y realizaron 11.000 más, que el propio Balmis amplió en la isla de Luzón con otros 20.000 vacunados. El 3 de septiembre de 1805 Balmis embarcó en Manila con su ayudante Francisco Pastor y tres niños que se transmitían la vacuna, en *La Diligencia*, nave portuguesa que le transportó a Macao, donde desembarcó el 16 de septiembre, gravemente enfermo de disentería. Aun así, con ayuda del gobernador portugués y el obispo logró realizar un importante número de vacunaciones. De allí se internó en China y llegó a Cantón el 5 de octubre de 1805, donde consiguió vacunar a 22 personas, aunque no consiguió la cooperación de los delegados de la Compañía de Filipinas para continuar su misión en aquella ciudad. Fue por eso que de Cantón inició la ruta de regreso a España. Hizo escala en la isla de Santa Helena el 11 de junio de 1806, donde también le fue permitido vacunar a pesar de la resistencia inicial del gobernador inglés; llegó a Lisboa el 15 de agosto y de allí salió para Madrid, a donde llegó finalmente el 7 de septiembre de 1806. Más tarde, en 1810, en plena Guerra de la Independencia, volvería a México huyendo de las persecuciones de los invasores franceses a los que se había opuesto. Allí también se manifestaría hostil a los primeros levantamientos separatistas. Volvió en 1813 a la metrópoli y falleció en 1819 en Madrid.²³

La vacunación preventiva sustituyó a la inoculación de la viruela y mediante ella se inició su erradicación tanto en España como en las antiguas colonias americanas y en

Filipinas. El esfuerzo no concluyó con aquella expedición ya que en cada país se crearon Juntas de la Vacuna, con el fin de mantener activa la linfa vacuna, se formó a vacunadores, se publicaron reglamentos y se continuaron las campañas de vacunación. Sin embargo, las epidemias de viruela no desaparecieron de momento. Continuaron causando miles de víctimas en la América española. En 1897, un año antes de la pérdida de las últimas posesiones ultramarinas, en La Habana murieron por esta causa 1.905 personas. Pero, sin duda, aquel fue el principio de su final. Como es sabido, el 9 de diciembre de 1979, la Organización Mundial de la Salud declaró la erradicación de la viruela.

El vómito negro

El cambio de siglo también estuvo marcado por la llegada repetida de otro grave contagio importado desde el mundo americano, al que sin duda las disposiciones sobre el libre comercio dadas a diversos puertos de la periferia mediterránea por Carlos III entre 1765 y 1778 abrieron la puerta.

De hecho, a lo largo de la centuria no hubo crisis epidémicas de consideración en las zonas marítimas españolas como las habidas en los siglos anteriores, si exceptuamos la aparición de brotes esporádicos de fiebre amarilla, también conocida como el «vómito negro». Las dos enfermedades características de la cuenca del Amazonas, la fiebre amarilla y la malaria, no existían probablemente antes del contacto con el Viejo Mundo, pese a la presencia de los mosquitos. En las primeras descripciones de aventureros y conquistadores como Francisco de Orellana (1541-1542), Pedro de Ursúa y Lope de Aguirre (1560-1561) no hay comentarios sobre la insalubridad de los lugares que atravesaban, porque de haber existido estas dos enfermedades seguro que los expedicionarios las hubieran contraído y dejado relato de su incidencia.

El centro de dispersión de la fiebre amarilla se asentó en el área del golfo de Guinea, lo que apunta al origen africano de esta enfermedad posiblemente llevada en los cargamentos de esclavos negros hacia el Nuevo Mundo, aunque algunos investigadores han sugerido que pudo haber epidemias de fiebre amarilla en el área maya del Yucatán antes del descubrimiento de América.²⁴ La fiebre amarilla pudo ser introducida en Brasil por primera vez en 1555 por la expedición de Villegaignon, aunque no es hasta principios del XVII cuando fue posible identificar sus síntomas, gracias a las cartas anuales que remitieron los misioneros portugueses de la Compañía de Jesús desde sus dominios africanos y americanos a Portugal. Así se infiere de las descripciones de Alexo de Abreu de las epidemias de 1603 y 1608 en Bahía²⁵ y de las de Tamayo de Vargas de Bahía y Paraíba en 1625.²⁶ El papel que tuvieron las Islas de Cabo Verde en su difusión, al contaminar la navegación que allí hacía escala camino del Nuevo Mundo, parece

confirmarse cuando la armada de Lope de Hoces y Córdoba, con la expedición de Luis de Roxas y Borja que partió de Lisboa en 1635 para expulsar de Pernambuco a los holandeses, perdió numerosos hombres durante los quince días de escala que permanecieron allí. De hecho, la primera epidemia de fiebre amarilla documentada en forma fidedigna en las Américas data de 1647 en el Caribe, con un primer foco en la isla de Barbados. Al año siguiente, en Cuba y la península del Yucatán hubo fuertes brotes de la enfermedad, y en San Cristóbal y Guadalupe. A Diego López de Cogolludo, misionero franciscano entre los mayas desde 1634, debemos la primera descripción clínica de los efectos de la enfermedad de 1648 en aquella península centroamericana, en su *Historia del Yucatán*, publicada en Madrid (1688):

[...] lo más común era sobrevenir a los pacientes un gravísimo, y intenso dolor de cabeça, y de todos los huesos de el cuerpo tan violento, que parecía descoyuntarse, y que en una prensa los oprimían. A poco rato daba tras el dolor calentura vehementísima, que a los mas ocasionaba delirios, aunque a algunos no. Seguíanse unos vómitos de sangre como podrida, y de estos muy pocos quedaban vivos. A otros daba fluxo de vientre de humor colérico, que corrompido ocasionaba disentería que llaman, sin vómitos, y otros eran provocados a ellos con gran violencia sin poder hazer evacuación alguna, y muchos padecieron la calentura con el dolor de huesos sin alguno de los otros accidentes... A lo más el tercero día parecía remitirse totalmente la celentura, dezían, que ya no sentían dolor alguno, cessaba el delirio, conversando muy a juicio; pero no podían comer, ni beber cosa alguna, y assí duraban otro, o otros días, con que hablando, y diciendo, que ya estaban buenos, espiraban. Fueron muchísimos los que no passaron del tercero día, los mas murieron entrados en el quinto, y muy pocos los que llegaron al seteno, sino fue los que quedaron vivos, y de estos los más fueron de edad madura. A los macebos mas robustos, y saludables daba con mas violencia, y acababa la vida más presto. Duró la enfermedad de dos años.²⁷

Los marinos ingleses le temían y la denominaban «Yellow Jack». Entre los años 1793 y 1796 el ejército británico perdió en las Antillas frente al ejército español y francés unos 80.000 hombres, la mitad de ellos debido a epidemias de vómito negro, cifra superior al total de pérdidas del general Wellington en la guerra de la Independencia española. Tendría que pasar algo más de un siglo para que la medicina militar descubriera el papel del mosquito como vector de la fiebre amarilla y diseñara medios para su prevención, aunque desde mediados del si-glo XIX pudo relacionar las epidemias de fiebre amarilla con la temperatu-ra ambiental de los últimos meses de verano. La enfermedad tiene como agente a un virus septicémico que es transmitido, como en el caso del paludismo, por un mosquito: el *Aedes aegypti*, siempre en condiciones climáticas especiales, con bastante calor. Resulta infectante para el hombre a partir de los 21 grados centígrados; a esta temperatura, el parásito necesita dieciocho días para su desarrollo en el insecto, a 37 grados sólo requiere cuatro días.²⁸ El *Aedes* precisaba un medio acuático para su supervivencia: las barricas de agua de los navíos en los viajes trans-oceánicos le permitieron el necesario medio de supervivencia para atravesar el Atlántico.

En España hubo episódicas epidemias en el siglo XVIII. Las más importantes fueron la de Cádiz de 1730-1731 y la de Málaga de 1741. Pero, entre 1800 y 1810, las zonas más castigadas fueron las costas del sur, y a partir de esas fechas lo fue todo el Mediterráneo español durante los tres decenios siguientes del siglo XIX. El comercio con las Indias y una deficiente organización sanitaria que no podía evitar el contrabando y los descuidos sanitarios constituyeron su causa. En el primer período (1800-1810), las epidemias se circunscribieron al sur de la Península con lento progreso hacia el norte. La de 1800 llegó a Cádiz, Jerez de la Frontera y Sevilla. La del año siguiente, a Medinasidonia.²⁹ En 1803-1804, amparada por la crisis de hambre que en esta época recorría la Península, la epidemia empezó a apuntar hacia el este. Atacó Málaga, Granada, Córdoba, Sevilla, Cádiz y también Murcia, Alicante e incluso Valencia.³⁰ Parece que algunas embarcaciones procedentes de Málaga pudieron infectar también a finales de 1803 el puerto de Barcelona, si bien sobre su naturaleza disentía el médico Salvà y Campillo frente a los Maestros del Colegio de la Ciudad, que de las disecciones practicadas aseguraban su total identificación con las efectuadas por los médicos sevillanos y malagueños. Aun con todo, su incidencia parece haber sido muy leve en la capital catalana, con solo 104 casos.³¹ Lo mismo volvió a suceder en 1810-1813, en plena Guerra de Independencia, en que la fiebre amarilla llegó a Cádiz, Málaga, Murcia y Alicante.

Diferentes son los contagios del trienio 1819-1821 que, sin respetar el sur, se ensañaron más con el noreste peninsular. Así, en 1821 la enfermedad fue llevada directamente de Cuba a Barcelona. El barco *Gran Turco* acababa de llegar de La Habana y los familiares del capitán que habían acudido a visitarle fallecieron a los pocos días. También un pasajero tomado en Alicante por el navío *Nuestra Señora del Carmen* sucumbió a su llegada. Más tarde se supo que un rico negociante barcelonés había sobornado a las autoridades portuarias para obtener el permiso de desembarco antes de pasar la preceptiva cuarentena de rigor. Las primeras noticias de su extensión por la ciudad son de agosto y, como en otras circunstancias y épocas, a pesar de que las autoridades de la ciudad intentaron negar la realidad, se produjo la deserción de las gentes más adineradas mientras el contagio se extendía por el popular barrio de la Barceloneta. El Consejo de Sanidad de Madrid ordenó entonces la cuarentena de toda la ciudad y se dispusieron guardias militares para su vigilancia. Un anuncio publicado en el *Diario de Madrid*, el 28 de septiembre, exhortaba a los madrileños a denunciar a los catalanes que entraran fraudulentamente en la capital. Desde Francia también se envió una comisión de médicos para que adoptaran las medidas necesarias en caso de que la epidemia lograra atravesar la barrera pirenaica. Las corridas de toros, por la reunión de gentes que supo-nían, fueron suspendidas en la ciudad, mientras que, aunque parezca un contra-sentido, como continuidad ancestral de otros tiempos y del poder de los sectores eclesiásticos, aparecieron de nuevo las imágenes de San Sebastián y San Roque — santos

protectores contra las epidemias— encabe-zando las procesiones y las rogativas de los fieles antes las iglesias que invo-caban la piedad divina.

El cordón sanitario tuvo una eficacia relativa y fue atravesado por los barceloneses que huían. Más temor inspiraban los fusiles de los campesinos que los rechazaban. Muchos acabaron muriendo de hambre en el campo. A pesar de todas aquellas medidas, pronto la fiebre amarilla se extendió por otros lugares de Cataluña (Tarragona, Tortosa), Aragón y Baleares. Cuando en diciembre fue finalmente levantado el cordón sanitario, el Consejo de Sanidad recogió las estadísticas de 5.411 víctimas en la ciudad, aunque no estaban contabilizadas las muertes de agosto y septiembre, que habían sido muchas. Es posible que la epidemia haya ocasionado 20.000 muertos en la ciudad, es decir, una sexta parte de sus 120.000 habitantes.

La situación política del gobierno liberal no contribuyó a la toma de decisiones políticas. La epidemia de fiebre amarilla de 1821 estuvo marcada por una clara politización desde su inicio. A nivel externo, el contexto político creado por la sublevación liberal de Riego en 1820 hizo temer a los países vecinos como Francia que los ánimos revolucionarios pudieran ser exportados. De hecho, muchos liberales franceses e italianos se encontraban por aquel entonces refugiados en Barcelona. El cordón sanitario militar desplegado en la frontera por el gobierno francés de Luis XVIII fue observado por el gobierno liberal de Madrid como una amenaza de intervención militar francesa en España. Efectivamente, se produjo una clara identificación entre la fiebre amarilla y la fiebre revolucionaria. Los soldados franceses acantonados en la frontera fueron exhortados por grupos de españoles con banderas tricolor a que marchasen sobre París, no sobre Madrid.³²

A nivel interno, los debates y las luchas no fueron menos intensos. Los partidarios del absolutismo se levantaron en la montaña contra el gobierno, mientras los sacerdotes clamaban desde los púlpitos acusando a los liberales de haber atentado contra el altar y el trono llevando sobre ellos la ira divina. Los dirigentes liberales contraatacaron. Acusaron a los serviles del absolutismo de exagerar la gravedad del mal. La polémica entre contagionistas y anticontagionistas pareció dividir a unos y a otros. Los gobiernos absolutistas de Carlos IV y Fernando VII, siguiendo las viejas creencias sobre la difusión de los contagios de épocas precedentes, habían apostado por el modelo de prevención de cuarentenas a través de la construcción de lazaretos. Tal carácter tenía la instrucción de Sanidad del 13 de junio de 1803, el reglamento de lazaretos de Godoy del 28 de febrero de 1805 o la inauguración en 1816 del lazareto de Mahón. Los liberales, por su parte, pertenecientes en buen número a esa burguesía mercantil —entre la que se encontraba la catalana—, se mostraron enemigos de estos sistemas de aislamiento que

perjudicaban gravemente el comercio y acusaron de reaccionarios a los médicos que afirmaban que la enfermedad era contagiosa.

Este ascenso de las ideas anticontagionistas alumbra, sin embargo, la imagen de los nuevos tiempos, no sólo en España sino en el nuevo mundo capitalista, que veía con temor que las medidas sanitarias enérgicas cortasen el nuevo mercado internacional y la era de la revolución industrial. Sobre este debate habremos de regresar en posteriores capítulos. Mientras tanto la fiebre amarilla pareció retirarse para dejar paso a nuevas enfermedades vinculadas al desarrollo acelerado de los medios urbanos industriales del siglo XIX y al aumento de los tráficos comerciales que la nueva navegación a vapor, con la reducción del tiempo que suponían las travesías interoceánicas, no hizo más que universalizar a unas escalas no vistas hasta entonces.

La fiebre amarilla todavía realizó una última tardía visita a Barcelona en 1870. Como en el contagio de 1821, en esta ocasión también afectó a la zona portuaria y a los barrios populares más próximos, como era el caso de la Barceloneta. El miedo a que los enfermos pudieran ser enterrados vivos llevó, ante la creciente alarma social, a que en octubre de aquel año, cuando el brote de fiebre amarilla había causado ya los mayores estragos, se creara en Barcelona la figura del médico verificador de las defunciones, «servicio importantísimo que hizo que con inhumaciones precipitadas pudieran enterrarse personas vivas como sucedió en otras epidemias».³³ Después, la fiebre amarilla no volvió a aparecer más. Era tiempo ya de que otras enfermedades reivindicaran su protagonismo.

Capítulo 4. BACILOS DE TUGURIOS

En pleno desarrollo de la revolución industrial y de expansión del capitalismo colonial —presto éste a la conquista de nuevos territorios de los que se pudieran extraer materias primas baratas para las industrias y disponer de nuevos mercados para las manufacturas—, la revolución de los transportes acortó de manera extraordinaria la distancia que separaba los diferentes puntos del planeta mediante el despliegue del ferrocarril, la navegación a vapor o la construcción de impresionantes obras de ingeniería como el canal de Suez en 1869, que acercó a Europa tanto al Indostán, la Conchinchina, como a Arabia y al mismo Egipto. En este contexto, el vibrión cólico, el bacilo de la tuberculosis y algo más tarde el virus de la gripe atravesaron la Europa del siglo XIX y de comienzos del XX a la velocidad de un caballo al galope.

Aunque puede decirse que toda la población europea se vio afectada por las graves consecuencias que produjeron estos nuevos contagios, es indudable que pronto fue fácil constatar sus nocivos efectos en los medios urbanos, cada vez más densificados. Emigrantes recién llegados desde los medios rurales; obreros que trabajaban inacabables jornadas en fábricas y talleres sucios, escasamente aireados y mal iluminados; empleados y desempleados amontonados en los tugurios más insalubres de las ciudades, que con frecuencia ahogaban sus desdichas sociales en el alcohol de infectas tabernas; soldados alojados en insanos cuarteles a la espera de acallar el sueño de alguna revolución con la fuerza de sus bayonetas o defender con su sangre el precio de aquel desarrollismo capitalista contra otras naciones; todos ellos fueron con frecuencia sus principales víctimas, a la vez que sus involuntarios difusores.

Fue fácil para la mente de los europeos del siglo XIX ver en aquellas nuevas enfermedades decimonónicas una causa social. El mal vivía con los pobres de las ciudades, a los que la triunfante mentalidad burguesa convertía en sus más directos responsables, por su desnutrición o falta de higiene pero también por su carencia de moral e instrucción. En 1890, el médico español Federico Rubio y Galí definía las «enfermedades sociales» como:

[todas] las calamidades públicas por causas telúricas, meteorológicas, zimóticas [...] por causas fisiológicas [...] por desproporción de clases [...] por crisis de valores [...] por mala administración [...] por vicios individuales trascendentes a la familia y a la sociedad —léase alcoholismo, nicotismo, mendicidad, vagancia, prostitución, criminalidad—, por vicios sociales —ignorancia, fanatismo, caciquismo, pauperismo [...] —, e incluso por trastornos funcionales del tipo de huelgas, motines o revoluciones.¹

En todo caso, la vinculación entre enfermedad y pobreza, condicionante en los dos sentidos, a modo de «círculo vicioso», estuvo perfectamente incorporada en la mente de numerosos médicos españoles del momento. Fue uno de los argumentos más esgrimidos por una parte importante de los facultativos para recabar una mayor actuación de los poderes públicos en pos de una mejora de las condiciones de existencia de las clases urbanas. El discurso higienista de los Méndez Álvarez, Felipe Monlau y tantos otros médicos decimonónicos no dudaba en relacionar las excesivas tasas de mortalidad que abrumaban a las clases populares de las principales ciudades españolas, especialmente notables ya a la altura de 1850, con las pésimas condiciones de habitabilidad en el interior de las viejas urbes. Las epidemias de cólera que casi con exacta periodicidad decenal asolaron los centros urbanos españoles por aquel entonces, pero también la cada vez más endémica tuberculosis, colaboraron a que el discurso higienista tomara amplitud y llegara a hacer causa común con aquellos que defendían la necesidad de derribar definitivamente las antiguas murallas que encorsetaban el progreso urbano y amenazaban la salubridad interna de sus habitantes. Justamente de 1860 sería la aprobación de las famosas propuestas de «ensanche» planteadas por ingenieros como Ildefonso Cerdà para Barcelona o por Carlos María de Castro para Madrid y sustentadas en la premisa tanto de la carencia de suelo urbanizable como por razones de higiene, de calidad de vida. La nueva era abierta con la revolución *pasteuriana* añadiría a estos idearios —no sin obstáculos en muchas ocasiones políticos más que científicos por entre medio— el de la necesaria universalización de los nuevos sueros y vacunas para combatir a aquellos temibles bacilos que diezmaban los tugurios de las ciudades españolas al concluir el siglo XIX.

Llega el cólera

De entre las tres enfermedades mencionadas arriba, la progresión del cólera fue, sin duda, la más espectacular. La enfermedad había tomado su nombre del griego, cuyo significado es «flujo de bilis», término que revela el origen de esta infección en las vías digestivas del ser humano. De hecho, no fue hasta 1883 cuando el bacteriólogo alemán Robert Koch descubrió su agente causante, el vibrión colérico, que encontraba en la mala circulación del agua —lavaderos públicos, balsas en la calle, letrinas sin desagües a los alcantarillados públicos, pozos de agua sucios—, en la existencia de estercoleros y depósitos fecales en las calles, en fábricas y talleres contaminantes o en la aglomeración de personas en los pisos y pensiones, los medios que favorecían su aparición y difusión.

Como antaño hiciera la peste, la nueva amenaza provino otra vez del mundo asiático. El cólera existía desde hacía mucho tiempo de manera endémica en las poblaciones de los deltas del Ganges y el Indo. Desde allí se irradió de forma pandémica por primera vez, a finales de la segunda década del siglo XIX. Al parecer salió en 1817 del puerto de

Calcuta a bordo de algún vapor que dispersó pronto la enfermedad hacia el este por las islas de la Sonda, en el estrecho entre Sumatra y Java. Desde aquí ganó fácilmente la Indochina, las Filipinas, las islas Célebes y la China. Era, sin duda, un vibrión viajero, aunque no era la primera ocasión, seguramente, en que visitaba aquellas regiones.

En efecto, la primera epidemia temprana de cólera en los dominios españoles del sureste asiático de la que tenemos noticia es la ocurrida en Manila en 1628, procedente de Java. El padre jesuita Francisco Colín se refería a ella argumentando que por su síndrome intestinal podría ser identificada como cólera.² Al parecer, nuevamente se declaró la enfermedad en la capital filipina en el año 1812, aunque es probable que no llegara a tener efectos notables. La primera epidemia de cólera realmente importante del período contemporáneo fue la que apareció en esa ciudad a principios del mes de octubre de 1820, procedente por vía marítima de Malacca, y que causó millares de muertos. En aquella ocasión, se corrió el rumor de que los extranjeros habían envenenado el agua de Manila y los indígenas tagalos provocaron por ello algunos motines, asaltaron comercios y domicilios de españoles y europeos. Finalmente, el gobernador, el general Mariano Fernández de Folgueras, consiguió dominar aquella revuelta, no sin que antes fueran asesinados veintiocho europeos, algún español y bastantes chinos.³ La enfermedad llegó a tener cierta endemividad a partir de entonces en las islas, pues hubo cólera en los años siguientes: 1821, 1822, 1823, 1830 y 1854, aunque las grandes epidemias de cólera durante el dominio español en Filipinas serían las de 1863, 1882 y 1888.⁴

Mientras tanto, hacia el oeste, la enfermedad inició su letal progreso hacia la vieja Europa. Posiblemente, tras recalar en Ceilán y Bombay, llegó a Irán, donde diezmó a la población en un momento en que las tropas rusas trataban de conquistar el país en 1821. Como siglos antes lo había provocado la peste, marinos, soldados y mercaderes fueron las primeras víctimas. Los regimientos del zar fueron exterminados más por el cólera que por los iraníes. Desde allí, la epidemia se encaminó hacia Europa por dos vías. Por un lado se sirvió de los caminos de caravanas que atravesaban las etapas kirguises hasta Oremburgo, puerta de los Urales, donde se presentó el cólera en 1829. Una segunda vía, a través de Persia y el Caspio, permitió que alcanzara Astrakán, que se vio invadida en 1830. En el mismo año llegó a Moscú y desde aquí, en febrero de 1831, ganó Varsovia, capital por entonces de la provincia polonesa del imperio zarista, en un momento en que los ejércitos rusos trataban de reprimir allí una insurrección liberal nacionalista. Casi de inmediato sucumbió Berlín y los puertos del Báltico, mientras que acompañando a los refugiados polacos el cólera se extendía por toda la Europa central. Posiblemente desde Riga, o algún otro puerto continental del Báltico con los que comerciaban frecuentemente los ingleses, las naves permitieron que recalase en Londres en octubre de 1831, antes de herir Calais y toda la región del norte de Francia, en 1832.

Precisamente fue en julio de aquel año cuando el médico español Mateo Seoane, un liberal exiliado tras el restablecimiento en 1823 del régimen absolutista de Fernando VII, y uno de los más ilustres higienistas españoles de aquel siglo, envió al gobierno español por petición de su embajador en Londres, Francisco Cea Bermúdez —que a finales de aquel año se convertiría en primer ministro—, un detallado informe sobre la experiencia de la enfermedad que se había desatado en Inglaterra y Escocia. Seoane reproducía las estadísticas oficiales y daba noticia de los estudios de todo tipo que el cólera había motivado. Lo consideraba como una dolencia infecciosa pero que sólo en ocasiones podía resultar contagiosa. Concretamente pensaba que la principal de las causas era algún agente existente en la atmósfera de las localidades:

[...] que obraba directamente en su producción, aun cuando ni nuestros sentidos ni nuestros instrumentos hayan podido hasta ahora darnos a conocer ni el modo probable con que obra aquel agente, ni por consiguiente aun menos su esencia o naturaleza.

La idea de «la transmisión directa o indirecta de un mal cualquiera de un cuerpo enfermo a otro sano, por medio de un principio formado en el cuerpo del enfermo, capaz de causar el mismo mal en el sano» —es decir, el contagio interpersonal— era considerada por Seoane como muy limitada en el caso del cólera frente a otras clásicas como el tifus.

La distinción no era gratuita. Eran tiempos de discusión entre quienes defendían posiciones librecambistas y proteccionistas en el comercio internacional. Los primeros entendían que las medidas tradicionales de prevención contra la llegada de las epidemias (lazaretos, cuarentenas, cordones sanitarios) tendían a ahogar el progreso económico y producían más perjuicios que beneficios a las poblaciones que las implantaban. No era pues de extrañar que el posicionamiento de Seoane participara de esta opinión y que, incluso después de su regreso a España en 1834, tras la muerte de Fernando VII, fuera especialmente beligerante en esta materia, postura que por otra parte ya había manifestado cuando participó en el fallido proyecto de Código Sanitario del Trienio Liberal en 1822 que no llegó finalmente a ser aprobado.⁵

Pero la enfermedad no se detuvo en Inglaterra. Ya en el verano de 1832 saltó al otro lado del Atlántico y penetró en el continente americano a través de los puertos canadienses y de los miles de inmigrantes irlandeses que por aquellos años de precarias condiciones de vida en su país decidieron emigrar al Nuevo Mundo. El cólera se convirtió así, probablemente, en la primera enfermedad de la globalización capitalista contemporánea. La enfermedad había sido introducida en Irlanda por un buque contaminado que llegó a Belfast a mediados de marzo de 1832, procedente de Glasgow. A finales de aquel mes alcanzó Dublín y, en abril, el puerto de Cork, lugar en el que embarcaban gran número de emigrantes hacia América. En Canadá, el cólera fue

introducido el 28 de abril de 1832 por Quebec y aquella primera epidemia de cólera causó 3.851 muertos en esa ciudad y 1.904 en Montreal; la mortalidad fue del sesenta al sesenta y tres por ciento y en total ocasionó más de 6.000 muertes en todo el país. En Estados Unidos, el mal se introdujo también entre los inmigrantes irlandeses durante los meses de abril y junio por los puertos de Nueva York y Filadelfia y, a finales de octubre de aquel año, se encontraba en Nueva Orleans, donde hubo 4.340 víctimas, la séptima parte de sus habitantes. Desde esta última ciudad parece que la enfermedad dio su salto al Caribe. El primer caso en La Habana fue diagnosticado el 24 de febrero de 1833 y la epidemia no se dio por concluida hasta el 30 de junio de aquel año y dejó un total de 9.342 víctimas, es decir, el seis por ciento de sus habitantes, aunque fueron más de 30.000 las personas afectadas en toda la isla de Cuba. En México penetró también procedente de Nueva Orleans en junio de 1833, por Tampoco y más tarde por Yucatán, procedente de La Habana; en los meses de julio a septiembre causó en la capital mexicana unas 14.000 defunciones, 3.275 en Guadalajara y más de 4.000 en Campeche.⁶

Ante las noticias de la difusión de la epidemia, el gobierno español adoptó medidas de vigilancia al menos desde 1830, siguiendo el curso de la enfermedad por vía diplomática —la abundante correspondencia consular procedente de Europa, América y África del norte así lo demuestra— y a través del cuidado de las fronteras. Pero todo, como antaño, continuó siendo inútil. La primera pandemia de cólera asiático conocida en la Península, y posiblemente una de las más graves por sus efectos demográficos, tuvo lugar entre los años de 1833 y 1835. Al parecer, penetró a través de Portugal, donde se recibió a un cuerpo de voluntarios polacos infectados desde Inglaterra que acudieron a combatir por la causa liberal en la guerra civil portuguesa. Tanto desde Oporto como desde Lisboa la epidemia se extendió rápidamente. Hacia el norte parece que afectó a las costas de Vigo con algunos brotes aislados en febrero de 1833, lo que debió alertar lo suficiente al gobierno español como para que decidiera enviar en misión especial de investigación al doctor Juan Drument y Millet, miembro de la Junta Suprema de Sanidad del Reino.

Pero mayor problema supuso la propagación de la enfermedad hacia el sur y el este, a través de la extensa frontera común entre ambos países. Si el 20 de abril se recibía en Cádiz la comunicación oficial de la existencia de cólera en Lisboa, a finales de junio la enfermedad había alcanzado Tavira, en la costa sur del Algarbe, a escasos cuarenta kilómetros de la frontera. El 2 de agosto apareció en Vila Real de San Antonio, pueblo fronterizo asentado en el Guadiana. A partir del 10 de agosto comenzaron a producirse en Huelva fallecimientos de origen sospechoso, tras la entrada de una barca «... que andaba a corso hacía tres meses...». En el territorio andaluz, el cólera subsistió a lo largo de los dieciséis meses siguientes, entre agosto de 1833 y enero de 1835. Durante el otoño de aquel primer año, el mal se extendió desde las provincias occidentales a las

orientales por medio del tráfico marítimo. Persistieron allí en distintos focos (especialmente en la cuenca del Genil y la serranía de Ronda) durante el invierno y la primavera siguientes, para retornar hacia poniente durante el verano de 1834, vehiculada principalmente por los trabajadores de temporada que acudían a las faenas agrícolas de las campiñas bajoandaluzas y, en algunos casos, por contrabandistas.

Además, la prolongada presencia de la enfermedad en aquel primer contagio en España se produjo en medio de una complicada situación política marcada por la reforma del régimen absolutista tras la muerte de Fernando VII —el 28 de septiembre de 1833— y el comienzo de la primera guerra carlista cuatro días después, cuando un grupo de voluntarios realistas se alzó en Talavera de la Reina, proponiendo a Carlos María Isidro como legítimo rey de España frente a Isabel II. Este conflicto se prolongaría en los siguientes siete años. De hecho, durante mucho tiempo la primera guerra carlista fue considerada como un factor que favoreció la extensión de la epidemia hacia el interior de la Meseta. La marcha de los ejércitos liberales, como el que comandaba José Ramón Rodil en 1834, infectó a algunas ciudades —como fue el caso de Valladolid— cuando se encaminaba hacia las Vascongadas a luchar contra los insurrectos carlistas.⁷

La extensión entre la población y la gravedad de sus efectos motivaron una alarma tan grande como la que antes había acompañado a las mortíferas epidemias de fiebre amarilla o de peste. Como entonces, el principal recurso preventivo de las autoridades fue la disposición de barreras a la libre comunicación, tanto por vía marítima como terrestre. En Andalucía se habían comenzado a aplicar desde agosto de 1831 ante la noticia de que en Gibraltar se padecía una «enfermedad sospechosa». Pero a partir de febrero de 1833 fue cuando se cerró la frontera con Portugal, se habilitó un único punto de entrada por cada provincia fronteriza y se obligó a los viajeros a guardar la correspondiente cuarentena. Idénticas medidas se dispusieron en el norte, en la frontera entre Galicia y Portugal. Al producirse el contagio de Huelva en agosto, se decretó la incomunicación de la ciudad, medida que se hizo extensiva al conjunto de la capitanía general andaluza (que correspondía a las provincias occidentales) y, a finales de septiembre, a Extremadura. Sin embargo, para entonces el cólera ya se extendía por Ayamonte, Sevilla —donde la huida de los más ricos lo dispersó por toda la ribera del Guadalquivir—, Olivenza y Badajoz. El intento de establecer controles en Almaraz y Santa Elena, para los que intentasen pasar a Castilla, y de prohibir la circulación en dirección a Andalucía más al sur de Córdoba, y en dirección a Extremadura más allá de Trujillo, no parece que diera excesivos resultados.

Todas aquellas medidas trataban de ser coordinadas por la Junta Suprema de Sanidad del Reino a través de las juntas municipales y de las juntas de sanidad de partido, las cuales fueron reorganizadas en cada una de las capitanías generales. Como ya había

sido habitual en contagios anteriores, la capacidad de actuación de estas juntas siempre fue limitada y estuvo marcada casi siempre por la carencia de recursos económicos propios, lo que hacía recaer todo el coste de las medidas contra la enfermedad sobre las depauperadas arcas municipales. Las resistencias de muchos municipios a afrontar en ocasiones los elevados costes de aquellas medidas llevaban a situaciones de lo más pintorescas para hacer frente a la financiación de los gastos sanitarios. En Badajoz, por ejemplo, la Junta Sanitaria se vio obligada a resolver las necesidades más urgentes solicitando ayudas al obispo y desarrollando actividades lúdicas tales como la celebración de capeas para obtener fondos.⁸

Mientras, la enfermedad seguía su curso. La descripción de los síntomas que hacían los médicos españoles del momento, y que sería recogida en la prensa de la época, hablaba de:

[...] mareos, vómitos, agitación nerviosa, pulso débil, despeños que depositan una materia acuosa, las facciones se contraen, los ojos se hundén, todo el cuerpo adquiere un color aplomado azul, mientras la piel se pone fría, la secreción de orina se suspende del todo y los espíritus del paciente se deprimen del todo.⁹

Es indudable que durante la primera aparición del contagio en España, así como en los siguientes, no se tuvo muy en claro la naturaleza de la enfermedad, aunque tres teorías principales se disputaban la explicación: «la *nerviosa*, según la cual era la dolencia un infecto-primitivo cerebro-espinal; la *humoral*, que atribuía los trastornos a la primordial alteración de la sangre por causas miasmáticas y a la constitución epidémica, y la *gastroenterítica*, que achacaba el mal a la gastroenteritis con epifenómenos, teniendo por causa próxima la irritación y siendo desconocida las esenciales».¹⁰ Atendiendo a ello, en octubre de 1833, la Real Junta Superior Gubernativa en medicina y cirugía publicaba en la *Gazeta* el «Método curativo que en general conviene adoptar para el tratamiento del cólera-morbo asiático», que en líneas generales seguía respondiendo a los recursos terapéuticos tradicionales, es decir, aparte de aconsejar líquidos y láudano, incluía vomitivos, lavativas y sangrías, con fracasos más que estrepitosos.

En el mismo mes de septiembre de 1833, cuando toda la atención de las autoridades se centraba en las regiones extremeñas y de la Andalucía occidental lindantes con Portugal, el cólera hacía también acto de presencia en Mazarrón, cerca de Cartagena. En 1834 la epidemia se propagó hacia el interior del país. Madrid la padeció durante el verano. A mediados de julio había unos 1.500 atacados y se desencadenaba, dentro de un ambiente anticlerical, la llamada «matanza de los frailes» a los que se echaba la culpa de haber envenenado las fuentes.¹¹ El recrudecimiento de la epidemia durante aquel verano conllevó, por segunda y última vez en la historia, el aislamiento completo del territorio andaluz, mediante un «cordón sanitario» formado por tropas de línea extendidas desde Frenegal de la Sierra hasta Lorca, a mediados de junio de 1834. La

incomunicación fue levantada en agosto por real orden firmada por José María Moscoso de Altamira, ministro de Fomento, al ver que el objetivo perseguido (limitar la extensión de la enfermedad epidémica) no se había conseguido y por las dificultades que tales medidas suponían para la vida diaria, especialmente para las actividades económicas. A partir de entonces la mayoría de los médicos pasaron de defender las medidas de incomunicación a combatirlas forzosamente, conforme experimentaban sus efectos: «las cuarentenas —escribió un médico de Alhama de Granada— son insoportables, más que el cólera mismo». Desde ese momento, la petición de que la política preventiva oficial renegara de cuarentenas y cordones y se concentrara en medidas de saneamiento urbano y de auxilio a los enfermos fue cada vez más una bandera esgrimida por una gran parte de los galenos españoles. En 1884, Manuel Vázquez en su obra *Un disparo contra el cólera, por el último soldado del ejército enemigo*, diría:

El cólera es una especie de monstruo viviente de doble monstruosidad, por lo grande y por lo pequeño, pues se extiende por dilatados territorios, pero no se ve [...] que el microbio colérico tiene una atmósfera limitada [...] El gobierno de una nación tiene que defender a ésta del cólera [...]; la salud de un pueblo es parte esencial de la buena administración [...]; los lazaretos y cordones sanitarios que tienden a impedir la importación del mal, son armas de dos filos; nos libran del cólera y provocan crisis económicas e industriales importantes [...], se sigue pensando en la conveniencia de establecer cordones sólo para observar convenientemente los sospechosos.¹²

Con igual o superior gravedad, el cólera retornó en 1854-1856; se inició en Vigo, y en 1865 y 1884-1885 la epidemia afectó especialmente a la mitad oriental de la Península y a los centros urbanos. Las últimas presencias del cólera fueron ya testimoniales, en 1890-91 y en 1911 hubo muy pocos afectados. En los espacios americanos se produjo una segunda epidemia de cólera en Cuba, que se inició en marzo de 1850 en La Habana, y que, como la primera, fue introducida desde Nueva Orleáns. Perduró durante cuatro años, con una cifra final de afectados en la isla de 32.084, de los cuales fallecieron 17.144.¹³ La tercera y última epidemia de cólera también provino de aquella ciudad norteamericana por vía marítima en octubre de 1867 y, aunque se dio por terminada en 1871, todavía hubo casos aislados hasta 1882. En Puerto Rico el cólera no apareció hasta el 10 de noviembre de 1855 en el puerto de Naguabo, frente a la isla de Saint Thomas, lo que parece indicar que procedía de esta colonia danesa. La epidemia concluyó un año después con 30.000 fallecidos. En las Islas Filipinas el contagio de cólera de 1863 se inició en Cavite. Desde aquí se extendió a Manila donde causó estragos y hubo que habilitar una enfermería en el barrio de Arroceros, donde se había proyectado la construcción de un nuevo Hospital Militar. De la propia ciudad de Manila se extendió por su provincia y a las vecinas Bulacán y Pampanga, en la isla de Luzón, y finalmente a otras islas. En 1882 el cólera fue introducido cuando el vapor *Johk-ang* de bandera inglesa, que hacía la travesía Hong Kong-Singapur-Sumatra-Java-Borneo-Joló, llegó a

este último puerto filipino el 4 de mayo de 1882, con un pasajero malayo enfermo. Las víctimas que causó aquella epidemia sólo en Manila y su provincia cuando no alcanzaba los 400.000 habitantes fue de 18.923 muertos. La epidemia de 1888 afectó a varias provincias de la isla de Luzón y posteriormente a otras islas del archipiélago filipino entre 1888 y 1889.

En general los contagios de cólera estuvieron muy alejados de la mortalidad ocasionada por las grandes pestes medievales o del período moderno. El primer ataque de cólera, que finalizó en enero de 1835, pudo provocar —aunque la evaluación de los historiadores varía notablemente—, la muerte de algo más de trescientas mil personas en todo el país. Algunas de las ciudades andaluzas, de las que tenemos estadísticas para esta primera epidemia, muestran la levedad del proceso. Ciudades como Cádiz con 57.000 habitantes o Huelva con sus 7.000 apenas perdieron al tres por ciento de sus vecinos; algo más afectadas fueron Córdoba (donde murieron 2.459 de sus 40.000 pobladores), Sevilla (6.200 de sus 100.000) o Málaga (3.540 de sus 59.000 habitantes), en donde la mortalidad afectó al seis por ciento de su población. Granada fue, de las capitales andaluzas, la más afectada: de sus 66.000 habitantes murieron unos 5.800, es decir, algo más de un ocho por ciento.¹⁴ En Badajoz el porcentaje fue similar y algo menor en Valladolid. El contagio de 1854-1856, de parecida agresividad al anterior, ocasionó 236.000 muertos y hubo aproximadamente 120.000 muertos en cada uno de los contagios de 1865 y 1885.¹⁵ A partir de entonces perdió fuerza. La quinta epidemia durante el bienio de 1890-1891, que volvió a afectar a la región levantina, fue reducida y ocasionó pocas víctimas. Ya iniciado el siglo xx, el último episodio conocido que ocurrió en Cataluña en el verano de 1911 —en concreto en el Vendrell— fue solamente testimonial; provocó un total de 1.519 casos con 197 defunciones. En resumen, los contagios de cólera produjeron en España durante el siglo xix unos 800.000 muertos, sobre una población media de 15 millones de habitantes, lo que significaba un seis por ciento de su población, en una etapa de claro crecimiento demográfico sobre el que no se habría dejado notar especialmente su huella.

No obstante, es indudable que la enfermedad seleccionó a sus víctimas. Son extraordinarios los testimonios de la época que hablan a favor de una clara predilección de la enfermedad epidémica por los menos acomodados. Según decía el médico gaditano Caballero Vélez, en un informe que en 1834 presentó sobre la enfermedad ante la Real Academia de Medicina y Cirugía de la ciudad:

[...] no quiero decir que respete a las clases medias y a las personas más elevadas; pero siempre es fácil, establecida una escala, palpar las diferencias que envuelve el prodigioso número de enfermos coléricos entre las masas proletarias, comparado con el mucho menor de las clases privilegiadas.¹⁶

Las epidemias de cólera se comportaban con criterio selectivo según encontraran mejor o peor abonado el terreno. En los medios rurales solía ser la absoluta falta de higiene la responsable directa de su difusión. Según un artículo del diario *El Liberal* sobre el cólera en los pueblos de Segovia durante el contagio de 1885, al referirse a Montejo de la Vega de Arévalo, señalaba que allí:

[...] además de tener estiércol dentro de las casas y alrededor del pueblo, con una laguna cuyo olor en este tiempo es insufrible, se surten de agua del pozo, y éste se nutre del agua estancada de esa laguna y de otras estancadas también que se encuentran escasamente a diez metros de ese mismo pozo.

En las ciudades solían ser los barrios más hacinados, pobres y periféricos y, dentro de los edificios, los bajos y las buhardillas, así como las casas de vecindad, los que aportaban un mayor contingente de fallecidos. Así sucedió en Valladolid durante el contagio de 1834, donde las parroquias de San Nicolás y San Miguel, con mayor número de obreros agrícolas, asalariados manuales y empleados, tenían unos índices superiores de mortalidad a las del resto de la ciudad.¹⁷ En Madrid, los distritos de Congreso y Palacio que, a la vez que céntricos se encontraban entre los más ricos y con menor hacinamiento, ocupaban los últimos lugares en cuanto a fallecimientos por cólera durante 1885. Por el contrario, nos encontramos con que los primeros focos, y los más virulentos, pudieron establecerse preferentemente en los barrios más pobres y de menores condiciones higiénicas como los distritos de Inclusa, Latina y Hospital, que eran los más humildes y los que acogían a mayor número de habitantes por casa.

La situación se repetía epidemia tras epidemia, y no parecía que los nuevos proyectos de ensanches de la ciudad resolvieran el problema. Con la desaparición de bajos y buhardillas —sustituidos por tiendas y cocheras—, y especialmente con las modernas construcciones que suplantaron a casas humildes y baratas de antaño, se producía, como consecuencia de una pareja elevación de los alquileres, un relegamiento hacia la periferia de «el jornalero, el empleado de poco haber, el cesante con escasa o ninguna dotación, las viudas, los huérfanos y los vendedores al por menor», personas que, junto a sus nuevas e inadecuadas viviendas, constituían el mejor pasto y ambiente para el desarrollo de los gérmenes.

Las casas de vecindad, si bien en retroceso, resultaban particularmente aptas para el contagio, dado que carecían de las más elementales condiciones higiénicas y en las que no sólo escaseaba el espacio sino también el aire —el «pan del pulmón» del que hablará Felipe Monlau—, el cual, enrarecido, predisponía a cualquier contagio. No menos propicias eran las viviendas unifamiliares en las que convivían dos o tres familias para poder afrontar los gastos del alquiler. Incluso dentro de un mismo edificio la invasión epidémica no incidía por igual en todos los pisos: los bajos, junto con algunas buhardillas, resultaban más afectados mientras que, proporcionalmente, primeros y

principales habitados por la burguesía se veían menos afectados. Así se observa en Valencia, donde de los 4.250 infectados durante el contagio de 1885, dos de cada cuatro contagiados vivían en los pisos bajos de los edificios. La incidencia según sexo, profesión y estatus económico tampoco deja lugar a dudas durante aquella epidemia para la que tenemos datos precisos. Según el *Boletín de Estadística*, morían más mujeres que hombres (6 de cada 10 difuntos) y más del sesenta por ciento pertenecían a los medios obreros, tanto del mundo urbano como rural. Los propietarios rentistas apenas fueron un 2,48 por ciento de los 120.245 muertos oficiales causados por la epidemia de cólera de aquel año.¹⁸

Es difícil saber a ciencia cierta cuál fue la causa del retroceso de aquella enfermedad a partir de los últimos años del siglo. Antes de que se conociera el agente patógeno, los diferentes países europeos siguieron actuando mediante la creación de un frente común, articulado a través de diversas conferencias internacionales sobre el cólera, que se dictaron por aquellos años (Constantinopla, 1866; Viena, 1874; Bruselas, 1875) y con las que trataban de buscar soluciones para que, en la medida de lo posible, el cólera no sobrepasase las endémicas zonas del Ganges, merced especialmente a los musulmanes que peregrinaban anualmente a la Meca. Sin duda, preocupaban las repercusiones que las epidemias de cólera tenían sobre las economías occidentales. Sin ir más lejos, en España las compañías de ferrocarriles acumulaban fuertes pérdidas cuando, por la declaración de una epidemia, se restringía notablemente el tráfico de viajeros y mercancías.

Tampoco puede atribuirse un protagonismo claro a los avances de la medicina, a pesar de que fuera en 1885 cuando, en medio de fuertes polémicas, el médico catalán Jaume Ferran i Clua aplicaría por primera vez la inoculación de una vacuna anticolérica. Ferrán había nacido en Corbera de Ebro en 1852. Había estudiado medicina en la universidad de Barcelona, donde se licenció en 1873. Pronto destacó en el terreno de la bacteriología. A los 32 años (en 1884) la Real Academia de Medicina de Madrid ya le había premiado por su *Memoria sobre el parasitismo microbiano*, donde se mostraba como una persona ampliamente informada de los avances que en dicho campo llevaban a cabo en Europa el francés Luis Pasteur y el alemán Robert Koch, a los que consideraba sus verdaderos maestros. Precisamente aquel mismo año, Ferran fue comisionado por el Ayuntamiento de Barcelona —con el apoyo del concejal de Barcelona de origen tortosino, Porca y Tió—, para estudiar, junto a los doctores Montserrat y Corominas, la epidemia de cólera que se había desatado en el sur de Francia. Mientras estos dos últimos se dedicaban en Marsella a visitas más o menos protocolarias, a recoger algunos datos, escribir telegramas y enviar notas a la prensa, Ferran, conocedor del descubrimiento del vibrión colérico que Koch había realizado el año anterior durante su expedición a Egipto, consumió junto a su ayudante Innocent Paulí sus horas en el

hospital Pharo, realizando autopsias, analizando la sangre y estudiando las deyecciones de los coléricos. Con los cultivos que se trajo del vecino país, y tras pasar una cuarentena de ocho días en el lazareto de Port Bou, inyectó en conejillos de indias el vibrión colérico. Pudo comprobar que, administrado de manera oral, el vibrión provocaba una gran letalidad, pero cuando los caldos se inyectaban en pequeñas dosis por vía subcutánea los conejillos sólo experimentaban ligeros trastornos y sobrevivían tras el experimento: así nació su vacuna anticolérica.

Luego de realizar las primeras experiencias en seres humanos (en el propio Paulí, familiares y amigos), Ferran presentó sus avances ante la Real Academia de Medicina de Barcelona en marzo de 1885, con una acogida muy positiva. El médico cartagenero Amalio Gimeno y Cabañas, por entonces en la facultad de medicina de Valencia, persuadido de la importancia del descubrimiento invitaría a Ferran a visitar las zonas de la ribera del Júcar infectadas a principios del mes siguiente, para que comenzase a aplicar allí su vacuna. Los resultados benéficos pronto se dejaron notar y de inmediato ingentes cantidades de personas se acercaron hasta el médico catalán y sus ayudantes para ser inoculadas. En Chelva detenían los trenes, ante los cuales se amotinaban frenéticos para impedir su marcha si no se les permitía la vacunación. Toda la huerta valenciana viviría unas semanas de excitación colectiva. Ningún cordón sanitario lograría evitar el traslado de gentes que buscaban la vacuna salvadora.

Todo ello despertó, sin embargo, la oposición encarnizada de una parte de la clase médica, que influyó sobre el ministro de la gobernación, el conservador Romero Robledo, firme partidario de continuar defendiendo las propuestas de aislamiento como medida más eficaz para evitar la difusión del contagio. Le presionaron para que prohibiera la campaña de vacunaciones, alegando que podía ser contraproducente e incluso incrementar aún más el número de infectados. El valor del remedio de Ferran fue puesto en duda por una comisión francesa que visitó Valencia e incluso por el propio Santiago Ramón y Cajal. La polémica fue politizada por el partido liberal de Sagasta con el fin de desgastar a los conservadores y provocar la sustitución de Robledo. El objetivo de los liberales se logró en julio, cuando Robledo fue reemplazado por Fernández Villaverde, quien moderaría las medidas excesivas de cordones sanitarios y lazaretos adoptados hasta aquella fecha en el conjunto del país. No obstante, no se reconocería la validez de la vacuna de Ferran, cuyo empleo continuaría prohibido durante el siguiente contagio de 1891. La validez de la vacuna sólo sería una realidad tras concedérsele en 1907 el premio Bréant por la *Académie des Sciences* de París.¹⁹

La peste blanca

Menos sobrecogedora que el cólera, pero infinitamente más dañina desde el punto de vista de sus consecuencias demográficas, resultó la tuberculosis al instalarse como una enfermedad endémica en el continente europeo. Se calcula que, a finales del siglo XIX, se llevaba cada año la vida de 40.000 españoles, muchos de ellos en plena juventud. Esta enfermedad pulmonar se conocía como «tisis» o «consumión» en los primeros tiempos de la Edad Moderna, dado que parecía que la enfermedad «consumía» a sus víctimas y dejaba esqueletos a su paso. Su bacilo responsable era el *Mycobacterium tuberculosis*, descubierto también por el alemán Koch en 1882. De transmisión aerógena, provocaba la reacción inflamatoria de los tejidos orgánicos infectados. El tubérculo constituía su lesión elemental y los pulmones, su principal localización, seguida del intestino, los ganglios linfáticos, la piel, los órganos genitales-urinarios y los huesos.

Hasta el siglo XVII, el conocimiento de la tuberculosis apenas cambió. Los médicos árabes como Razes y Avicena la consideraban una afección generalizada con manifestaciones locales en forma de úlceras pulmonares. Arnau de Vilanova pensaba que estas últimas se originaban en humores fríos que caían gota a gota desde la cabeza a los pulmones. Su incidencia en períodos anteriores es difícil de concretar debido a la ausencia de estadísticas, aunque el hecho de que algunas dinastías europeas, como la francesa, plantearan desde la Baja Edad Media los supuestos poderes taumátúrgicos de sus monarcas sólo con el «toque real» sobre las escrófulas de los enfermos, parecía indicar indirectamente que su incidencia fue alta. Médicos como Silvio, el gran clínico holandés del siglo XVII, a través de las autopsias, o Thomas Willis y Richard Morton, fueron los que establecieron una relación entre la tisis y su alcance pulmonar. El primer paso en el diagnóstico fue dado por Leopold Avenbrugger en 1761 mediante el uso de la percusión torácica, técnica que más tarde fue difundida por Jean Nicole Corvisart, médico de Napoleón Bonaparte, en 1797. Posteriormente, los estudios de Gaspard Laurent Bayle en 1810 y Hermann Lebrut en 1849 antecedieron al descubrimiento de Koch de su microorganismo causante en 1882.

Aunque las tuberculosis ganglionares y óseas no dejaron de matar, la forma pulmonar fue la gran protagonista de las «fiebres románticas». La tisis tuvo su época más fuerte entre 1780 y 1880, cien años que coincidieron con el masivo desplazamiento de campesinos a las fábricas de las ciudades, necesitadas de abundante mano de obra en pleno auge de la Revolución Industrial. La enfermedad incidió especialmente en adultos jóvenes quienes, inmersos en el espíritu del Romanticismo, la mitificaron hasta convertirla en una enfermedad de moda. La palidez, el brillo febril de la mirada y la astenia que acompañaban a la tisis la convirtieron en la enfermedad de las almas sensibles y de los artistas: Chateaubriand, Chopin, Georges Sand, Alfred de Musset, Gaspar D. Friedrich, Hölderlin, nuestro Gustavo Adolfo Bécquer, son algunos exponentes de esta visión filosófica-estética de la enfermedad. La muerte se percibía

como una liberación; el suicidio o el abandono hasta contraer la tuberculosis y morir de ella constituyeron un objetivo admitido y deseado por los románticos. La belleza ideal corresponde a una naturaleza enfermiza, donde destacaban la palidez y la expresión de sufrimiento. La tuberculosis se transformó así en la enfermedad de los privilegiados, aquella que mejor reflejaba la mentalidad romántica. Hasta el propio monarca Alfonso XII, aunque no se reconociera oficialmente, moriría víctima de ella el 25 de noviembre de 1885.

Sin embargo, no es cierto que la enfermedad atacara sólo a los ricos; eran preferentemente las clases desfavorecidas las que la sufrían. Las condiciones de vida y de vivienda favorecieron, como en el caso del cólera, su expansión y se convirtió por ello en la principal causa de muerte entre 1850 y 1907. Si hasta el siglo XIX se había creído que la enfermedad era hereditaria, la aparición de estadísticas fiables a partir de la segunda mitad del siglo XIX permitieron comprobar que la tuberculosis para nada tenía un carácter elitista y que se contagiaba por ser un mal que afectaba especialmente a la clase obrera. Sus rudimentarias condiciones de vida favorecían su desarrollo. En las fábricas, los niños mayores de ocho años y los hombres y mujeres con jornadas de 10 y 12 horas, sin vacaciones, humedad, falta de ventilación, con salarios bajos que impedían la alimentación suficiente y favorecían el alcoholismo, eran los más proclives a contraerla. Asumida esta nueva realidad, la visión social de la tuberculosis comenzó a variar: se tuvo miedo y se intentó esconderla. Las familias se avergonzaron de tener un enfermo tuberculoso y, cuando moría, trataban de ocultar la verdadera causa. El tísico, como antes el apestado o el colérico, pasó a ser un marginado social: su tos, su sudor, todo lo que tocaba era observado como un peligro de difusión del contagio.

Ante este «diseminador de bacilos», la sociedad adoptó estrategias defensivas que consistían, por un lado, en la quema de las pertenencias (ropas, mobiliario) de los tísicos y la desinfección de sus casas; por otro, en diferentes campañas que trataban de promover hábitos higiénicos en el trabajador y que, en el fondo, ocultaban un intento de control y moralización de una clase que se consideraba peligrosa por su papel propagador de las epidemias. En esta época fue cuando se crearon los sanatorios para tuberculosos. Desde la antigüedad todos los tratamientos se habían basado en el clima (aire puro, sol) y en el robustecimiento del enfermo mediante una dieta sana (aceite de hígado de bacalao, carne, etc.). En 1854 se creó el primer sanatorio antituberculoso en Gorbersdoft (Silesia), en los Alpes germanos, a 650 metros de altitud, rodeado de montañas boscosas. El doctor alemán Hermann Brehmer sostenía que la tisis era el resultado de la incapacidad del corazón para hacer circular la sangre por los pulmones, lo que favorecía el depósito de los tubérculos. Pensó que, en un lugar situado muy por encima del nivel del mar, la reducción de la presión atmosférica haría incrementar la función cardíaca y, con ello, la circulación pulmonar. Al fortalecimiento del corazón

ayudaría una dieta rica y abundante, algo de alcohol, hidroterapia y ejercicio físico regular, todo ello bajo supervisión médica constante. De hecho sus recomendaciones fueron seguidas por aquellos enfermos cuyos niveles de rentas permitían tal ejercicio de descanso. Bécquer estuvo durante algunos meses al pie del Moncayo y Chopin hizo lo propio en la cartuja mallorquina de Valldemossa.

En España, los primeros sanatorios antituberculosos que se abrieron fueron el balneario de Busot (Alicante) en 1897, destinado a las clases acomodadas, y dos años más tarde, el de Porta Coeli, en Valencia, debido a la iniciativa de Francisco Moliner, catedrático de Patología y Clínica Médica de la universidad valenciana. Preocupado por la falta de atención que recibían los miembros de las clases sociales más humildes, especialmente los obreros de las fábricas y talleres que trabajaban en condiciones favorables para la aparición de la tuberculosis, Moliner propuso el ingreso de los enfermos pobres en granjas-sanatorios en las que podían recuperar la salud mediante la acción combinada del aire puro, el sol, el reposo y la alimentación. Debido al elevado coste de este tratamiento, Moliner solicitaba que el mismo fuera sufragado por los poderes públicos y por suscripción popular, alentados por el hecho de que con el confinamiento de los tísicos disminuirían los focos de infección.

Sin embargo, a pesar de sus reiterados esfuerzos para que sus propuestas se convirtieran en leyes estatales —incluso se presentó como diputado a Cortes por Valencia en 1901 con el fin de defender una «Ley General Protectora de los Tísicos Pobres» y que en 1905 consiguiera que el rey Alfonso XIII visitara el sanatorio de Porta-Coeli con la vana esperanza de conseguir una ayuda presupuestaria para la ley de Sanatorios—, Moliner murió en 1915 sin haber visto satisfechas sus demandas. No obstante, poco a poco se fueron abriendo sanatorios de montaña en diferentes localidades españolas. En 1918 existían seis: tres en Madrid, uno de ellos privado, y el resto en Barcelona, Valencia y Zaragoza. Además se abrieron otros marítimos. Tan sólo dos de ellos fueron mantenidos en las dos primeras décadas del siglo XX: el de Pedrosa (Santander) y el de Oza (La Coruña) inaugurados en 1910. Ocuparon el lugar de los dos lazaretos que previamente tenía el Estado en aquellos lugares. Sólo abrían en verano y en un principio sus plazas se limitaban a enfermos de Madrid y del norte de España, aunque a partir de 1912 empezaron a acudir pacientes de toda la nación. Entre ambos tenían capacidad para atender y cuidar a 300 niños. El primer sanatorio marítimo de iniciativa particular fue el de Chipiona o de Santa Clara, fundado por el médico madrileño Manuel Tolosa Latour en 1892. Dedicado a los niños escrofulosos y raquíticos, se construyó frente a la misma playa. Dos años antes, los Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios habían creado con idéntico fin el sanatorio de San Rafael en Madrid.

No obstante, la vida sanatorial sólo era aplicable a los enfermos en la primera fase del mal. Los casos avanzados debían ser tratados en hospitales de beneficencia. En España, un Real Decreto de 31 de octubre de 1901 incluía la tuberculosis como una enfermedad de declaración obligatoria, práctica ya acordada por Fernando VI en 1751 y pocas veces llevada a cabo. Esta medida se vio complementada con importantes reformas urbanas en las grandes ciudades, destinadas a mejorar las condiciones higiénicas del subsuelo, casas y talleres. A su vez, se dictaron leyes de acondicionamiento del trabajo y de protección a la infancia que no culminaron hasta comienzos del siglo xx con la ley Dato de 1900, que regulaba el trabajo de las mujeres y los niños (a los que prohibía el trabajo con menos de diez años y las labores nocturnas si no habían cumplido los catorce), la creación de las «Gotas de Leche» (establecimientos que proveían de leche esterilizada a las madres con hijos lactantes), las campañas de inspección escolar a partir de 1902 y la promulgación en 1904 de la Ley de Protección a la infancia.

En 1903 se fundó en Madrid la Asociación Antituberculosa Española, que comenzó de una forma organizada la lucha contra esta enfermedad en nuestro país. De hecho, ya algunos médicos españoles —Espina y Capo, Martínez Vargas y Juan Martín y Llorente— habían asistido en 1888 en París a una primera reunión internacional para organizar una prevención antituberculosa eficaz, basada en el intercambio de información entre todos los países afectados y a favor de la toma de medidas colectivas de vigilancia y control. Dos meses después, algunos de aquellos médicos discutieron en Barcelona la contagiosidad y la profilaxis de la tuberculosis en el seno del Congreso de Ciencias Médicas. En diciembre de 1889 propusieron —con el médico Francisco Suñer y Capdevila a la cabeza— crear una Asociación contra la tuberculosis que debería incluir a destacados médicos como Manuel Tolosa Latour, Amalio Gimeno, José de Letamendi, Federico Rubio, Ángel Pulido y el propio Alberto Espina, aunque el proyecto no llegó a prosperar. En 1892, Luis Comenge y Ferrer, en Barcelona, a través de la *Gaceta Médica Catalana*, hacía un llamamiento similar aunque igualmente infructuoso. Comenge planteó la creación de una junta que asesorase a las autoridades locales sobre las medidas profilácticas más eficaces, que consistían —según él— en las desinfecciones obligatorias de los enseres y viviendas de los tísicos y en la prohibición de venta de la ropa de los enfermos y fallecidos de tuberculosis. El Laboratorio Microbiológico Municipal de San Sebastián puso en marcha estas medidas en 1893, al igual que lo hizo el de Barcelona. La labor de Comenge dio lugar a la aparición de la primera revista sobre tuberculosis publicada en España, *Contra la tisi*, en 1903, por Agustí Bassols i Prim, asiduo colaborador de la *Gaceta Médica Catalana*, cuyo objetivo principal era la divulgación de la lucha antituberculosa que se llevaba a cabo en el resto de países y la formación en ellos de asociaciones frente a la enfermedad. A partir de estas iniciativas, se empezarían a organizar los futuros congresos españoles internacionales contra la

enfermedad, llevados a cabo en Zaragoza (1908), Barcelona (1910) y San Sebastián (1912).

La Asociación de Madrid fue el germen de las futuras Juntas o Ligas provinciales, creadas según Real orden de 17 de junio de 1904. Ese mismo año, la Asociación entró a formar parte del *Bureau Central Internacional para la lucha contra la tuberculosis* de Berlín, fundado en 1902 y denominado desde 1905 Asociación Internacional contra la Tuberculosis. Una comisión permanente constituida en 1906 se encargó de coordinar la labor de la Asociación española, encaminándola sobre todo a la creación de dispensarios tuberculosos, preferidos en la época a los sanatorios.

La labor de las Ligas antituberculosas provinciales y locales se orientaba principalmente hacia la higiene frente a la tuberculosis, a través de sucesivas campañas de propaganda en las que se difundían prescripciones para evitar el contagio de la enfermedad: hervir la leche, no escupir en el suelo —para lo que se entregaban escupideras a los tuberculosos—, ventilar las habitaciones, entre otras. Una parte importante de esta faceta preventiva por la vía educativa y asistencial se desarrolló a través de los dispensarios antituberculosos, que a su vez se convirtieron en las instituciones centrales del diagnóstico precoz de la enfermedad. Los primeros que se fundaron fueron los de Madrid, creados por Verdes Montenegro en 1901, y luego, los de Barcelona (1905), Bilbao, Málaga, Zaragoza, Oviedo, La Coruña y Mahón.²⁰

La falta de un tratamiento eficaz contra la tuberculosis a principios del siglo xx obligaba a una identificación temprana de los casos antes de que empezara a transmitirse. La radiografía con rayos X y la prueba de la tuberculina ofrecieron esa posibilidad. Se realizaron exámenes masivos de la población mediante radiografías miniaturizadas de tórax, mientras que el test ideado por Mantoux se generalizó sobre todo entre los escolares. En 1921, tras el final de la Primera Guerra Mundial, se descubrió una vacuna específica, la BCG (bacilo descubierto en Francia por Albert Calmette y su ayudante Camille Guérin). En España, su aplicación tuvo que competir con la vacuna anti-alfa del doctor Jaume Ferran, que el médico catalán utilizó con éxito en Alcira (Valencia) en junio de 1919; en los años siguientes se realizaron numerosas inoculaciones (en 1927 se calculaba que se habían efectuado ocho millones). La vacuna de Calmette fue introducida en España en 1924, gracias a la labor del tisiólogo catalán Luis Sayé y Sempere, director del Servei d'Assistència Social de los Tuberculosos de Catalunya y uno de los dieciocho expertos que intervino en la conferencia internacional de la BCG de 1928 en París, organizada por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, en la que se determinó la inocuidad de la vacuna. La muerte de Ferran dejó expedito el camino a la vacuna de Calmette. En 1931 el gobierno republicano optó por emplearla y a partir de 1933 se vacunó a todos los niños recién nacidos. La Guerra Civil, unida al

exilio de Sayé, hizo que en España no hubiera un plan nacional de vacunación hasta después de la celebración del Congreso Internacional de la BCG en 1948. Fue en 1965 cuando la vacuna se difundió definitivamente, a partir del «Plan de Erradicación de la Tuberculosis» promovido por el Patronato Nacional Antituberculoso y la Dirección General de Sanidad. Durante diez años se procedió a la vacunación de más de diez millones de personas, la mayoría niños entre 5 y 14 años.²¹

The Spanish Lady: la gripe española de 1918-1919

La gran epidemia de gripe que tuvo lugar entre marzo de 1918 y febrero de 1919 ha pasado a la historia con el nombre inmerecido de *gripe española*. De hecho, la *influenza*, nombre con la que se la conocía desde el final de la Edad Media, no era desconocida en nuestro país. En 1580 ya hubo una grave epidemia que diezmó ciudades como Madrid o Barcelona, a la vez que causó la muerte de personajes ilustres como la cuarta esposa de Felipe II, la reina Ana de Austria.²² Posteriormente reapareció con cierta fuerza durante los años 1781, 1847 y 1889. En esta última fecha, entró por Barcelona y Málaga y llegó hasta Madrid donde, según algunos datos, dejó dos mil muertos. Benito Pérez Galdós nos dejó testimonio de su impacto en la sociedad madrileña, en donde agitó la celebración de las fiestas navideñas de aquel año. También en Barcelona, el poeta Joan Maragall recordaba que aquella epidemia hacía constante el oír tocar a muertos y que las tertulias y los grupos de amigos se habían desorganizado a causa de las numerosas defunciones. Pero fue a partir de la de 1918, con su terrible tributo de víctimas, cuando la gripe se volvió endémica en el mundo hasta convertirse actualmente, junto al SIDA o el SARS, en una de las pocas enfermedades infecciosas que parecen capaces de generar catástrofes epidemiológicas en nuestros días. Desde aquella fecha se estableció un servicio de vigilancia internacional para detectar la aparición de nuevas cepas virales que, aun con todo, provocaron nuevas oleadas pandémicas como las de 1957-1959 y 1968.

Se han barajado diferentes hipótesis sobre el origen de la pandemia de 1918-1919. La tesis autóctona, basándose en la aparición recurrente de epidemias desde 1915 entre las tropas en combate durante la Primera Guerra Mundial, sugiere que la gripe surgió en la propia Europa. La falta de higiene de las trincheras, el hacinamiento de los combatientes, la lucha cuerpo a cuerpo con las bayonetas favorecían una rápida expansión del virus muchas veces surgido del frío, la lluvia y del agotamiento de los combatientes, condiciones que causaban la aparición continuada de enfermedades respiratorias que casi siempre se convertían en neumonías.

También se ha sugerido que el foco original de la pandemia estuvo situado en el continente asiático, de donde habían procedido históricamente las pandemias anteriores

provenientes de sus reservorios naturales. Para algunos historiadores, los 200.000 coolíes chinos trasladados a Francia en los primeros meses de 1918 para trabajar en la retaguardia fueron el vehículo de la infección. Ellos pudieron portar una específica mutación del virus gripal de aquel año —resultado de una recombinación genética entre un virus animal, concretamente la gripe porcina, y otro humano—, ante la cual la memoria inmunológica de la humanidad era inexistente. Aparte de las complicaciones pulmonares conocidas, esta gripe afectaba especialmente al sistema neurológico y provocaba la llamada encefalitis de *Von Economo*. Pero tanto la hipótesis china como la que difundió, durante los inicios de la epidemia, la Royal Academy of Medicine de Gran Bretaña sobre su origen español, parecen hoy del todo descartadas. Lo cierto es que gracias a la hipótesis británica, todavía hoy es conocida aquella pandemia por el nombre de «Gripe española» o la «Dama española» —*the Spanish Lady*.

En realidad, tanto en China como en España, los primeros casos se dieron meses después de que se produjera la primera noticia de una pandemia de gripe en un campamento del ejército norteamericano en Fouston, Kansas, el 4 de marzo de 1918. La epidemia se extendió rápidamente desde el Medio Oeste hacia la costa este americana, difundida por el continuo movimiento de tropas que debían embarcarse hacia los frentes de combate europeos para luchar contra los imperios centrales durante el final de la Primera Guerra Mundial. En marzo de ese año había 85.000 soldados luchando en Francia, seis meses más tarde eran 1.200.000. Así, el 1 de abril se registraron los primeros casos de gripe entre las fuerzas expedicionarias americanas acuarteladas en Burdeos y Brest, dos de los principales puertos de desembarco de tropas. El general Erich Ludendorff llegaría a manifestar que la derrota alemana —el armisticio se firmó el 11 de noviembre—, no se debió tanto al impacto militar de las tropas de refresco estadounidenses como sí a los efectos demoledores del virus que éstas transportaron desde su país.

Fuera exagerada o no aquella afirmación, lo cierto es que las altas jerarquías políticas y militares de los diferentes países enfrentados se esforzaron por mantener oculta la existencia del virus. De entrada, las autoridades americanas no estaban dispuestas a admitir que éste se hubiera podido incubar en un campamento militar de Estados Unidos. Incluso para atizar el antigermanismo, llegaron a afirmar que había sido un virus de origen alemán. Por otra parte, declarar la existencia de la gripe en los frentes de batalla podía provocar, en una guerra en la que se había utilizado todo tipo de gases venenosos para diezmar al adversario, una oleada de histerismo entre los soldados y dar lugar a desertiones masivas o revueltas contra los mandos. Hay que tener en cuenta que los soldados franceses y rusos ya habían protagonizado actos de rebelión contra sus propios oficiales a lo largo de 1917. En el caso de Rusia, concretamente, estimularon la caída de la autocracia zarista en febrero de ese mismo año. Así, cuando en mayo de 1918

las autoridades sanitarias españolas manifestaron que en Madrid se habían producido algunos casos del virus, las principales potencias mundiales, recelosas de la neutralidad española en el conflicto bélico, no dudaron en señalar que la epidemia de gripe que estaban padeciendo sus tropas y la población en general era de origen español.

Durante aquel mes de mayo de 1918, la gripe estalló también en Portugal, Italia, Grecia, Albania, Escocia y el norte de África. En junio les tocó el turno a Inglaterra, Suiza, Alemania y Austria, y antes de finalizar el mes ya recorría los países escandinavos y el norte de Rusia, al parecer llevada por tropas británicas. Simultáneamente se dieron los primeros casos en Puerto Rico y en las regiones del Caribe, incluido México. Tampoco las colonias inglesas de la India escaparon. En Bombay, principal puerto de pasajeros y de personal militar, la primera ola se inició a mediados de junio entre los trabajadores del puerto. Desde allí, siguiendo los raíles del ferrocarril, se extendió al resto del subcontinente, así como por Persia y las Filipinas. En septiembre alcanzó Australia y Sudamérica, al llegar a Brasil y Argentina, en este caso probablemente a bordo de algún barco español. Allí fue llamada irónicamente *La despedida de Colón* o *El beso de la raza*. A aquella primera ola siguieron al año siguiente nuevas repeticiones. Es difícil evaluar la suma total de víctimas mortales. En general se piensa que fueron unos treinta millones los muertos en todo el planeta. Sólo en la India causó la escalofriante cifra de 12,5 millones de defunciones.

Ciertamente, en España la primera oleada de aquella gripe se dio a conocer oficialmente el 20 de mayo de 1918 en Madrid. Fue el diario *El Sol* el primero que informó sobre ella y pocos días después el resto de diarios de la capital se vieron obligados a ocuparse también del asunto. Las festividades de San Isidro, con sus verbenas, bailes y corridas, parece que potenciaron la difusión del virus. El desarrollo de aquel primer brote fue muy explosivo: en la primera semana hubo ya 30.000 atacados y para el 1 de junio, la cifra se elevaba a 250.000.²³ Como era corriente cuando se iniciaba cualquier epidemia, el ayuntamiento trató de restar importancia a lo sucedido. Sólo a los dos días de aparecidas las primeras noticias, los miembros del concejo madrileño enviaron una nota a la prensa en la que se decía que si bien «no puede negarse, porque es un hecho conocido, que se vienen registrando en estos días numerosas invasiones de una enfermedad de muy escasa duración», ésta no ofrecía «gravedad alguna». De hecho, la corporación municipal no se ocupó de la epidemia hasta la sesión que se celebró el 31 de mayo, en la que uno de los concejales reconoció que si bien hasta entonces no se le había dado importancia para no alarmar a la población, las proporciones que comenzaba a adquirir el contagio exigían la adopción de urgentes medidas para evitar que se propagara. Así, se dictaron varios bandos sobre limpieza en la ciudad, se comenzó a realizar desinfecciones en las estaciones ferroviarias sobre viajeros, equipajes y mercancías y, dada la escasez alimenticia que se padecía aquel año, se reforzaron

tanto la asistencia caritativa como la médica, a través de las Casas de Socorro. Para poder acudir a todas aquellas políticas, la Corporación madrileña tuvo que aumentar el presupuesto e incluso solicitar un crédito de dos millones de pesetas al Gobierno.²⁴

Muy pronto se pudieron comprobar las graves repercusiones de la gripe sobre el mundo laboral de la capital. Correos y la Casa de la Moneda estaban casi paralizados por falta de personal. Telégrafos tuvo que cerrar todas sus sucursales menos una, y los teatros Apolo, Novedades y Trianon Palace suspendieron sus funciones por enfermedad de sus actores. De hecho, aquel 1918 fue el primer año del llamado «Trienio bolchevique» por su efervescencia social. Inflación, escasez de carbón, alimentos y medicamentos provocaron gran malestar social, plasmado en cientos de huelgas. El campo sufría aún más esta situación, lo que suscitó una masiva emigración hacia las ciudades que contribuyó a aumentar el contagio. En el campo político, la crisis de los dos grandes partidos era cada vez mayor, tanto que el rey amenazaba con abdicar y la sombra de un golpe militar era cada vez más afilada. El Gobierno de concentración presidido por Maura, que había llegado al poder aquella primavera y despertado grandes expectativas al amnistiar a los implicados en la huelga de agosto de 1917, se vio desbordado por el problema añadido de la epidemia. Sin saber qué hacer, trataron de minimizar su importancia, confiando en que pronto pasaría. Rechazaron decretar el estado de alarma en la capital porque obligaría a suspender las fiestas, lo que crearía aún más quebranto anímico y económico.

Al principio, la ciudadanía no dramatizó la situación. La gripe se convirtió más bien en uno de los temas preferidos de chistes y chascarrillos a la vez que llenaba las páginas de los diarios de divertidas caricaturas alusivas. La enfermedad fue bautizada irónicamente como *Soldado de Nápoles* —en alusión al coro de la zarzuela *La canción del olvido* que triunfaba por aquel entonces en España— porque ambas, gripe y canción, eran de lo más pegadizas. Durante los primeros días circularon rumores de todos los gustos sobre el origen de la enfermedad, que pronto fueron objeto de especulación en los diarios: que si la remoción del suelo y del subsuelo para ejecutar las obras del Metropolitano y del alcantarillado; que si las harinas llegadas desde América; que si la goma de los sellos, que si los gases venenosos y el cañoneo de la guerra; que si la aspirina de Bayer, considerada «un invento diabólico de los alemanes para envenenar a toda la humanidad». Los médicos no ayudaron mucho. Sabían que el responsable era un microbio pero desconocían un tratamiento efectivo; los recomendados no podían ser más diversos y, en general, inútiles o contraproducentes. Aparte de reposo y aspirinas, se prescribían purgantes, quinina, café, ajos, fumar, cerveza, yodo y, sobre todo, mucho ron o coñac. Era muy común que el enfermo estuviese bien tapado y encerrado en su habitación, en donde recibía a la familia y amigos mientras todos bebían coñac y fumaban. Como no podía ser de otro modo, los resultados eran terribles, y de cada

velada de este estilo salían más contagiados.²⁵ Pero los más observadores señalaron que la epidemia provenía de Francia, donde ya hacía estragos en el mes anterior. No hay que olvidar que durante los años de la guerra hubo un intenso tráfico de obreros portugueses y españoles al país vecino, donde suplían temporalmente a los trabajadores que hacían la guerra. Con rapidez la enfermedad se irradió, siguiendo los caminos del ferrocarril, a las ciudades cercanas (Madrid, Cuenca, Toledo y Salamanca) y desde éstas al resto del país.

A finales de agosto, la enfermedad parecía haber desaparecido pero rebrotó con fuerza al iniciarse el otoño. El ambiente político y social también había empeorado y la violencia en las calles era continuada. El otoño comenzó con una larga huelga de panaderos, a la que siguió la de cocheros y la de carteros. El rebrote gripal esta vez no fue sólo en las regiones del centro peninsular sino también en las del Levante, que habían permanecido indemnes durante la primavera. Fue entre septiembre y noviembre cuando más muertes causó. El ferrocarril parece haber sido de nuevo la pieza clave en su entrada desde Francia, al traer de regreso a nuestro país al medio millón de españoles que habían ido a la vendimia francesa y los miles de portugueses repatriados al acabar la guerra. Por un lado, por Port-Bou, difundiendo la infección desde Cataluña hasta Almería; por otro, desde Irún hacia Medina del Campo. Justamente en esta última estación se pretendió examinar desde septiembre a los que llegaran desde Francia con el objeto de aislar a los enfermos y desinfectar a los sanos. La guardia civil fue la encargada de vigilar los vagones de los portugueses hasta que éstos, tras ser llevados a vías muertas, fueran enganchados al tren que se dirigía a Salamanca sin que sus pasajeros pudieran descender. Lo peor fue que muchos morían como animales en los propios vagones.

Además muchas fiestas patronales —a pesar de que hacia finales de septiembre desde el Ministerio de Gobernación se recomendó a los gobernadores que trataran de retrasar las fiestas y ferias y evitar al máximo las aglomeraciones—, ayudaron a expandir violentamente la enfermedad, por la movilización de los aldeanos de unos pueblos a otros. En Becedas (Ávila) se celebró el primero de septiembre la fiesta con asistencia de gentes de Béjar (Salamanca), donde la epidemia ya hacía estragos. Unos pocos días después, aparecieron 800 casos que los vecinos atribuyeron a la creencia de que habían sido envenenados con la carne del toro sacrificado en la lidia de la fiesta.

Coincidió, también, con el relevo militar en España. No era de extrañar que la concentración en locales estrechos y con mala higiene de jóvenes reclutados de todos los rincones del país, muchos de ellos portadores del virus, fuera el medio idóneo para producir una explosión epidémica: los reclutas eran portadores de la enfermedad desde sus lugares de origen, mientras que los soldados que terminaban el servicio militar lo

sembraban en el camino de vuelta a casa. Uno de cada nueve soldados enfermó, y murió uno de cada treinta afectados. Tratando de evitar el contagio, el ministro de la Guerra ordenó no hacer instrucción y aumentar la alimentación de las tropas. Igualmente, se trató de retrasar los licenciamientos para evitar que portasen la enfermedad a sus pueblos, pero el descontento popular lo hizo inviable.

Como cabía esperar, fue entonces cuando la epidemia se politizó aún más. El ministro de Estado, Eduardo Dato, recurrió a la censura para evitar la alarma. Negó la epidemia el 17 de septiembre pocos días antes de enfermar él mismo, como también lo harían el rey Alfonso XIII y los ministros de Instrucción y Marina, señores García Prieto y Pidal. Pero al día siguiente, el propio Maura tuvo que reconocer su existencia; semanas más tarde, una hija suya fallecía en Solares (Cantabria).

Una vez aceptada la evidencia, se adoptaron medidas llamativas tales como atender a las asistencias hospitalarias de los contagiados, arbitrar créditos con los que sufragar los distintos gastos derivados de la epidemia, luchar contra la carestía y dictar medidas de higiene pública, con el fin de tranquilizar a la población, aunque no sirviese de nada. A la iglesia se le pidió restringir los servicios religiosos, procurar que el viático se administrara discretamente para no amedrentar más a la población, acelerar el ritual funerario, evitar que se paseasen imágenes por las calles y se besasen estolas, imágenes y relicarios. Pero todo era inútil. Obispos como el de Zamora o el de Valladolid, en pleno siglo XX, organizaban multitudinarios actos religiosos para pedir a los santos por el fin de la epidemia, amenazando a las autoridades con la excomunión si éstas se atrevían a prohibirlos. De hecho, medidas que hubiesen sido más efectivas no fueron adoptadas por su impopularidad: así, no se decidió suspender las fiestas populares, sacrificar los perros vagabundos, regar las calles con desinfectantes, retirar los excrementos humanos de las vías férreas, fumigar con zotal a todos los pasajeros de los trenes, controlar las vaquerías en el interior de las ciudades, desalojar gallinas o conejos de los patios de las viviendas urbanas, prohibir la compraventa de ropa usada, cerrar los cines, teatros, campos de fútbol, plazas de toros, etc., por ejemplo. Las contradicciones abundaban, como en Granada, donde se levantó la prohibición de celebrar funciones de teatro en locales cerrados, pero se realizó una función para recaudar fondos contra la epidemia.²⁶

En otras ocasiones, las medidas decretadas fueron inaplicables, a veces por huida de las mismas autoridades o del personal sanitario. Escandaloso fue el caso del gobernador de Barcelona, Carlos González Rothwos, que se marchó de vacaciones en septiembre a San Vicente de Toranzo (en Cantabria), y no volvió hasta dos meses después, una vez acabado el peligro. Las juntas provinciales de sanidad se sentían impotentes ante la posibilidad de prohibir las fiestas o concentraciones populares, por miedo a los

disturbios. Además, recibían las presiones de las patronales, sindicatos e iglesia, que no querían ver alterada la vida normal por miedo a ver paralizados sus negocios.

La epidemia sirvió así de pretexto para llamar la atención en los debates parlamentarios sobre la mala situación de la sanidad española y el nivel de abandono en que se encontraba la beneficencia en numerosas ciudades españolas, tal y como pusieron de manifiesto los diputados socialistas Largo Caballero y Besteiro, cuando el 23 de noviembre por fin se pudo debatir el tema en las Cortes. Los socialistas reclamaban una nueva concepción de la beneficencia y de la sanidad en España basada en seguros sociales. Por su parte, el gobierno continuaba a la defensiva, sin ceder a un desarrollo de las reformas sociales reclamadas. De hecho, el ministro de la Gobernación se excusaba ante la gravedad de un contagio «que realmente había superado a cuanto podía prevenirse por las autoridades científicas más competentes en la materia».

Las protestas en el Parlamento no hacían más que recoger un estado de opinión crítico hacia la actuación del gobierno que se iba acrecentando día a día entre la opinión pública. Un buen reflejo de esta situación es el artículo que, bajo el título «Progresos del mal y desidia del Gobierno», apareció el 12 de octubre en el diario *El Liberal*:

¿Qué espera el Gobierno? [señalaba el articulista] ¿Piensa aplicar a este conflicto español el acreditado procedimiento de las dilaciones que ha venido aplicando a otros conflictos? ¿Cree que puede dejar para la semana entrante —como ha hecho con otros problemas— la adopción de medidas para combatir el daño? ¿Va a tratar a este microbio, que torpedea las poblaciones españolas, como acostumbra tratar a los demás microbios que hacen lo mismo? [...] Ahora no puede alegarse divergencia de opiniones. Todo el país cree que debe ponerse inmediatamente remedio a los estragos de este enemigo que se nos ha entrado por las puertas [...]. Sin embargo, el Gobierno —siempre diplomático y parsi-monioso— se contenta con poner en movimiento unas estufas de de-sin-fección y unos carritos de laboratorio con líquidos malolientes. Y el bacilo que se quiera asustar, que se asuste [...] ¡Ah, si este mal pudiera paliarse con la censura previa!... Pero es más fácil poner mordaza en el comentario de los periódicos que prevenir medidas que inmunicen al país o que atajen una epidemia al iniciarse su curso.²⁷

Desde las páginas de *El Socialista* se llamaba la atención insistentemente sobre las malas condiciones en las que vivía y trabajaba la mayor parte de la población, sobre las dificultades para hallar alimentos y medicinas, sobre la incongruencia de ordenar el cierre de los centros docentes públicos —precisamente aquellos a los que acudían los hijos de los obreros— mientras se permitía la apertura de los privados, los cafés, iglesias y casinos, frecuentados por la burguesía. Asimismo, la crítica se cebaba sobre la inutilidad de las medidas de desinfección, más efectistas que reales. Además, en los momentos de mayor intensidad de la gripe, presionadas las autoridades sanitarias por la prensa y la opinión pública, los cordones sanitarios se volvieron más extremos. Se llegó a devolver trenes enteros procedentes de Francia y la frontera portu-gue-sa se cerró totalmente, con ello se condenó al país luso al aislamiento de Europa. Esto levantó

airadas protestas en Portugal, donde se achacó la severidad de las medidas a la prensa progermánica española por haber explotado el pánico sobre la gripe para perjudicar a los países aliados.²⁸

Como en el resto del continente, octubre de 1918 fue el mes más aciago. En Barcelona se hablaba de 10.000 afectados el día 3, aunque oficialmente el inspector provincial de sanidad no admitía más que 5.000 una semana más tarde. Se suspendieron todas las solemnidades religiosas en las iglesias y el día 15 se clausuraron todos los centros de enseñanza. Incluso se llegó a suspender la tradicional visita a los cementerios del día de Todos los Santos. Como medidas profilácticas se repartió un litro de lejía a 4.000 familias pobres en situación de riesgo y se instalaron lavaderos portátiles en barriadas de chabolas como Can Tunis. La prensa, en especial la republicana, se hizo eco de las deficiencias municipales tanto en materia médico-sanitaria como en la organización de los servicios fúnebres, que desde principios de octubre habían sido concedidos en régimen de monopolio municipalizado a la Unió d'Empresaris de Pompes Fúnebres, empresa que se vio colapsada tanto por el repentino número de defunciones como, en especial, al producirse una huelga obrera que afectó a los suministros de madera para los ataúdes.²⁹

A partir de noviembre comenzó a decrecer en intensidad la epidemia, y la vida parecía volver a la normalidad. A pesar de ello, Maura pagó parte de la factura de la gripe y, a principios de ese mes, ya había abandonado el poder. La desesperación provocada por la enfermedad se sumó al descontento social, lo que causó una radicalización de las huelgas, contestada con una creciente intervención militar en la política y en la represión, que hizo que la violencia se adueñase de las calles. Sin duda, la gripe había contribuido a ello. Sólo a partir de enero del siguiente año y hasta junio, una tercera ola, aunque mucho menos intensa, completó el ciclo de aquella epidemia. Oficialmente se consideró que la gripe había causado 182.865 víctimas durante aquellos trece meses. En realidad, teniendo presente que la gripe era en diversas ocasiones causa indirecta de muerte entre personas que padecían otras enfermedades (bronquitis, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares...) o que afectaba negativamente ya que provocaba abortos espontáneos y partos prematuros, es posible que el número de defunciones deba ser elevado a 270.000.³⁰

De poco sirvieron los cordones sanitarios y las cuarentenas, así como diversos ensayos que se hicieron de vacunas. Generalmente se aplicó una vacuna mixta compuesta por los bacilos descubiertos por Richard Pfeiffer —hasta ese momento el «bacilo de Pfeiffer» era considerado el agente específico de la *influenza*—, junto con neumococos y estreptococos. Los doctores Ferran, Peset, Calvé y Rincón de Avellano trabajaron intensamente para preparar una vacuna de neumococos en Valencia y también se

hicieron múltiples ensayos en el Instituto Municipal de Madrid, aunque en su mayoría resultaron ineficaces. También fue frecuente el uso de suero antidiftérico debido principalmente a que el doctor Mestre, miembro de la Academia de Medicina y senador, arguyó en un artículo de gran difusión que este suero era el remedio más poderoso contra la gripe. Fue tal su demanda, que pronto no se pudo dar satisfacción a las numerosas peticiones, por lo que el ministro de Gobernación, el marqués de Alhucema, tuvo que emitir un comunicado en el que se negaba la utilidad del suero en casos de gripe y se advertía de que podía ser perjudicial.

Ante la impotencia de la medicina de laboratorio, los médicos tuvieron que seguir recomendando como mejor profilaxis colectiva las medidas de prevención sobre aglomeraciones humanas, como era el caso de cuarteles o escuelas. Sin duda, a pesar de algunas críticas que podían surgir entre los medios populares sobre la negativa de los médicos a prestar «sus piadosos servicios», en su mayoría éstos lucharon con todos los medios a su alcance. Con toda probabilidad, no había en la España de 1918 el número de médicos suficiente para controlar una epidemia de tales dimensiones, y los facultativos, entre otras cuestiones reivindicadas, exigían la urgente creación de un Ministerio de Sanidad que diera pie a relanzar su relevancia dentro de la sociedad. Casos como el de Drieves, pequeña población de 180 vecinos donde al llegar un médico de la capital encontró que ninguna de las 18 personas fallecidas hasta entonces por la gripe habían sido visitadas por un médico, fueron experiencias bastante comunes durante aquella epidemia. Los médicos trabajaban una buena parte del día y, sin embargo, no podían atender a todos. En Laredo, por ejemplo, de los cinco médicos titulares que había, dos estaban graves y uno había muerto, los dos restantes se enfrentaban a 4.000 contagiados. Los pueblos desasistidos, especialmente en las áreas rurales, reclamaban desesperadamente a las Juntas de Sanidad el envío rápido de médicos. La urgencia obligó a reclutar incluso como médicos improvisados a los estudiantes que estaban en quinto año de la carrera de Medicina. No se puede dejar de admirar el heroísmo de muchos de ellos. Como tantos otros que les antecedieron, ellos fueron en muchas ocasiones uno de los asideros a la eterna lucha por la vida que frente a las epidemias opuso la sociedad española en el pasado.

Segunda parte

LA LUCHA POR LA VIDA

Capítulo 5. MIASMAS, INMUNDICIAS Y SUCIEDADES

Fue en las ciudades, por su concentración humana, donde los efectos de las epidemias que diezmaron la población española entre mediados del siglo XIV y comienzos del siglo XX encontraron su máxima expresión. Diversos factores nocivos ponían en peligro la salud pública y privada de sus habitantes de forma permanente: un sistema de alcantarillado —cuando existía— inadecuado y deficiente; una escasez de control y limpieza de los pozos negros que contaminaban el subsuelo o que se desbordaban con cierta frecuencia; la insalubridad de las aguas estancadas, abundantes en muchas callejuelas estrechas de las urbes en las que la acción profiláctica de los rayos solares apenas llegaba; una acumulación por doquier del estiércol, cada vez en mayor cantidad por la producción constante de excrementos (de caballos, de asnos y otros animales domésticos, incluidos los de origen humano) que no se sacaban al exterior del recinto sino que se amontonaban en muladares del interior del casco urbano; la mala costumbre de tirar los desperdicios y el agua sucia a la calle; la acción contaminante de los productos residuales, nocivos o pestilentes de ciertas actividades (la cría del gusano de seda, el remojo de lino, la maceración del cáñamo...), que venían a sumarse a molestias causadas por otros tantos y diversos establecimientos como eran las carnicerías, pescaderías o curtidurías. Y habría que resaltar además la existencia de muchos cementerios dentro del casco urbano, tan perjudiciales para la comunidad desde el punto de vista sanitario. Todos estos factores constituían diariamente para los españoles de antaño una auténtica «crónica urbana del mal vivir».¹

El mal vivir

Numerosos testimonios de viajeros europeos que recorrieron nuestra geografía en los siglos pasados nos han dejado prueba de la suciedad y podredumbre de las ciudades españolas de la época. Sobre la Corte madrileña escribió Lamberto Wyts, miembro del séquito que trajo a doña Mariana de Austria a finales de 1570 para casarse con el rey Felipe II, lo siguiente:

Tengo esta villa de Madrid por la más sucia y puerca de todas las de España, visto que no se ven por las calles otros grandes «servidores» (como ellos los llaman), que son grandes orinales de mierda, vaciados por las calles, lo cual engendra una fetidez inestimable y villana [...] si se os ocurre andar por dentro del fango, que sin eso no podéis ir a pie, vuestros zapatos se ponen negros, rojos y quemados. No lo digo por haberle oído decir, sino

por haberlo experimentado varias veces. Después de las diez de la noche, no es divertido el pasearse por la ciudad, tanto que después de esa hora, oís volar orinales y vaciar porquerías por todas partes.²

El clérigo francés Bartolomé Joly, que recorrió nuestras tierras entre 1603 y 1604, más para constatar unas ideas previas sobre España que para dar cuenta, en fiel relato, de las impresiones de un viajero imparcial, ironizaba con saña sobre la carencia en nuestro país de retretes o de sillas agujereadas: «verdes y limpias, como las había en Francia», y mencionaba que sólo se tenían ciertos cacharros de barro, hechos como campanas invertidas, que permanecían durante todo el día en las habitaciones en un rincón o debajo de la cama cubiertos con una simple tela y a los que popularmente se les conocía como «servidores».

La inexistencia de pozos negros y de letrinas en la mayoría de las casas humildes urbanas había generado la costumbre cotidiana de tirar las aguas sucias y las inmundicias a la vía pública. Esta práctica se debía hacer de noche, sin previo aviso, o se la debía anunciar teóricamente tres veces si era de día; obligación que sin embargo no se tenía muy en cuenta, dada la reiteración con que las ordenanzas municipales debían recordar su cumplimiento, como en 1586, cuando en la villa de Madrid se ordenaba que no se arrojase nada a la calle antes de las doce de la noche o, si era de día, que se avisara previamente tres veces.

De todos modos, tanto si se tiraban antes o después, con luz o sin ella, lo cierto es que los efectos que causaba la costumbre no podían ser más perniciosos para la vista, el olfato y la salud de la población, e incluso solían causar algún que otro contratiempo entre los viandantes. Mademoiselle d'Aulnoy escribiría, ya en tiempos de Carlos II, las peripecias de muchos donjuanes hispanos a los que:

[...] les ocurre muy a menudo una aventura muy desagradable: y es que, como no teniendo las casas ciertos sitios cómodos, durante la noche arrojan por las ventanas lo que no me atrevo a nombraros. De suerte que el amante español, que pasa calladamente por la calle, algunas veces se ve inundado desde la cabeza a los pies. Y aunque se haya perfumado antes de salir de casa, se ve obligado a volver a ella lo más deprisa que pueda para cambiarse de traje.³

Otra ciudad importante de la época, Valladolid, que incluso había detentado la capitalidad y albergado a la Corte antes de su traslado a Madrid, presentaba en el siglo XVI similares deficiencias higiénicas. En 1517, un flamenco —Laurent Vital— se fijaba en el mal estado en que se encontraba el empedrado y en el barrizal de las calles, pues estaban cubiertas por una amplia capa de lodo en donde los transeúntes se hundían hasta los tobillos; lodazal que se veía incrementado por la necesidad de los vecinos. Hacia finales de siglo, este desagradable estado del entorno ciudadano no había mejorado. En 1592 otro viajero, Enrique Coock, calificando a Valladolid de cuadro o corral de vacas, se quejaba de la gran suciedad y del mucho polvo que en todas partes

había, del daño que causaban al paseante los guijarros del empedrado, de la presencia de los cerdos y de la abundancia de pulgas y piojos. Las mismas quejas repetían pocos años después el portugués Pinheiro da Veiga y el clérigo Jolí. Este último, además, denunciaba la visión que daba el río Esgueva, todo lleno de inmundicias. Los libros de actas del ayuntamiento vallisoletano confirman los defectos que apuntaban los viajeros extranjeros y apuntan a sus responsables: las frecuentes e incumplidas prohibiciones dirigidas a los dueños de los cerdos, quienes dejaban circular libremente a sus animales por las vías públicas; las abundantes disposiciones municipales, inoperantes, contra los habitantes que arrojaban las basuras a las calles donde habitaban; la costumbre de los carniceros de tirar las tripas y restos de animales en algunas de las salidas de la ciudad y en el río Esgueva, que solía despedir un fuerte hedor por la suciedad de sus aguas y las inmundicias que a él se arrojaban, hasta el punto de que, cada cierto tiempo, había que dragarlo para que su caudal pudiera correr libremente.⁴

Toda esta batería de ordenanzas municipales en materia de higiene pública eran una constante en cualquiera de las urbes de la geografía española desde mediados del siglo XIV en adelante y mostraban una faceta bien distinta de la ciudad de aquella otra acostumbrada a resaltar la excelencia de sus monumentos y la belleza de sus parajes. Posiblemente no todas las ciudades españolas presentaban este desolador panorama al completo, aunque eran las menos. Finalizando el siglo XV visitó España el médico alemán Jerónimo Müntzer, y en el relato que hizo de su viaje incluye, al describir la ciudad de Barcelona, una referencia a las «cañerías y canales subterráneos por los que van a verterse en el mar los residuos de las cocinas y las inmundicias». El elogio de Müntzer fue reiterado en 1542 por el sacerdote portugués Gaspar Barreiros, al señalar que Barcelona «tiene las calles muy derechas y bien calzadas, con caños de tal manera fabricados que fácilmente sirven las aguas con que siempre están limpias de los barros del invierno».⁵ De Valencia, ciudad calificada por Müntzer de «principal población de España», se conoce una descripción hecha por Enrique Cook en 1585, en la que figura esta referencia a los servicios higiénicos:

Hemos entendido que por Escipión fueron hechos seis canales o cloacas, que aún duran, por las cuales se vaciaban todas suciedades y excrementos de la ciudad. Al presente, todos los excrementos y suciedades y polvos van por sus canales en las acequias, donde se consumen por toda la ciudad. Dicen también que hay diez mil pozos muy manantiales por la ciudad de suerte que Valencia parece estar fundada sobre agua en un lindo y verde sitio y casi el más hermoso de toda España, donde ninguna cosa falta que sea menester para limpieza.

El tema de los desechos no era el único contratiempo de vivir en la ciudad. A menudo, tampoco era todo lo conveniente que se podía desear el abastecimiento del agua potable. En Sevilla, el agua llegaba desde algunos manantiales más o menos cercanos, fundamentalmente desde la Fuente del Arzobispo y del que, desde Alcalá, se canalizaba a través de los denominados «caños de Carmona». Una vez introducida en el interior

del casco urbano, se distribuía mediante una serie de conductos hacia aquellos lugares públicos (fuentes) y privados (casas señoriales, centros eclesiásticos y civiles del poder municipal y real) que disponían de acceso directo a la red de tuberías. Esta agua de buena calidad era cara y sólo podían disfrutarla aquellos que por su riqueza o influencias habían obtenido la concesión de *pajas* o «grifos» (derecho de conectarse) para su particular aprovechamiento. En cambio, la inmensa mayoría de la población tenía que recurrir a las fuentes públicas, siempre sujetas a las oscilaciones del caudal en función de la estación del año y de las frecuentes roturas y el mal estado de las cañerías. No sólo las filtraciones de inmundicias y la penetración de sustancias extrañas en las tuberías, debido a las roturas y a las zonas en la que estaba al descubierto durante su largo trayecto, eran los riesgos a tener en cuenta, sino que además aparecían otros productos contaminantes nocivos que se mezclaban fácilmente con la corriente del agua antes de que fuera consumida por la población. El óxido de calcio, por ejemplo, era uno de los más frecuentes agentes insanos que podían afectar a la calidad del agua. También era frecuente la utilización del agua del Guadalquivir y la de los pozos existentes en el interior de las casas, aunque por su dureza y mayor contaminación resultaba de peor calidad que la de los manantiales municipales.

El agua del río no llegaba a Sevilla en buenas condiciones. A propósito de este caudal, señalaba Velázquez y Sánchez en sus *Anales epidémicos* (1866) que el Guadalquivir, a pocas leguas de su nacimiento, incorporaba a sus aguas las del Guadiana menor, río cenagoso que arrastraba las del Quesada y el Cazorla, muy perjudiciales en los meses del verano y el otoño, y en donde la primitiva industria de sus artesanos cocía el lino y el cáñamo, que tan nocivos resultaban para la potabilidad de la corriente. Asimismo, no menos nocivo que el Guadiana chico era el afluente Guadalimar, en cuyas aguas la experiencia demostraba constantemente los peligros de la insalubridad de beber su caudal infecto, que se pensaba venía corrompido por el recorrido que hacía por un tramo minero de Sierra Morena. Para Velázquez no había duda de que a su adverso influjo se debían las pertinaces infecciones de fiebres tercianas, que sobre todo en los meses estivales acometían a las poblaciones ribereñas. También llamaba la atención sobre los focos de gérmenes malignos que constituían las charcas cenagosas, las aguas estancadas y los barrizales que producían las inundaciones del río en las tierras bajas, desbordamientos que Sevilla padecería con frecuencia.

Para solucionar muchos de los problemas surgidos con el suministro del agua, fue corriente desde finales de la Edad Media que se institucionalizase en los municipios españoles un oficio público encargado de velar por su cuidado, el llamado «Maestro de fuentes». No obstante, los esfuerzos permanentes por mejorar los servicios de distribución del agua potable y canalización de los residuos no tuvieron lugar hasta la segunda mitad del siglo XIX, y sin duda debieron terminar contribuyendo a la

disminución de enfermedades epidémicas como las disenterías, las fiebres tifoideas tan habituales en los veranos y a la menor virulencia del cólera, tal y como se refleja en las estadísticas demográficas de finales de aquella centuria. El Madrid de Carlos III vivió en 1760 una renovación de su aspecto exterior, gracias a diversas medidas de policía urbana promovidas entre otros por el marqués de Esquilache, tales como la construcción de un pozo séptico por casa, conducciones interiores para las aguas residuales, canalones para recoger la lluvia de los tejados, construcción de aceras, barrido de las calles, prohibición de animales sueltos en las calles, *etc.* Estas medidas pudieron ser en el fondo el motivo que alimentó en parte el descontento popular contra el ministro italiano en el famoso motín de 1766, por cuanto se había hecho recaer el coste económico de dichas reformas entre los propietarios de las viviendas madrileñas. Sin embargo, no fue hasta después de la epidemia de 1834 cuando se eliminaron las cloacas exteriores y se sustituyeron por pozos negros, mientras que otras disposiciones importantes sobre infraestructura sanitaria, como era el tendido del alcantarillado subterráneo, no se llevarían a cabo hasta los años setenta del *si-glo* XIX. De hecho, recién en la segunda mitad de aquel siglo comenzaron a surgir compañías instaladoras de los servicios públicos, como las de prospección, filtración y traída de aguas, que garantizarían un consumo potable de agua en las grandes urbes.

Pero había otros riesgos frecuentes de infección en las ciudades españolas desde la época medieval, como lo eran aquellas plazas y calles que servían habitualmente como recintos para la venta de los diferentes productos alimenticios. Los mercados, fueran estos diarios o semanales, solían ser lugares extremadamente malolientes a la vez que dejaban un auténtico rastro de basuras en forma de desechos de frutas y verduras, plumas de aves y vísceras de animales sacrificados. Ya desde la Edad Media las autoridades se vieron obligadas a arbitrar bandos que organizaran estas actividades y reglamentaran la limpieza de los lugares ante las quejas de los vecinos. En las ciudades mediterráneas varios fueron los oficios que, al menos desde el *siglo* XIV y dentro de la incipiente burocracia municipal, comenzaron a actuar en la problemática del urbanismo y la higiene ciudadana. La figura de los primeros barrenderos —*tiragatos*, como se les conocía en muchos lugares— se hizo pronto popular desde finales del *trescientos* en numerosas ciudades hispanas: acompañados de un asno recorrían sus calles recogiendo no sólo los posibles desechos sino también los animales muertos que más tarde enterraba o lanzaba al mar en las ciudades de la costa. Pero entre los primeros y principales oficiales de la sanidad pública, siguiendo la herencia musulmana, encontramos al *Mostassaf*. Aunque puntualmente podía tomar algunas decisiones en momentos de invasión epidémica, su cometido era mucho más cotidiano en cuanto auténtico policía urbano y de mercados. En Valencia, por ejemplo, sus funciones iban desde vigilar que los cultivos de arroz se hicieran lo más alejadamente posible de la ciudad, pasando por evitar que se construyesen balcones sobresalientes en las fachadas

de las casas que no permitieran la entrada benéfica de los rayos solares al suelo de las calles, velar que el sistema de alcantarillado a cielo abierto se mantuviera siempre limpio, impedir que se sacrificasen animales en lugares no permitidos o controlar que los gusanos, que restaban en los capullos una vez sacada la seda de ellos hirviéndolos, no fueran lanzados por los torcedores de seda de la ciudad a las calles.⁶

Y es que las actividades de los talleres urbanos también fueron un constante caudal de reclamaciones ante las autoridades de los municipios, cada vez más insoportables cuando la población española que vivía en las ciudades fue creciendo en su número. Un dictamen elaborado en 1784 por la Academia Médico Práctica de Barcelona destacaba la necesidad de que oficios como los de jaboneros, zurradores, veleros, tintoreros, cardadores, ropavejeros, carniceros, matarifes y talleres relacionados con actividades metalúrgicas fuesen sacados del centro de la ciudad y fueran establecidos o bien fuera de ella o en los extremos más ventilados. En concreto decía:

[que] a los curtidores habitando dentro de la Ciudad se les debería prohibir que tubiesen en sus casas las albercas en que adoban sus cueros, cuia agua cada vez que se revuelve despide una infección intolerable. Tampoco a los latoneros se debiera tolerar el que sacasen a una calle pasagera las cazuelas con vinagre, en que ponen las piezas de cobre a limpiar, pues al tiempo que el vinagre corroe el cobre, se separa una gran porción de flagisto en forma de vapor sofocante. Mucho menos debería permitirse a los Plateros que en los umbrales de su casa ejecutaran la operación de disolver la plata con el agua fuerte y el oro con el agua regia, por ser los vapores que de ellas se exhalan tan mefíticos, que pueden causar repentinamente la muerte. También debería mandarse a los boticarios, que sus artefactos los ejecuten en laboratorios elevados, y no en las boticas y piezas baxas, a fin de evitar no solo el mal olor que sale a la calle, sino también los perniciosos vapores cáusticos, corrosivos y venenosos que se exalan de sus operaciones.⁷

El mismo informe se hacía eco de las perniciosas condiciones de trabajo en las primeras fábricas de algodón instaladas en Cataluña, las famosas «indianas», en especial por lo que hacía referencia a la salud de sus obreros. Según el informe de los doctores barceloneses «quantas veces se entra en las indianas y al asomarse a las salas de los texedores, de los pintores y de las mugeres que devanan, se experimenta casi en todas un tufo tan caliente y sofocante, que obliga a compadecerse de la triste suerte de que aquella utilísima parte del estado, que en el mismo taller donde trabaja para ganar su vida, destruye su salud con el aire infecto que respira. Las más de aquellas piezas son en extremo pequeñas, bajas, poco aireadas, particularmente en invierno. El número de gentes es grande, y el calor y el trabajo aumentan su transpiración o sudor; la pelusa del algodón en unas salas, y en otras las partículas de la pintura se esparcen por el ambiente. De todas estas causas resulta un aire cálido, poco elástico, denso y cargado de vapores animales y exhalaciones nocivas que fatiga la respiración, relaja el cuerpo y le dispone a mil enfermedades crónicas y agudas, que puede fácilmente pasar a ser epidémicas».⁸

El siglo XVIII español trató de acabar con aquel desorden olfativo, disminuyendo el nivel de la tolerancia admisible. Para el despotismo ilustrado de talante reformista, la higiene, en cuanto limpieza, fue considerada un sinónimo de orden a la vez que de prosperidad y riqueza. Hasta aquella centuria la salud de los individuos fue más un tema personal que público. Esta relación entre Medicina y Sociedad comenzó, sin embargo, a cuestionarse en tiempos de la Ilustración y sería recogido por el pensamiento liberal-burgués posterior. La contrapartida al desarrollo económico que iba ligado a la revolución industrial exigiría entonces una mayor atención de los poderes públicos por la salud de la fuerza de trabajo, valorada ya en términos económicos. Era necesario tener mano de obra en la fábrica, abundante y barata, para lo cual eran imprescindibles políticas poblacionistas pero también sanas.

La soledad de los muertos

No fue pues nada de extrañar que el *higienismo*, como ideología sanitaria, alcanzara un apoyo político cada vez más explícito en la España de la Ilustración, especialmente en tiempos de Carlos III. El ejemplo más claro lo encontramos en la lucha por disciplinar a la propia muerte, en la que se embarcaron muchos médicos españoles de mentalidad avanzada al finalizar aquella centuria. Los aires del higienismo francés se dejaron notar también aquí. Los trabajos del protomédico italiano Malpighi Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), en especial su *De noxiis paludum effluviis* (Sobre las emanaciones nocivas de los terrenos pantanosos, 1717) referido a la relación entre las enfermedades contagiosas y las regiones pantanosas próximas a causa de las alteraciones nocivas del aire, invitaron a iniciar políticas de desecación de lagunas y pantanos próximos a las poblaciones humanas durante aquella centuria. Los estudios del médico francés L. B. Maret, por su parte, invitaron a separar la tradicional convivencia entre vivos y muertos.

En efecto, uno de los riesgos que más inquietó al finalizar el Antiguo Régimen fue el entierro de los cadáveres. En los grandes núcleos urbanos españoles, al igual que en el resto de Europa, lo usual era enterrar intramuros a los muertos, generalmente en los recintos sagrados de las parroquias, conventos y hospitales. La invasión mortuoria de las iglesias iniciada durante la Edad Media había tenido su culminación en la época barroca. Ello fue posible por la gran cantidad de fundaciones de iglesias y monasterios, entre cuyas principales funciones se contaba sin duda la funeraria. Algunas sepulturas se localizaban en las criptas o bóvedas subterráneas, en los nichos de los muros y en el piso de las naves, con un criterio de jerarquía que reproducía el orden social estamental de los vivos, a saber: los más privilegiados debajo del altar y en la nave principal o en ostentosos panteones particulares situados en las pequeñas capillas laterales que habían sido costeadas y mantenidas por las familias nobles. A medida que aumentaba la

distancia del altar mayor, la categoría social de los sepultados iba decreciendo, de modo que el lugar que ocupaba la loza funeraria dentro del recinto eclesiástico servía como referencia de la posición social que una determinada persona había tenido en vida.

Razones tanto de tipo económico como devocional explicaban esta práctica inhumatoria. Ciertamente, los autores religiosos, lejos de denunciar aquella invasión del espacio sagrado, a menudo la alentaron en sus escritos. El catedrático zaragozano Martín Carrillo, en su *Tratado de ayudar a bien morir* aparecido en Zaragoza en 1596, se felicitaba de los grandes beneficios que había supuesto para las iglesias el entierro de los difuntos, «pues con ocasión de sepultarse dentro dellas, se conservan y aumentan tantas Hermandades y Cofradías, se edifican Capillas y Altares, se instituyen Missas, y sufragios a los difuntos».⁹ Había otros muchos argumentos religiosos que hablaban a favor de esta práctica. Los difuntos podían participar de todas las oraciones y sufragios que en el interior del templo se ofrecían y de la intercesión de los santos titulares a los que habían sido consagrados aquellos recintos. Había quien incluso recomendaba a los testadores que mandaran a enterrarse en iglesias donde hubiera indulgencias que les ayudasen a librarse de las penas del purgatorio o en aquellas, como señalaba el jesuita Pedro Martín de Roa, «donde el concurso de gente es mayor, mayor el número de ministros, y estos más devotos, que socorran a los difuntos con parte de sus oraciones y sacrificios».¹⁰ Los cuerpos depositados en las iglesias estaban además protegidos contra la rabia del demonio, «que quando no se puede vengar en las almas, se venga en los cuerpos sepultados o los toma para mostrarse en ellos engañosamente». Finalmente, las sepulturas no sólo incitaban al visitante a rezar por los difuntos, sino que le traían a la memoria su propia muerte «que también vendrá por nosotros, como vino por aquellos cuyas sepulturas pisamos, y assí nos enmendemos, y a ellos encomendemos a Dios».¹¹

En el exterior, los claustros, patios y plazuelas de las iglesias servían de campo santo para la gente sencilla, desde las menos acomodadas hasta las más humildes, cuyos restos reposaban en las tumbas individuales de los suelos y paredes o en las colectivas que se iban formando en la tierra al aire libre. Fueron surgiendo así desde los tiempos medievales toda una serie de cementerios en hospitales, en parroquias y conventos, que adosados a estos edificios religiosos fueron ocupando paulatinamente una buena parte de las plazoletas, rincones y callejas que lindaban con tales templos. Lejos de ser lugares discretos de descanso de los difuntos, muchos cementerios mantenían una vida bulliciosa que encrespaba el espíritu de los párrocos. En el año 1600, el rector de la iglesia de Santa María del Mar de Barcelona se quejaba de que el cementerio de la parroquia era empleado muy a menudo por los sombrereros de las calles adyacentes para secar sus sombreros y lanas, mientras los pasamaneros torcían toda la lana que les venía en gusto dentro de dicho cementerio, disponiendo de él como una pieza más al servicio de sus talleres.¹²

En muchas diócesis la norma era que los derechos de ocupación de cada sepultura dentro del templo caducasen a los siete años, al cabo de los cuales eran renovables abonando de nuevo los aranceles correspondientes. En teoría, debía transcurrir ese tiempo mínimo para evitar los inconvenientes derivados de un excesivo movimiento de las losas y de los cadáveres sepultados. Pero dada la mortalidad de la época no podían pasar muchos días seguidos, aun en tiempos normales, sin que una sepultura, o varias a la vez, hubiesen de ser abiertas en algún lugar del recinto. Sin embargo, las críticas respecto a la invasión del interior de la iglesia, pese a la saturación que se iba produciendo por siglos continuados de estas prácticas funerarias, apenas se dieron por este motivo. Las objeciones sanitarias motivadas por el hedor de los cuerpos en descomposición fueron más bien cosa del siglo ilustrado. Todavía en 1606 el médico Alonso de Freylas ni siquiera ve problemas en enterrar dentro de la iglesia a los apestados, pues haciendo las sepulturas «algo más hondas de lo que se suele, y echándoles cal quedará la iglesia muy segura, y no se inficionará el ayre».¹³ No obstante, también hay que señalar que ya desde mediados del siglo XVII comenzarían a escucharse algunas leyendas que en el siguiente siglo se cristalizarían en corrientes de opinión mucho más fundadas científicamente. Así, el jesuita Juan Eusebio Nieremberg contaba que «en León de Francia sucedió que habiendo puesto en una bóveda un difunto sin cubrir de tierra, de allí a pocos días le abrieron para depositar otro, y queriendo entrar dentro de ella el sepulturero, salió tan pestilencial hedor que no pudiendo sufrirle el hombre quedó muerto».¹⁴ Mucho más cercana e incluso dramática era la anécdota que narraba Jerónimo de Barrionuevo respecto a la peste napolitana de 1654:

El domingo por la tarde sucedió en Nuestra Señora de Loreto una cosa rara. Abrieron una bóveda para enterrar a un niño. Asomóse el sepulturero a la boca para entrar, y se quedó medio muerto. Llegó el doctor, haciendo de piernas, y a dos pasos que dio perdió el juicio; y acudiendo otra vez el sepulturero a sacarle, murieron los dos, sin que nadie osase a llegar más. Metieron un hacha de cuatro pábilos encendida, siendo lo mismo que meterla en agua.

Hanla cerrado a cal y canto. Dícese que el aire estaba tan craso que les tapó la respiración, y porque no saliese alguna corrupción, la han tapado.¹⁵

Casos como éste eran todavía rarezas que se narraban más para impresionar la devoción de los fieles que para cambiar actitudes de las autoridades, fuesen éstas eclesiásticas o laicas. Los enterramientos en las iglesias habían alcanzado en España gran arraigo y era difícil sustraer-los de la mentalidad colectiva. Además, esta superficie urbana destinada a servir de necrópolis tuvo que ir ampliándose a medida que el crecimiento de la población, como sucedió durante el siglo XVIII, iba exigiendo mayor cantidad de suelo sagrado donde poder enterrar a los que fallecían. Durante los siglos bajomedievales y modernos, siempre que no se dieran circunstancias verdaderamente excepcionales que pro-vocaran grandes mortandades, la capacidad de los pequeños

cementerios intramuros parece haber sido suficiente y no debió de plantear grandes problemas de espacio funerario. Si tenemos en cuenta que la mortalidad normal en aquellos tiempos rondaba el cuarenta por mil, una ciudad como Sevilla o Madrid, que sobrepasaron pronto los cien mil habitantes, tenían que enterrar por término medio a cuatro mil cadáveres cada año dentro de estos cementerios interiores.

Pero esta adecuación se rompía en el momento en que estallaba una grave epidemia pestilencial, elevándose de manera brutal el número de víctimas. Cuando pasaba esto, los servicios que ofrecían las sepulturas parroquiales se mostraban incapaces de hacer frente a la tragedia colectiva que se abatía sobre la ciudad. Eran desbordados por la gran cantidad de personas que fallecían y que había que inhumar de forma apresurada y urgente, ya que las calles y viviendas se llenaban de cadáveres de apestados porque no había sitio para más cuerpos en los osarios de las feligresías. En tales casos lo que se hacía era abrir en los lugares extramuros grandes fosas comunes y anónimas, los populares «carneros», donde se depositaban los cuerpos de los fallecidos que se habían ido recogiendo y transportando hasta allí en andas o, más frecuentemente, en carretas. Dependía de las necesidades del momento el que se formara mayor o menor número de estas enormes sepulturas colectivas; se tenían que abrir varias de ellas si las circunstancias así lo requerían y se enterraban los cadáveres con cal. Especialmente, a raíz de las intensas epidemias de peste bubónica que se dieron en Sevilla desde mediados del siglo xv en adelante, se hizo imprescindible la apertura de estos «carneros», que se localizaban en distintos lugares fuera del casco urbano, aunque en las cercanías para facilitar así el traslado de los muertos. Este fue el caso de las hoyas anchas y profundas que se abrieron en la ciudad hispalense en la zona del Arenal, el prado de San Sebastián y en las afueras de la puerta del Osario con motivo de la peste que diezmó su población en 1363. En Barcelona, durante el grave contagio de 1651 se hizo lo propio junto al monasterio franciscano de Jesús —extramuros de la ciudad y situado en la actual zona del Paseo de Gracia—, que sirvió asimismo de eventual hospital para los apestados al cuidado de los frailes. Para recordar a los muertos, la ciudad levantó posteriormente una capilla en la que las autoridades dispusieron que se celebrara un aniversario anual por la memoria de las personas en él enterradas. Estas prácticas se repetían en cada ciudad y momento en que se repetía un contagio.

Pero también en este terreno del culto a la muerte el siglo xviii buscaría orden y disciplina, y los nuevos aires de individualidad burguesa que se respiraban en el Siglo de las Luces también se impusieron en él. Es cierto que ya en 1527, con ocasión de la peste de Wittenberg, Lutero había defendido la idea del cementerio al estilo romano, alejado de las ciudades, lugar apartado y favorable al recogimiento. No obstante, fue mucho después cuando empezaron a producirse cambios significativos en la larga evolución que había comenzado en los tiempos medievales. Por lo que respecta a

Francia, la práctica de la inhumación en las iglesias comenzó a ser criticada a finales del siglo XVII por algunos curas jansenistas que la consideraban una vanidad mundana. Pronto se añadirían otras razones, como la saturación de tumbas y los problemas higiénicos cada vez más abundantes. En 1743 el abad Porée abogaba por un cementerio según el modelo de camposanto italiano, donde los muertos descansaban separados de los vivos. Pero sólo algo más tarde llegarían las disposiciones oficiales, fundamentadas sobre todo en razones higiénicas. Los edictos de los parlamentos de París en 1763 y de Toulouse en 1774, así como la declaración de la asamblea general del clero francés en 1775, culminarían en el famoso Decreto Real de 1776 por el que se prohibían los enterramientos en las iglesias y cementerios urbanos. Estos últimos plantearían mayores problemas. En 1780 el Parlamento de París hubo de prohibir las inhumaciones en el cementerio de los Inocentes, que sería finalmente demolido en 1789. El Decreto del 23 Pradial del año XII (1804) confirmó las prohibiciones y planteó el establecimiento de cementerios extramuros, que se traduciría poco después en los de Montmartre, Montparnasse y Pere-Lachaise. Así comenzó lo que el historiador francés Philippe Ariès calificó en su día como «el exilio de los muertos», que se acentuó aún más en las centurias siguientes.¹⁶ La muerte perdía su integración en la vida al alejarse de las poblaciones y entraba en una fase de desacralización al romperse el lazo que unía los sepulcros al lugar santo. Era, sin duda, también un triunfo del espíritu burgués. En el último tercio del siglo XVIII emergería con fuerza la reivindicación de la tumba individual. Se consideró que reservando una fosa para cada difunto los cementerios debían apestar menos. Lo que por entonces fue un argumento de higiene, pronto se convirtió en imperativo de dignidad y piedad.

La batalla en España por sacar fuera de las ciudades los cementerios fue algo más tardía y larga. Ya a finales de los años setenta, el Consejo de Castilla, a instancias del ministro de Carlos III —Campomanes—, solicitó de la Real Academia de la Historia la censura de varias obras sobre la materia, algunas de las cuales se publicaron en 1783, así como un informe, que se imprimió en 1786, en que se pedía cuál era la disciplina eclesiástica que había regido históricamente sobre los lugares de enterramiento. Fueron los médicos quienes venían lanzando la campaña a la opinión pública desde algunos años antes, y los que la alimentaron entonces, precisamente aprovechando la extensión de la epidemia de tercianas que se estaba produciendo al comienzo de aquella década y que había elevado de manera importante el número de defunciones en muchas ciudades. Denunciaban que las fosas estaban muy juntas y que en cada una se enterraban muchos cadáveres, unos encima de otros, por lo que los últimos quedaban casi a la superficie de la tierra. De este modo, de cada fosa se exhalaba una gran cantidad de vapores cadavéricos. Se pensaba que éstos podían alcanzar una altura de hasta quince pies, y que juntándose los de unos con los de otros, terminaban por formar una nube densa que suspendida sobre los cementerios fácilmente podía introducirse en los edificios

cercanos, infectando a sus vecinos. Además, el olor dentro de las iglesias resultaba irrespirable hasta el punto de que los médicos constataban que muchos de los desmayos que se producían en ellas no se debían, como defendían los religiosos, al fervor de los feligreses, sino en realidad a las exhalaciones que ascendían por entre las rendijas de las losas y que afectaban más a las almas piadosas que rezaban arrodilladas más próximas al suelo.¹⁷ Sin duda, la quema de incienso en el interior de los templos trataba de disimular estas malas percepciones.

Urgía pues sacar los cementerios fuera de la ciudad y disciplinar la práctica inhumatoria. Inspirándose en la teoría de Maret, según la cual había rayos morbíficos que irradiaban los cadáveres, los médicos españoles pidieron que se ordenara concienzudamente el espacio de la inhumación. Los cuerpos debían ser sepultados a una profundidad de cuatro a cinco pies, los necesarios para que los cuerpos se acabaran de corromper en tres años. Por dicha razón, los cementerios debían tener una extensión capaz de albergar los muertos que se produjesen en ese mismo tiempo. Cada cadáver de un adulto necesitaba un espacio de treinta y un pies cuadrados para que las fosas estuvieran a la precisa distancia unas de otras.¹⁸ La voluntad de desamontonar los cadáveres respondía al axioma antiguo de que un aire puro constituía el mejor antiséptico porque las emanaciones que surgían de los cuerpos encarnaban la amenaza pútrida. Ventilar, drenar la inmundicia, desamontonar a los individuos muertos era ya, pues, desinfectar.

Se comprende por tanto el júbilo con que muchos ilustrados recibieron la publicación de las órdenes reales de Carlos III, de 3 de abril de 1787, en que se daban las disposiciones sobre el enterramiento en cementerios contruidos fuera de las poblaciones. La euforia quedaba bien reflejada en esta octava:

Viva la providencia saludable

que a Dios da culto y a los hombres es vida,

huya la corrupción abominable

de su sagrada casa esclarecida.

Respirese en el templo el agradable

Aromático olor que a orar convida.

Triunfen ya los inciensos primitivos,

*Y no maten los muertos a los vivos.*¹⁹

Que los muertos no matasen a los vivos. A finales del siglo XVIII parecía condenarse definitivamente a los muertos a la soledad. Se pensó que los nuevos cementerios, que se levantarían «en sitios ventilados...y distantes de las casas de los vecinos», habrían de construirse prioritariamente en los lugares recientemente más castigados por las epidemias y en las ciudades con mayor número de habitantes. Pero de inmediato surgieron las resistencias. El punto que suscitó grandes escollos para obedecer la orden fue el de la financiación de las obras, que debería mayoritariamente correr a cargo de los fondos parroquiales y de los partícipes en la percepción de los diezmos, y en menor medida de los fondos públicos municipales, que debían facilitar además el terreno. Esto encontró una fuerte oposición por una gran parte del clero, sobre todo de los obispos, quienes veían que de llevarse a efecto lo legislado tendrían que dedicar una suma considerable de sus ingresos decimales a la construcción de cementerios por toda la diócesis. El clero menor, por su parte, temía ver mermados sus ingresos regulares si desaparecía el control económico de los derechos de sepultura sobre sus feligreses.²⁰

Por otro lado, la Iglesia sospechaba que el hecho de hacer públicas las deficientes condiciones higiénicas —reales o exageradas— de los templos era en perjuicio de la devoción religiosa de los españoles, que en definitiva era lo que pensaban que perseguía una corriente anticlerical que contaba con representantes en el poder y entre las élites de «ilustrados» de la época. No obstante, sería del todo injusto responsabilizar a la Iglesia, como quisieron hacernos pensar los gobiernos liberales de entonces, del retraso de la aplicación de las cédulas. La verdadera causa habría estado también en la resistencia de las clases pudientes a ser enterradas de un modo que anulaba las distinciones sociales y los asemejaba al vulgo.

Fuera por estas u otras razones, lo cierto es que resultó muy poco frecuente el cumplimiento de las órdenes reales desde su promulgación en los primeros años. Por el contrario, desataron sí una vivísima polémica entre los adictos a los propósitos de los gobiernos ilustrados y un gran sector del clero partidario de conservar sin cambios uno de los símbolos de su poder social como lo era la práctica tradicional de los enterramientos. No es del todo de extrañar, pues, que muchos de aquellos que defendían tales posturas higiénicas llegaran a ser acusados por sus detractores de antiespañoles, tal como sucedió en Sevilla en una célebre polémica entre el médico Juan Calvet y el párroco Bartolomé Cabello.²¹

La construcción masiva de aquellos nuevos cementerios quedó de momento paralizada en los años finales del siglo XVIII y se reactivó la polémica con la llegada de los nuevos contagios de fiebre amarilla a partir de 1800. En abril de 1804, ante una nueva crisis

epidémica, se publicó una nueva orden circular que recordaba en lo esencial aquella incumplida de 1787. A raíz de ella comenzaron a levantarse algunos cementerios rurales, las más de las veces con carácter provisional. Pero fueron los gobiernos liberales de 1821 y luego de 1834 los que se cuidarían de acelerar su construcción, determinada en parte por la presencia una vez más de las enfermedades epidémicas de esas fechas, como la fiebre amarilla o el cólera, respectivamente, y en un contexto caracterizado por el debilitamiento económico y político de la Iglesia española marcada por la desamortización. Aun con todo, una real orden de 1857 reconocía que en esta fecha eran todavía 2.655 los pueblos españoles que carecían de cementerios alejados de las viviendas.

Fue así como, sólo de manera lenta, los cementerios alejados de los núcleos habitados se convirtieron en una realidad del paisaje español. Uno de los cuadros más significativos del pintor Modesto de Urgell (1839-1920), hoy en el Museo del Siglo XIX en Madrid, muestra al fondo la puerta y los nichos de un cementerio rural en un desolado paisaje; unos raquíuticos cipreses en primer término contrarrestan un tanto la horizontalidad marcada por la tapia del recinto; y, acentuando el vacío de la escena, el cielo desnudo ocupa dos terceras partes del cuadro. Su título toma prestado un famoso verso de Gustavo Adolfo Bécquer que, integrado en este contexto en el que los cementerios se apartan de los vivos después de siglos de estrecha convivencia, puede comprenderse bien en todo su sentido: *¡Qué solos se quedan los muertos!*²²

Triaca magna

Para cualquier médico galenista, la asociación desde el período medieval entre mal olor y putrefacción era por tanto tan obvia como entre ésta y la pestilencia. De hecho, la ausencia de malos olores —y aún mejor, la presencia de buen olor en el ambiente—, era un signo definitivo de que la putrefacción había desaparecido y de que el aire se había purificado. Así pues, el mal olor percibido por el sentido del olfato jugaba un papel central en la semiología de la pestilencia. Esta idea originariamente aristotélica subyacía en todas las medidas purificadoras del aire sugeridas para dentro y fuera de las viviendas.

Desde el estallido epidémico de la peste negra en 1348, los contagios —en tanto que calamidades sociales— experimentaron a manos de la medicina universitaria una «medicalización» gradual, ya sea en términos del carácter específico de la asistencia prestada a quienes la padecían como de las interpretaciones al uso acerca de su naturaleza y sus causas. Durante los 500 años siguientes y antes de que se alcanzasen los descubrimientos de la era Pasteur a finales del siglo XIX, la imagen médica de las pestes sufrió cambios notables en función sobre todo de las corrientes intelectuales

dominantes en la medicina de cada lugar y momento. Pero, a pesar de ello, el modelo teórico que guió las actuaciones de los médicos de formación universitaria durante todo este período permaneció, en lo esencial, constante.

En términos generales, los galenos universitarios españoles bajomedievales y modernos abordaron la peste como un problema médico, y lo hicieron con la ayuda de los recursos intelectuales y técnicos de que disponían: por un lado, una formación de carácter universitario que estaba cimentada en un sistema científico (el galenismo en sus diferentes versiones hasta finales del siglo XVI y, a partir de entonces, en forma crecientemente residual, combinado con teorías renovadoras como la iatroquímica, la iatromecánica y otras); por otro, la experiencia médica previa, propia y ajena, frente a las enfermedades epidémicas de carácter mortífero.

Como tuvimos oportunidad de destacar en el primer capítulo, con rapidez surgieron las primeras obras redactadas por médicos peninsulares sobre la naturaleza de la peste llegada a la Península a mediados del siglo XIV. A los tratados del médico catalán Jacme d'Agramont y de los médicos árabes Ib Khâtimah e Ib al Khatîb, pronto se sumaron en la Corona de Aragón los de Sanç de Riudor, médico de Eleonor de Sicilia, esposa del rey Pere el Ceremoniós (*Regimen contra epidemiam*, 1365) y Joan Jacme, médico y maestro de Montpellier, que redactó al menos dos tratados, *Contra epidemiam* (1370) y *De pestilentia* (1376).²³ Ya durante la primera mitad del siglo XV aparecerían los tratados castellanos de Gómez García, catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca y médico de corte (*Recetario contra pestilencia*, fechado entre 1426 y 1436) y del bachiller Alfonso López de Valladolid (*Regimiento contra pestilencia*, 1437-1439), redactado cuando éste era médico de Lope de Mendoza, arzobispo de Santiago.

Aunque estos estudios, desde la primera peste de 1348 hasta mediados del siglo XV, circularon bajo forma manuscrita, el aumento de la preocupación por los continuados brotes de peste a partir del siglo XV y la aparición de la imprenta favorecieron rápidamente la multiplicación de este tipo de obras a partir de la segunda mitad de aquella centuria.²⁴ El primer tratado de peste impreso en nuestro país fue la traducción que hizo un jurista catalán, Joan Vila, durante el contagio padecido en Barcelona en el año 1475, del *Tractatus de la epidemia et pestes* (1410) del médico portugués y profesor del Estudio de Montpellier, Velasco de Taranto, con el título *Compendi utilissim contra pestilència*. El profesor Luis Granjel ha insistido en que estos tratados componen el diecisiete por ciento de la producción editorial médica impresa en España, entre 1475 y 1599. Al menos un centenar de títulos fueron publicados sólo entre aquellas fechas en las imprentas españolas, sin tener en cuenta que era mucho más extensa la nómina de obras publicadas en otras imprentas europeas como Lyon, París, Venecia o Amberes, que a través del comercio de mercaderes y libreros llegaron a nuestra Península.

Haciendo un rápido repaso, durante el reinado de los Reyes Católicos destacaron los tratados de Forés, el doctor Agustín de Campo Verde, Diego de Torres, Lluís d'Alcanys, Fernández Álvarez Abarca y Gabriel Tortella. A partir de ahí, la relación de autores es extensísima como prueba de la preocupación que la peste despertaba en la sociedad renacentista española. En tiempos de Carlos V destacan las obras de Alonso de Espina, Gabriel de Tárrega, del padre Pedro Ciruelo, de Pedro de Cartagena, Luis de Lucena, Enrique de Ribera, Antonio de Cartagena, Luis de Lobera y el gran Andrés Laguna. Ya en tiempo de su hijo, el monarca Felipe II, aparecieron los tratados de Luis Mundella —uno de los primeros en reconocer la obra del médico veronés Fracastoro—, Juan Tomás Porcell, Alonso Barba, Tomás Álvarez, Francisco Franco, Pedro Acebedo, Joan Rafael Moix, Juan Carmona, Francisco Terrades, Victoriano Zaragozano y Zapater, Miguel Martínez de Leyva, y todos los grandes médicos castellanos que escribieron al compás del gran contagio de 1596-1602, como el vallisoletano Luis Mercado, Andrés Zamudio, Cristóbal Pérez de Herrera, Manuel Escobar, Juan de Carvajal o Antonio Ponce. Aunque en número decreciente, el siglo XVII también conocería obras de cierto relieve como las de Ambrosio Núñez, Pedro Vaez, Francisco Silva de Olivera, Bernat Mas o Joan Francesc Rossell.²⁵

Aunque escritos por gentes universitarias, los tratados sobre la peste no tuvieron un carácter académico. Fueron, en el mejor sentido de la palabra, coyunturales y, además, el resultado de la preocupación de quienes no podían permanecer indiferentes a situaciones dramáticas concretas que vivía la colectividad de la que formaban parte; escritos que revelan, por otra parte, la confianza de unas gentes en un sistema médico al que exigían soluciones y en el que depositaban también esperanza. Si bien no obviaron el complejo entramado técnico del galenismo, por sus dimensiones —en general no excesivamente extensos— y por su propio estilo directo y aplicado, se convirtieron en auténticos «vademécums» y prontuarios de gran utilidad para el médico práctico y para las gentes cultas, supieran o no latín. Los tratados sobre la peste, gracias a su interés práctico, fueron los únicos capaces de superar el mercado restringido de hermenéuticos lectores que tenían los libros científicos durante aquellos siglos.

¿Qué era el galenismo y por qué constituía una estructura intelectual tan firme? La tradición hipocrática/galénica, que data desde la obra de los escritores hipocráticos (Hipócrates vivió c. 450—c. 370 a.C.) y de Galeno de Pérgamo (129—c. 200), ejerció mucha influencia durante todo el medievo y hasta bien entrado el siglo XVIII. Esta doctrina asociaba la enfermedad sobre todo al medio, aunque también empleaba los conceptos de contaminación e impureza para explicar sus causas. Una combinación de *ecologismo* y *humoralismo* dominó las interpretaciones de lo que era la enfermedad. La mayoría de la gente, profana y docta por igual, creía que la salud radicaba en el correcto equilibrio de los cuatro humores —bilis negra, bilis amarilla (o roja), sangre y flema—

cuya alteración causaba enfermedad, un estado general de desequilibrio que el medio ambiente podía afectar o influenciar. Así, en la medicina hipocrática y galénica, las enfermedades eran exclusivas de los individuos. Alcanzar y conservar un estado de salud, por tanto, requería equilibrio, y ese equilibrio era intrínsecamente elusivo y se perdía con facilidad.

Apegados a este paradigma galénico, la mayoría de estos médicos entendían por «peste» o «pestilencia» a una enfermedad primero del aire y secundariamente del hombre. Su origen no tenía un agente causal específico como en nuestros días, sino varios. Todos ellos distinguieron entre causas de tipo moral y natural. De acuerdo con la cosmovisión cristiana, incuestionable en Europa hasta bien entrado el siglo XVIII y de la que también participaban el islam y el judaísmo (los otros dos grandes monoteísmos presentes en el área mediterránea), la causa primera de la peste y de todas las demás cosas de la Creación era la voluntad de Dios. Ahora bien, tras la construcción por parte de los filósofos naturales cristianos de la idea de un orden natural que, pese a estar presidido por Dios (la causa primera), era autónomo y salvo casos excepcionales (los milagros) se regía por leyes naturales (causas segundas), cuyo conocimiento era discernible por la razón, era a los médicos cristianos a los que les correspondía ocuparse de las causas segundas de la salud y la enfermedad humanas y dejar para los teólogos el monopolio intelectual y profesional sobre el *Primum Movens*. En consecuencia, aunque siempre sujeta a un orden sobrenatural, la peste era al mismo tiempo —siguiendo al médico árabe Avicena (980-1037)— parte de un orden natural autónomo regido por causas naturales a dos niveles diferentes: el de las causas remotas, universales, superiores y celestes, y el de las causas próximas, particulares, inferiores y terrestres. Este segundo nivel dependía absolutamente del primero. La teoría de las constelaciones del médico también árabe, Albumasar, fue su punto de referencia constante para explicar el permanente influjo de las constelaciones de estrellas, planetas, signos zodiacales o el paso de algún cometa que mediante su influencia alteraban o mudaban la sustancia del aire. Quedaba así establecida la relación mecánica entre ambos niveles, el celeste y el terrestre. Era en este segundo espacio donde los médicos universitarios asignaban también un papel a las «causas terrestres» (exhalaciones telúricas o hídricas tales como terremotos, aguas estancadas, cadáveres insepultos) en la génesis de la peste mediante la corrupción del aire. Al tratarse de un elemento básico para la vida de todos los seres vivos, se deducía que el aire debía ser el medio principal de transmisión de la enfermedad.

Faltaba dar respuesta al hecho de que, bajo unas mismas condiciones generales, algunas personas enfermaran mientras que otras eran aparentemente inmunes. Fue aquí donde el pensamiento galénico tradicional añadió a estos razonamientos las tesis de la patología humoral hipocrática en términos de receptibilidad del cuerpo a la

enfermedad. Se entendía la salud como una mezcla proporcionada de los cuatro humores en estado de equilibrio, gracias a la intervención del calor innato asentado en el corazón y a la aportación alimenticia externa. Una de las formas que podía adoptar el alimento era el aire circundante inhalado al respirar que, a través del corazón y los pulmones, moderaba la acción de este calor innato a la vez que aireaba la sangre nutriéndola. Otra era su recepción a través de los alimentos, en cuyo caso era el estómago el primer órgano dañado. El proceso morboso se iniciaba cuando, por efecto de este agente externo que era el aire envenenado, el equilibrio corporal se veía alterado. La enfermedad se introducía en los cuerpos humanos afectando a sus miembros principales —hígado, corazón y cerebro—, cuyas funciones padecían. La aparición de los bubones, la debilidad del pulso, la pérdida de ánimo o la fiebre no eran más que el testimonio, en diferentes partes del cuerpo, de esta alteración orgánica de la sangre que el organismo procuraba eliminar. No era de extrañar, pues, que las anatomías practicadas sobre los cuerpos de contagiados por peste, como las que realizara el médico sardo educado en Salamanca Juan Tomás Porcell durante el contagio de 1564 en Zaragoza, acabasen siempre con el dictamen de que la causa de la defunción era una sustancia venenosa que a través de la sangre de todo el cuerpo acudía hasta el corazón oprimiéndolo, corrompiéndolo y quemándolo con el calor hasta destruir su virtud vital.

Pero el aire no era en sí la causa de la enfermedad, sino sólo su principal medio de difusión. Algunos fenómenos atmosféricos naturales, como los vientos, aceleraban su dispersión. Al mismo tiempo, las enfermedades que constituían efectos o accidentes suyos se suponían en su mayor parte transmisibles a través de un contagio interpersonal por distintas vías, sobre cuya naturaleza (aliento, exhalaciones cutáneas, mirada, objetos personales como ropas, joyas y otros) discutían los tratadistas en cada caso. La idea de contagio no fue ajena ni a Galeno ni al galenismo renacentista. El mérito del médico italiano Girolamo Fracastoro a mediados del siglo XVI consistió no tanto en la presunta originalidad de su teoría sino más bien en el esfuerzo por sistematizar las ideas sobre el contagio que contenían algunos de los escritos galénicos —en algunos pasajes del *De differentiis februm* ya se mencionaban «ciertas semillas de la pestilencia» que eran arrojadas por el cuerpo pestilente al aire circundante— y en las propias experiencias desarrolladas por las autoridades de las ciudades hacia el final de la baja Edad Media en el control y desinfección de géneros y pasajeros.

En *De contagione et contagionis morbis et eorum curatione*, publicado en 1546, el médico veronés —fiel a su mentalidad aristotélica— no concebía una acción que no se efectuara por contacto: algo material pasaba del enfermo al sano, algo que buscaba lo que le era semejante en virtud del principio de simpatía y lo infectaba con su propia y específica cualidad, que le causaba al sujeto infectado una alteración de la misma naturaleza que

la que existía en el infectante. Fracastoro definía la causa de la enfermedad en la existencia de unas diminutas partículas —*seminaria*— concebidas como organismos vivos con capacidad de reproducir otras idénticas a ellas. Evaporadas de una persona enferma, estas partículas podían infectar a personas u objetos por contacto directo; incluso podía difundirse a través del aire e infectar a distancia. En este sentido, el pensamiento hipocrático consolidó esta perspectiva al introducir la creencia de que los alimentos o la ropa podían, a través del comercio, trasladar la infección de un lugar a otro. La tesis de Fracastoro fue pronto conocida entre los médicos españoles. El médico real Francisco Franco en su *Libro de las enfermedades contagiosas y de la preservación della* (Sevilla, 1569) fue uno de los primeros en defenderla en España. Más tarde, el doctor Luis Mercado la aceptó igualmente, pero procurando conciliarla con los esquemas galénicos más ortodoxos: existía la posibilidad real del contagio interpersonal pero siempre a través del medio aéreo tradicional.

La prevención contra la enfermedad dependía de esta concepción sobre su origen. Por ello, los capítulos dedicados a la preservación de la peste solían ser los más extensos en este tipo de obras. Siguiendo los planteamientos galénicos, la acción individual o colectiva del régimen de vida se erigía en la norma básica del mantenimiento de la salud, y el mejor remedio para evitar la enfermedad. Por tanto, los consejos dictados atendían a una doble perspectiva: moral-natural y público-individual.

Dado que la primera causa de la peste era la venganza divina por las ofensas cometidas por los hombres, era obligación individual y colectiva purgar dichos pecados mediante la oración personal, la confesión, las rogativas públicas pidiendo la intercesión de la Virgen o los santos abogados contra la peste como San Sebastián o San Roque, o los castigos de los vicios públicos, aspecto que justificaba la intervención firme de los poderes públicos en los principios morales que debían reglamentar la vida social. Como es fácil de deducir, aquí se iniciaba la justificación ideológica de un amplio campo de represión sobre todo tipo de actividades lúdicas consideradas inmorales, desde músicas y bailes hasta el exceso en las relaciones sexuales, concebidas todas ellas como lesivas a la divinidad. Errantes y prostitutas pronto descubrirían en sus propias carnes las consecuencias de esta interpretación religiosa de la enfermedad, a los que fácilmente se latigaba o expulsaba de las ciudades al comienzo de cualquier contagio.

Confortada el alma, podía iniciarse la preservación del cuerpo. Este aspecto correspondía al campo de la dietética heredada del período medieval, de ahí que la literatura sanitaria sobre las epidemias se encuadrara dentro del género de los *Regimina*, en los que se ofrecían preceptos de higiene ligados, casi siempre, a normas alimenticias. Éstas se orientaban en torno a las llamadas *sex res non naturales*, ordenación canónica establecida por el galenismo medieval para aquellas cosas que no pertenecían a la

naturaleza del sujeto (*res naturales*) pero que estaban en permanente contacto con ella, sin ser la enfermedad. La primera de ellas era el aire, elemento común a todos los seres vivos. Por ello, la primera recomendación era siempre alejarse de una ciudad infecta siguiendo el popular consejo *fugere cito, longe, et tarde revert* («huye pronto, cuanto más lejos y más tiempo mejor»). Cuando no era posible la retirada del lugar infecto debían ponerse todos los medios posibles para evitar el aire corrupto o tratar de purificarlo. Por ello, junto a la limpieza diaria de calles y plazas, se recomendaba la quema de plantas oloríficas en el interior de las casas y el uso abundante del vinagre en su limpieza. El uso del fuego resultaba igualmente primordial en las relaciones personales, y por eso era frecuente que se aconsejara a los sacerdotes y confesores que se guardasen y alejasen lo más posible al aplicar sus sacramentos de los enfermos, manteniendo una tea encendida entre el confesor y el enfermo o empleando una vara alargada para hacer comulgar al enfermo sin que hubiera contacto. Bastantes *Ars Moriendi* —libros religiosos de preparación para la buena muerte— de la época recogieron este tipo de recomendaciones.²⁶

Estas advertencias se extendían al personal sanitario. Cuando entraban en una casa infecta se recomendaba que lo hicieran con las ventanas siempre abiertas, llevando un fuego por delante y limpiándose abundantemente con vinagre. Además debían procurar ponerse delante de la nariz una esponja bañada en vinagre, «huyendo en lo posible del aliento del apestado». Parecidas medidas se recomendaban a ricos y pobres que paseaban o acudían a visitar algún enfermo, siempre evitando ir por calles estrechas o con concurso multitudinario de gentes. Mientras los primeros podían llevar en las manos rosas secas y pañuelos perfumados, los pobres deberían contentarse con llevar una esponja impregnada en vinagre. Los cargos públicos, por razón de sus obligaciones de asistencia mientras durase la enfermedad en la ciudad, deberían guardar en sus casas un vestido perfumado de la cabeza a los pies con romero u otra planta aromática. Asimismo se desaconsejaba que estos vestidos fueran de seda, tafetán o lana pues se consideraban géneros a los que más fácilmente se apegaba «aquel vapor maligno». Los cadáveres debían ser enterrados con suficiente profundidad. Las ropas y demás objetos sospechosos de contener aire infecto debían ser purificados mediante el empleo de determinados compuestos. En Barcelona, durante la epidemia de 1651, se empleó para la desinfección de las ropas la morbería de Jesús, un compuesto basado en caparrosa, nitro, bellotas de laurel, enebro, resina de pino, mirra y alumbre.²⁷

La segunda «cosa no natural» eran las comidas y bebidas. Las autoridades tenían la obligación de procurar el consumo de buenos alimentos no corrompidos. En general existía acuerdo en que éstas no debían ser excesivas y sí fáciles de digerir. Entre las carnes, se prefería la alimentación basada en capones, gallinas, pollas, perdices, cordero o cabrito y se desaconsejaba el consumo de buey, cabra y oveja. Los pobres, dadas sus

limitaciones económicas, debían contentarse con los alimentos habituales: huevos, oveja y cabrito. Ahora bien, existía una tendencia a recalcar, en el caso de estos últimos, que la alimentación debía de ser del todo moderada. En cuanto al consumo de pescado, existían discrepancias. Moix recomendaba evitarlo totalmente por su carácter de producto húmedo. El pan siempre debía ser de trigo y bien cocido. Entre las hortalizas se aconsejaban los espárragos, las calabazas, los puerros y las alcachofas. De la fruta debía rehuirse la húmeda y que no fuera cogida y consumida inmediatamente del árbol, por ser fácilmente corruptible; por ello, se recomendaba preferentemente el consumo de frutos secos. Para acompañarlo, se aconsejaba el agua de fuente corriente y fría. El consumo de vino planteaba mayores inconvenientes. Se preferían los claros y blancos con moderación. Aunque nuestros médicos no lo sabían, el vino constituía junto al vinagre un buen preventivo contra el contagio. Su olor repulsivo ahuyentaba las pulgas. Fuera por hábito o como medio para vencer el temor a la peste, las imágenes de enterradores y perfumadores ebrios resulta recurrente en los testimonios literarios de la época. Por ejemplo, el dominico catalán Francesc Camprobi relataba cómo durante el contagio de 1651 en Barcelona de los enterradores contratados para sepultar a los padres muertos por su congregación «uno estaba loco y el otro lleno de vino».²⁸

La tercera circunstancia contemplada hacía referencia al sueño. En general, los médicos coincidían en recomendar dormir un mínimo de seis a siete horas, que se intentara evitar vigiliadas inmoderadas pues debilitaban las fuerzas, y «lo que en tiempo de peste se ha de evitar». Se desaconsejaban también las siestas muy prolongadas. En cuanto a la actividad física —cuarta razón no natural— se la recomendaba como contrapunto a la pereza y al ocio que conducía a la debilidad del cuerpo, pero siempre con moderación. La actividad sexual, como toda forma de ejercicio físico, era desaconsejable en exceso porque hacía aumentar el volumen del aire inhalado o podía, a través de los poros, facilitar la penetración de la corrupción.

Las dos últimas, de acuerdo con la doctrina galénica, hacían referencia a los fenómenos psíquicos o «accidentes del alma». Su actuación equilibrada conducía al mantenimiento de la salud. Los sentimientos extremos, en cambio, podían conducir a efectos opuestos según el temperamento de quien los disfrutara o padeciera. Según algunos tratadistas, «los coléricos están aparejados a enojarse, los sanguíneos a alegrarse i tomar placer, los melancólicos a tristezas i los flemáticos inclinados a la pereza». La ira, el amor y el gozo eran accidentes que calentaban en exceso la sangre y la predisponían a corromperse. El temor, la tristeza o la angustia, por contra, tendían a enfriar el cuerpo, lo que equivalía a menguar su calor innato para enfrentarse a la enfermedad. La literatura renacentista reparó además en la preocupación por la *imaginatio* latina, traslación más frecuente del término griego *phantasia*. Bajo planteamientos neoplatónicos, ésta suponía la evasión del alma que dejaba al cuerpo inerte ante la peste y el peligro final de caer en un profundo

sueño cataléptico, aspecto del que ya había llamado la atención Jacme d'Agramont en 1348 y sobre el que volverían a insistir otros tratadistas posteriores. Frente a todos estos accidentes del alma había que procurar entretenimientos lícitos y honestos que mantuvieran la quietud anímica y consecuentemente el equilibrio corporal: el diálogo con conocidos, tan característico de la cultura humanista, los cánticos, danzas, músicas, paseos y juegos —más pensados en el ideal del ciudadano humanista que en la realidad cotidiana de los estamentos populares— configuran la extensa nómina de soluciones propuestas siempre bajo la guía de que no atentasen contra la moralidad religiosa. No resulta por ello paradójico que como recurso terapéutico los médicos de Segovia o Sevilla prohibieran el tañido de las campanas por los muertos «por excusar algo de tan pavorosa tristeza». Y en la capital hispalense los magistrados llegaron incluso a enviar músicos por las calles «para que los humores no se fomentasen adustos y melancólicos».²⁹ En Barcelona, según relataba el escribiente del Consejo de Ciento, Joan Salines, durante el contagio de 1651, los sepultureros contratados por el municipio recorrían las calles de la ciudad:

[...] en ocho o diez carretas, estas solas para poner los cadáveres que se encontraban en las casas, lanzándolos desde las ventanas a las calles para ponerlos en dichas carretas, las cuales eran guiadas por diferentes enterradores que iban con sus guitarras, tamboriles y otras cosas de diversión para poder borrar de la memoria las aflicciones grandes que solo ellas eran bastantes para acabar la desdichada vida, que parecía que no se estimaba en cosa alguna.³⁰

En la medicina humoral era tan importante la prevención o *profilaxis* como el tratamiento o *terapéutica*. Por ello, la tercera y última parte de estos tratados epidémicos correspondía a los remedios puestos en práctica para curar el mal. Incluía, además de los consejos habituales en materia religiosa, higiene pública o privada, los elementos de la farmacología y la cirugía de la época sobre esta enfermedad. Constituían por tanto el tratamiento clínico de la peste, descrito con una gran meticulosidad.

Si la higiene pública mostraba tantas deficiencias, en el terreno de lo particular y de lo privado la limpieza corporal tampoco suscitaba atención preferente ni era motivo de preocupación especial para la mayor parte de los españoles de la época. Es más, según parece, desde la Edad Media hasta bien avanzado el siglo XVIII, en líneas generales se produjo un rechazo del agua empleada para el aseo del cuerpo y la limpieza directa de la piel humana. A esto vino a sumarse, en contra de las adecuadas medidas de lavado corporal, el paulatino abandono de la costumbre de tomar baños en el transcurso del siglo XVI. Hay que tener en cuenta en ello varios factores que confluyeron en su valoración negativa: los baños eran malos para el alma y para el cuerpo, para la salud espiritual y física, además de ser contrarios a la moral y a las buenas costumbres establecidas. Por un lado, el pensamiento médico empezó a desconfiar de la práctica de los baños porque estimaban que al penetrar el agua en los poros de la piel, éstos se

abrían haciendo que los «humores» del cuerpo escaparan; de esta manera se perdía la fuerza vital a la vez que disminuían las defensas orgánicas, lo que ayudaba a contraer y transmitir graves enfermedades, especialmente la «sífilis» y las denominadas «pestes». Así, dentro de las diez reglas principales que señalaba Pedro de Ciruelo en su obra *Hexameron theologal sobre el regimiento medicinal contra la pestilencia*, publicado en Alcalá en 1519, se recomendaba lo siguiente:

El baño en tal tiempo [de peste] es peligroso porque abre las carnes y presto penetra el mal; salvo si se hiciese de las rodillas abajo cortando las uñas y raiendo las plantas de los pies; y si alguno quisiese bañar el cuerpo son con las condiciones que nota Hipócrates: es a saber, después de hecha la digestión y salido de la cámara y un poco de ejercicio antes de él.

Y el médico Andrés de Laguna, en su *Discurso breve sobre la cura y preservación de la pestilencia* (Amberes, 1556), decía asimismo:

El uso de las estufas y baños de agua caliente cuando reina la pestilencia es impertinente y dañoso porque inflama los espíritus viales del corazón y resuélvelos, relajando juntamente los poros de todo el cuerpo para que por ellos el aire pestífero tenga más fácil y desembarazada la entrada. Por eso los que quieran limpiar la suciedad y sudor del cuerpo, pueden sin comprar la limpieza tan cara, lavarse con agua fría, sal y vinagre, la cual mezcla con ser abstergente fortifica todos los miembros y conviene mucho en tiempo de pestilencia.

Por otra parte, los moralistas llamaban la atención sobre el hedonismo y la relajación de vida que se ofrecía en los balnearios, que a sus ojos aparecían como antros de pecado y de corrupción moral. Además, en España, aun intervino un tercer factor de índole religiosa y racista para argumentar el rechazo a los baños: como se sabía que los musulmanes (moriscos), de raza y creencias impuras, se caracterizaban por sus abluciones y baños, la mejor manera que el buen cristiano tenía para diferenciarse de ellos era no acudir a los baños públicos; es más, no había ni que tenerlos privados. Bajo esta consideración, los pocos baños que subsistieron en las ciudades españolas entre los siglos XVI y XVIII terminaron convertidos en recintos mal considerados socialmente, frecuentados por una clientela habitual de moriscos e individuos más o menos marginados.

Para comprender mejor todo lo relacionado con esta cuestión de la limpieza y la suciedad corporal hay que tener muy presente el distinto concepto que por entonces se tenía de lo que significaba y en qué consistía la higiene personal.³¹ La teoría médica consideraba que el organismo humano generaba en su interior la suciedad, es decir, una serie de sustancias que salían al exterior a través de los poros de la piel. El acto de la limpieza consistía en eliminar o combatir estas secreciones orgánicas que se habían depositado en la superficie corporal. Para ello se tendría que recurrir a frotar y rozar con energía la parte del cuerpo que se hallaba manchada o lavarla para desprender la impureza que se había formado.

La limpieza corporal se entendía, pues, como una actividad por la cual se quitaban las superfluidades que se acumulaban en la piel, procedentes del interior del organismo que se hallaba en permanente estado de eliminación de sustancias (suciedad). Éste era uno de los objetivos que se pretendía alcanzar mediante las normas higiénicas que la doctrina médica había señalado desde la antigüedad. El aseo personal formaba parte así de las normas dietéticas que, según la tradicional teoría galénica, había que seguir para lograr un buen estado de salud. Algunas de estas obras médicas, en ocasiones escritas por médicos cortesanos o al servicio nobiliario, se redactaban para miembros destacados del sector aristocrático con carácter individual. La obra más influyente y representativa de este tipo de publicaciones, dedicada especialmente a las normas que se debían aplicar para conseguir un perfecto régimen de vida, fue la del médico de cámara real Luis Lobera de Ávila que inicialmente llevaba el título de *Banquete de nobles caballeros*, editada en 1530 en Augsburgo —donde se encontraba por entonces el emperador Carlos V— y reimpresa más tarde en Alcalá, con el título de *Vergel de sanidad*. Según apuntaba Lobera, lo primero que se debía hacer por la mañana al despertarse eran unos ligeros ejercicios gimnásticos de piernas y brazos, para pasar a continuación a vestirse y después a lavarse. Pero el aseo corporal, con agua fría, tenía que ser sólo del rostro y de las manos. El lavado de la cara interesaba sobre todo para el cuidado de la vista (lo que recomendaba era meter la cara en la palangana y abrir dentro los ojos), mientras que en el de las manos advertía que no se utilizase agua caliente, especialmente una vez que se había comido, porque podía provocar la aparición de lombrices. También el aseo debía incluir la boca, para combatir el mal aliento y la picadura de los dientes, para lo que se utilizaba la propia orina, siguiendo la vieja costumbre tan arraigada en tierras castellanas. A esto se reducía el lavado matinal, que había de hacerse antes del desayuno. Al mediodía, terminada la comida, el caballero volvería a enjuagarse la boca, al igual que lo haría tras la cena.

Respecto al baño, Lobera se mostraba muy reacio a admitirlo pues consideraba que no era provechoso para el organismo que estuviera sano. Es más, pensaba que podía provocar daño el tomarlo, con la excepción de aquellas personas que padeciesen determinadas enfermedades, a las que, usado con precaución, les podría resultar beneficioso. En esencia, a Lobera le parecía que el baño típico entre los españoles consistía en el lavado de los pies con un cocimiento de hierbas y flores.

Para los cabellos no hacía falta utilizar el agua, bastaba simplemente con utilizar el peine o algún cepillo que sirviera para rascar el cuero cabelludo con el fin de quitar las impurezas que allí se hubieran acumulado. No importaba que la persona fuera calva, ya que no se trataba de lavar los pelos de la cabeza (procedimiento éste que no se utilizaba), sino de frotar el cráneo o de peinar los cabellos para que estuviesen libres de superfluidades. La limpieza de la boca debía hacerse em-plean-do un mondadientes

para retirar la «torva» o restos de comida que se incrustaban entre los dientes y enjugando (secando) las encías con un paño, aunque también era conveniente enjuagarlas con agua o con vino. La nariz y el oído quedarían aseados introduciendo y moviendo en el interior de ambas cavidades el dedo pequeño, y las uñas, eliminando las inmundicias que tuvieran, cortándolas y limpiándolas adecuadamente.

¿Y el resto del cuerpo? ¿Qué se hacía respecto a la mayor parte de la superficie corporal que era tapada por las ropas? Simplemente, no se lavaba. Se pensaba que las secreciones corporales terminaban adhiriéndose a la ropa interior que estaba en contacto con la piel, es decir, a la camisa, que era la prenda que se utilizaba con tal finalidad entonces. De ahí que, para estar y parecer limpio, no había necesidad de bañarse al completo, de realizar la inmersión en el agua, pues era suficiente con mudarse de camisa una vez que ésta se hubiera ensuciado al pegarse en ella las inmundicias segregadas por el organismo. La camisa sí se lavaba y mientras más limpia quedase mejor, ya que era la que servía para mantener al cuerpo aseado y para mostrar una imagen de limpieza.

La ropa en general, y más concretamente la camisa, fue considerada como una segunda piel, a la que había que prestar la mayor atención. Por esta razón se convirtió en el símbolo de la limpieza, o de la suciedad si estaba manchada. Había que disponer de un amplio vestuario y contar con bastantes camisas si se pretendía estar permanentemente limpio, lo que no estaba al alcance de toda la población. Las recomendaciones más usuales en cuanto a la periodicidad del cambio de camisa solían coincidir en que se hiciera al menos una vez a la semana. Y en los establecimientos de asistencia pública, como podían ser los hospitales, las sugerencias de los patronos marcaban que se mudaran las ropas de cama y las camisas de los enfermos cada ocho días, o con más frecuencia si fuera necesario hacerlo.

Esta especie de miedo al agua puso de moda la utilización de polvos y perfumes como elementos básicos de la higiene. Pero la adquisición de tales productos de cosmética no estaba al alcance de las masas populares como tampoco lo estaba el disfrute de un vestuario adecuado, con lo que la limpieza siguió siendo prerrogativa de la riqueza: las personas acomodadas y poderosas podían estar limpias; las humildes y pobres, por el contrario, eran y estaban sucias. La polarización social tan presente en aquella sociedad del Antiguo Régimen se manifestaba de nuevo, aunque sólo fuera en el mundo de las apariencias, de lo visible, de la limpieza exterior de la ropa y, lógicamente, en el mundo del olfato, ya que los ricos, gracias a perfumes y polvos, procuraban oler bien, mientras que el pueblo menudo difícilmente podía escapar del mal olor y de la suciedad.

Era de esta manera como aquellos cuerpos posibilitaban la expansión de los males contagiosos. Pulgas, chinches y piojos campaban a sus anchas no sólo por las camisas y

otras prendas de vestir, sino también por la piel y los cabellos de aquellos españoles deficientemente aseados, ya fueran ricos o pobres, burgueses o aldeanos, hombres o mujeres, niños, ancianos o adultos, tal y como la literatura y la pintura, sobre todo la que se inspiraba y se fijaba en motivos y personajes populares, nos ha transmitido a través de muchas de sus obras ampliamente conocidas y divulgadas: la novela picaresca, el Quijote, los cuadros de Murillo o de Velázquez.

La doctrina médica, que también se ocupaba con frecuencia del tema de los piojos y de cómo combatirlos, intentaba explicar la abundancia de insectos o parásitos que se detectaban en las personas achacándola a la propia fisiología del organismo humano. El propio cuerpo era el que producía estos desechos a modo de secreción y era creencia común que las liendres se engendraban en el organismo por causas patológicas; causaban la picazón que a su vez producía ciertas afecciones cutáneas. La mayor o menor presencia de los parásitos en el cuerpo humano dependía de la naturaleza de cada persona, de la edad (se pensaba que los niños y los ancianos eran más propensos a tenerlos), del sexo (algunos médicos defendían que abundaban más en las mujeres que en los hombres) y de los alimentos que se tomaban (se solía admitir que determinadas viandas provocaban directamente su aparición). Por lo demás, se decía que proliferaban en mayor cantidad en aquellos individuos que no seguían las adecuadas normas dietéticas o de higiene que los médicos recomendaban practicar, aunque también los padecían quienes sí la ejecutaban.

Por lo que se refiere al tratamiento clínico de la peste, tres elementos constituían la base de toda acción terapéutica ortodoxa: la práctica de la sangría, la cauterización de los bubones y la administración de diferentes fármacos apreciados por sus diferentes propiedades para enfrentarse a la peste. Todos ellos respondían a un mismo objetivo: favorecer la evacuación de los malos humores del interior del cuerpo para intentar preservar de las lesiones a los órganos principales (corazón, cerebro e hígado).

Como es conocido, la sangría fue uno de los métodos más empleados a la vez que discutidos de la clínica renacentista. No se trataba de poner en tela de juicio tan acreditado recurso terapéutico, que encajaba perfectamente en la vieja patología humoral, sino de determinar los casos y circunstancias en que podía llevarse a la práctica. De hecho, como preservativo contra la peste continuó siendo recomendada a lo largo de todo este período junto al empleo de diferentes purgas. Algunos médicos aconsejaban su aplicación en la vena del hígado hasta una cantidad de cinco a once onzas, en función de la edad, la complexión y las fuerzas del individuo al que se le aplicara. Si el carbunco aparecía en alguna de las ingles, debía practicarse en la vena safena —vena superficial— del pie correspondiente; si lo hacía debajo de las axilas, debía procederse sobre la vena del hígado; por último, de hacerlo tras las orejas o el

cuello, debía sangrarse la vena de la cabeza. Esta última operación era considerada como la más peligrosa por cuanto podía provocar el ahogo por inflamación de la garganta y afectar a un órgano tan vital como el cerebro. Sin embargo, el empleo de la flebotomía una vez iniciada la enfermedad en el cuerpo fue objeto de una cada vez más fuerte oposición por parte de muchos galenos, ya que entendían que provocaba un debilitamiento innecesario del cuerpo y, sobre todo, porque cuando se realizaba en niños o mujeres embarazadas podía provocar el aborto de las mismas, aspecto cada vez más reñido con los dogmas eclesiásticos surgidos del Concilio de Trento. Así lo expresaban los médicos de la capital catalana durante el contagio de 1589, y se haría cada vez más corriente en el siglo siguiente, como lo demuestran las experiencias de los médicos valencianos y cordobeses durante el contagio de 1647 y 1649, respectivamente.

Todo lo que los médicos podían hacer era ayudar a que las pústulas maduraran y, por lo demás, proporcionar buena comida y un ambiente limpio en el que la naturaleza pudiera seguir su curso. Sobre los bubones y ganglios se administraban métodos terapéuticos que iban desde la simple aplicación tópica y local de diferentes ungüentos al cauterio. Antes de poner una ventosa sobre aquéllos se los fermentaba con diversos preparados. Uno de los más empleados era una cocción aplicada muy caliente a base de manzanilla, meliloto, mejorana —planta de buen aroma— y escabiosa. Una variante era la cocción de manzanilla, corona de rey, romero verde, escabiosa y pimpinela, fijadas con un tejido de lienzo o seda sobre el carbunclo durante un cuarto de hora, seguido de un segundo tópico formado por tres o cuatro cebollas —a las que se le había extraído previamente el corazón—, escabiosa, pimpinela, manzanilla, tres yemas de huevo, aceite de lino, azafrán picado, miel, excremento de paloma, una cabeza de ajo y manteca salada. Una vez aplicado, se extraía la sangre con la ventosa y se procedía a limpiar la úlcera con agua salada antes de poner un cáustico potencial, llamado así por tratarse de un medicamento que tendía a desorganizar y mortificar, es decir, a transformar los tejidos sobre los que se disponía el preparado. Entre los más frecuentes estaba el *ungüento egipcio*, medicamento compuesto de miel, moho y vinagre. Podía también usarse —como alternativa— una picadura de pimienta, avellanas y *triac magna*, preparación que se introducía en la oquedad de una media naranja. Sin embargo, el fuego fue el cáustico más empleado. Se calentaba un hierro, plata u oro hecho a medida de un botón con el que se procedía a quemar la úlcera. Cicatrizado el cáustico, se continuaba en los siguientes días con la cura de la herida aplicando sobre ella diferentes bálsamos. El más corriente era el constituido por manteca de cerdo, sal, escabiosa, consuelda y levadura, todo ello previamente picado y mezclado, que se aplicaba sobre la herida a modo de emplaste dos o tres veces al día, buscando los efectos profilácticos de la fermentación. Existía también la posibilidad de colocar emplastes de higos secos previamente hervidos en agua y combinados con mostaza y excrementos de paloma; de levadura, queso viejo y triaca; de laurel y hojas de brionia, o, por último, el de las

famosas cuatro gomas resinosas: opoponace, sagapeno, timiana y eufobio, mezcladas con aceite y vino.

Sin embargo, fue la producción de fármacos la que mayor importancia adquirió, de la mano de una rica tradición medieval cuidadosamente recopilada en diferentes tratados. Como complementario preventivo de los *rex naturales* se añadían ciertos medicamentos simples y compuestos administrados por vía tópica u oral, útiles para reforzar la naturaleza del cuerpo y hacerlo refractario a la enfermedad. Ahora bien, los remedios, en la concepción de esta farmacopea por parte de la cultura médica docta, fueron sistemáticamente ordenados según una jerarquía que separaba los medicamentos nobles y raros de aquellos humildes y comunes, adaptados para la gente del pueblo. Aunque muchos tenían propiedades comunes, podríamos clasificarlos en tres grandes grupos atendiendo a su naturaleza.

En primer lugar se encontraban los que actuaban como purgantes o sudoríficos. Entre los purgantes se recomendaban diferentes píldoras como las llamadas de *Razis* o de *Rufo*. Esta última se realizaba con dos partes de zumo extraído de la incisión en las hojas del acíbar sacotonino, de sabor muy amargo, dos partes de la *gomma ammoniaca* —la timiana, una planta olorosa parecida al incienso— y una parte de mirra, otra goma-resina también que daba al preparado un equilibrio aromático que permitía facilitar su administración al paciente a la vez que le confería un cierto carácter simbólico como elemento ligado al sentido de penitencia o sacrificio. Podía complementarse con la triaca —confeccionada con cidras— o la triaca de esmeraldas —constituida por minerales como la esmeralda—, tomando de cada una dos dracmas. Para los pobres, la limpieza del estómago podía ser realizada con elementos más simples: junto a la triaca de cidras, más asequible, podía recurrirse a cocciones de hortalizas como las acelgas, el hinojo —llamado la «escobilla del estómago»—, la ruda o la miel rosada con cebada.

Se añadían como preparados laxantes, que debían tomarse por las mañanas, la infusión de ruibarbo —un dracma y medio—, jarabes de rosas alejandrinas —de dos o tres onzas a lo más—, media onza de casia o de tamarindo —plantas consideradas medicinales de la familia de las leguminosas— o media de ciruelas remojadas. Entre los sudoríficos aparecía recomendada la carlina aunque la más célebre fue la angélica, una planta de casi dos metros de altura y flores blancas que solía crecer en los prados y bosques húmedos. Su empleo había sido importado posiblemente desde Italia.

Un segundo grupo de fármacos correspondía a los preparados cordiales. Tenían como misión activar la acción del corazón y con ello la temperatura del cuerpo, elemento que se consideraba fundamental para contrarrestar la acción del veneno pestilente, ya que se entendía que éste actuaba de manera contraria enfriando el corazón, es decir, apagando

su calor vital. Entre las hierbas empleadas se encontraban la escorzonera —planta de tronco leñoso y flores amarillas célebre en la medicina de este período por considerársela eficaz contra las mordeduras de víboras—, la malva, las borrajas, las vinagreras, las escarolas, las escabiosas, las violas del bosque o la carlina. Una vez iniciada la enfermedad, se recomendaban como cordiales un dracma (3,59 gramos de nuestro sistema métrico) de bolo armenio —silicato de aluminio natural traído desde Armenia que contenía óxido de hierro con cualidades astringentes— o de tierra *sigilata* —para sigilar, callar—, o bien 4 o 5 gramos de piedra Beozar —concreción petrificada a la cual se le atribuían virtudes contra el veneno—, acompañada con un caldo o un vino blanco para facilitar su ingestión

Para remediar los dolores de cabeza y la fiebre, se recomendaban lociones externas en forma de masajes en la cabeza con agua de rosas, aceite rosado y polvos de sándalo, una planta de buen aroma empleada habitualmente en perfumes, tintes y preparados culinarios. Para evitar los vómitos frecuentes —vital para asegurar los efectos benéficos de la alimentación y los medicamentos administrados— se recurría a materias astringentes con las que se configuraban emplastos. Se empleaba para ello la miga del pan impregnada en vinagre rojo, picada en un mortero con ajeno —planta de hojas blanquecinas, aromáticas y amargas—, menta, un trozo de membrillo —previamente cocido en vino tinto—, un poco de incienso, canela y achicoria dulce. El emplasto se colocaba como un tópico sobre el estómago del enfermo.

Por último estaba el empleo de los antivenenos o antídotos. Existían varios, aunque la triaca magna fue el medicamento más célebre empleado contra la peste en el Antiguo Régimen. De hecho, fue el símbolo mismo de la farmacopea oficial de toda Europa. En su condición de antiveneno asumió un significado en correspondencia a una noción de enfermedad como veneno que penetraba en el cuerpo desde el exterior. Fue el fármaco por excelencia de una cultura que tuvo miedo al envenenamiento. Tuvo su origen en el mundo antiguo, donde para defenderse de las mordeduras de los reptiles y de los animales venenosos en general existieron algunos antídotos que Galeno dividió en tres grupos principales: aquellos que podían servir contra las mordeduras, los que podían ser empleados contra los venenos suministrados por la boca y aquellos contra las «indisposiciones» en sentido amplio. Triaca fue el nombre dado al grupo de antídotos contra el mordisco de los animales en general. La palabra griega *theriaka* deriva de *therion*, animal venenoso o feroz.

La historia de la triaca fue en realidad la historia increíble pero cierta de un fármaco que servía para todo pero que no curaba realmente nada. La clave de su eficacia, según la tradición médica docta, era que obraba generando calor en el cuerpo, compensando así la acción venenosa que causaba la muerte por frío. Sus componentes básicos eran

elementos vegetales y minerales a los que, siguiendo la ortodoxia galénica, podían añadirse sustancias animales. Su composición, que variaba según la tradición farmacopea de cada lugar en cuanto al número de ingredientes empleados (a veces más de veinte), comprendía un equilibrio de sustancias, cada una de las cuales guardaba una función específica. Las sustancias minerales eran raras. Sólo encontramos el bolo armenio o el coral rojo, apreciados por sus cualidades astringentes. Las sustancias vegetales, en cambio, tenían mucho más protagonismo. La mayoría eran plantas autóctonas. Algunas se utilizaban con propiedades sudoríficas. La carlina o el alcanfor, del que se empleaban seis granos en el preparado- junto a otras cuya única misión era la de disimular el desagradable amargor de las primeras. Era el caso de los sándalos o el carpo bálsamo, usados habitualmente en la fabricación de perfumes. Todos estos ingredientes eran mezclados con el zumo de la sandía y se guardaban en un vaso de vidrio o de cerámica. El envejecimiento ideal de la triaca para obtener una acción farmacológica equilibrada era de doce años. Se suministraba una dosis diaria de 0,5 dracmas acompañada con algún cordial, preferentemente agua de escorzonera o vino, para que actuaran como estimulantes despertando la acción energética del organismo.

Junto a la triaca tradicionalmente era empleado el mitridato, considerado menos importante, y cuyo nombre derivaba del legendario rey del Ponto, Mitrídates IV, cuya vida según la leyenda había estado marcada por la obsesión de ser envenado por sus enemigos, razón por la cual hizo ensayar los efectos de venenos y contravenenos en criminales condenados a muerte hasta que tuvo suficientes experiencias como para que se pudieran hacer pruebas en él mismo. Estaba compuesto por numerosas hierbas y por el *castoreum*, sustancia antiespasmódica extraída del castor u otros roedores.

Avanzado el siglo XVI, algunas farmacopeas de ciudades mediterráneas introdujeron la modalidad de la triaca magna de Andrómaco, médico cretense al servicio de Nerón que fue considerado el difusor de la fórmula de Mitrídates, a la que perfeccionó con el nombre de triaca.³² Contenía cerca de sesenta y cuatro ingredientes, entre ellos la mayoría de los antes descritos. Sin embargo, los principales eran la escila (*Scilla maritima* o cebolla de mar), planta ampliamente conocida que crecía en las arenas marítimas del mundo mediterráneo y que los campesinos del Antiguo Régimen plantaban junto a los árboles frutales para evitar, con su olor, el ascenso de las hormigas hasta los frutos; la carne de víbora, que tenía que ser de reptiles capturados a finales de la primavera o al inicio del verano —cuando su veneno era considerado menos potente— preferentemente en las zonas próximas al mar (la carne, previamente cortadas la cabeza y la cola, era hervida, troceada y amalgamada con pan); por último, destacaba el *hedicroo*, un compuesto de hierbas aromáticas, de perfume intenso.

Ninguno de estos fármacos, como en el caso de la sangría, debía administrarse a las mujeres embarazadas y a los niños. Su confección corría a cargo de los boticarios, que en algunas ciudades donde existía universidad —como Barcelona, por ejemplo—, la realizaban en un acto público muy ritualizado, ante la presencia de los regidores y de los médicos del Estudio General de la ciudad, que eran los encargados de dar una lección pública en la que explicaban el sentido de la medicina.³³ También se realizaba en las tiendas de los maestros farmacéuticos, pero no siempre eran respetadas las reglas del arte. Las adulteraciones eran frecuentes en épocas de contagio, como lo eran las quejas de los gremios de apotecarios por la fabricación que se realizaba de estos medicamentos en algunos monasterios urbanos, en claro perjuicio de sus intereses económicos.

Junto a todos los remedios expuestos también resultaba corriente, por influencia de la medicina árabe, la creencia en los poderes profilácticos y preservativos de toda clase de talismanes. Cuando la concepción astrológica de la peste entró en declive durante el siglo XVI, también estas creencias comenzaron a ser cuestionadas. Sin embargo, este criterio no fue unánime. En el universo mental de las gentes del Antiguo Régimen por mucho tiempo se siguió confiriendo especial importancia al uso de todo tipo de amuletos con fines saludables. La propia Iglesia aceptó e incluso promocionó algunos. Existían, por ejemplo, las llamadas medallas sacras contra la peste, piezas numismáticas que se acuñaron fundamentalmente en la Europa germánica durante los siglos XVII y XVIII con el fin de recabar la ayuda sobrenatural necesaria para evitar contraer la enfermedad. Estas medallas gozaron de cierta popularidad; entre ellas se destacan, por ejemplo, las medallas benedictinas de la peste, difundidas en los monasterios de la orden de San Benito desde 1647, como el de Montserrat, en Cataluña. Las medallas de Montserrat de la peste —que fueron acuñadas al menos inicialmente en Roma— presentaban todas ellas en el anverso a San Benito, con sus atributos religiosos y, en el reverso, la imagen de Nuestra señora de Montserrat.³⁴

El uso de las reliquias de los santos también fue aceptado en estos tratados médicos como remedio preventivo eficaz contra la peste. Y es que no se puede olvidar que para los católicos españoles del Antiguo Régimen, a las posibilidades terapéuticas naturales y terrenas se unían las sobrenaturales y celestes, accesibles a través de la intervención taumatúrgica de los santos, intermediarios entre la tierra y el cielo, intercesores de la gracia milagrosa de una curación de origen divino. Mientras eso ocurría, los hombres debían seguir enfrentándose para sobrevivir con sus propios medios en la tierra.

Capítulo 6. EL ORO, EL FUEGO Y LA HORCA

A finales del año 1586, ante las noticias de peste que se recibían por diversos particulares y cartas sobre la presencia de la peste en Marsella y en el valle del Ródano, las ciudades españolas de la costa mediterránea extremaron sus precauciones. Se dictaron diversos bandos sanitarios en los que se prohibía taxativamente todo trato comercial con aquellas zonas así como dar hospedaje o entrada a cualquier persona de la que se pudiera sospechar que viniera desde aquellas regiones infectadas, todo bajo la amenaza de recibir graves penas a los que incumplieran lo ordenado.

A pesar de todo ello, la tartana *Saint Esperit i Bonaventura* llegó ante la playa de Barcelona a principios del mes de diciembre, procedente precisamente de las costas francesas. Una de las barcas que la Junta sanitaria de la ciudad tenía dispuestas en el puerto se acercó hasta ella. En la barca iban un capitán sanitario y tres oficiales. En su proa asomaba un pequeño cañón que realizó un disparo de advertencia con pólvora prensada para que la nave se detuviese. Con precaución, los miembros de su tripulación se acercaron hasta la tartana a contraviento. Sin abordarla, pidieron a su patrón que introdujese en un cubo lleno de vinagre las patentes sanitarias que acreditaban los puertos que había tocado antes de llegar a la capital del Principado, así como un memorial que recogiera las mercancías que llevaba en sus bodegas.

Joan Busquets, el patrón de la tartana, les respondió que entre su cargamento había diversas balas de tejidos para ser desembarcadas en la ciudad. Éstas habían sido adquiridas por dos comerciantes barceloneses, Pere Massó y Francesc Moxo, en Lyon. Los dos mercaderes eran personas muy conocidas en la ciudad. Tenían fama de gozar de la amistad del virrey, don Manrique de Lara, con el que habían realizado algunos lucrativos negocios. Los que no mantenían precisamente muy buenas relaciones con Lara eran los regidores de la ciudad, porque, como algún que otro virrey antes, era frecuente su intromisión en las competencias políticas que eran consideradas como propias del Consejo de Ciento.

Fuera por el miedo a la posible transmisión del contagio o bien por la inquina hacia el virrey, lo cierto es que los regidores conjuntamente con una junta sanitaria formada por ocho ciudadanos (la llamada *Vuitena del Morbo*) ordenaron la quema de la tartana con toda su carga. Esta decisión, ciertamente excepcional incluso en tiempos de amenaza de peste, provocó un gran revuelo entre los mercaderes barceloneses, que exigieron a los regidores que se definieran respecto a la actitud que seguirían adoptando en el futuro respecto a las ropas que habitualmente importaban desde Flandes y Alemania a través

de la ruta del Ródano. Posiblemente los más perjudicados por aquellas importaciones, cada vez más abundantes, eran los maestros pelaires barceloneses, que además debían hacer frente a la creciente competencia de algunos núcleos rurales próximos como Tarrasa, Sabadell o Granollers, donde había comenzado a instalarse una floreciente industria rural, en ocasiones fuera del control de los gremios de la ciudad. Los regidores respondieron enviando un correo hasta Lyon para advertir a las autoridades francesas de que no permitiesen embarcar ningún género de ropa hacia Barcelona sin que antes hubiese transcurrido el tiempo preceptivo de la cuarentena que garantizaba su sanidad.

Massó y Moxó apelaron a su amistad con el virrey para que interviniera evitando la quema de la tartana y que, a su vez, forzara a que las autoridades municipales permitieran al menos la retirada de la embarcación de nuevo hacia las costas francesas. Tal vez albergaban la esperanza de poder desembarcar los tejidos en algún otro lugar de la costa y luego poder introducirlos en secreto en la ciudad. Lo cierto es que la intromisión de don Manrique en unas competencias que no le eran propias disgustó sobremanera a los regidores, que ordenaron que de inmediato fuera llevada a cabo la orden de quema de la nave. Escoltada hasta la desembocadura del río Llobregat, al otro lado de la montaña de Montjuic, la tripulación fue obligada a arrojarse desnuda al mar —el agua salada ya actuaría de desinfectante—, así como las balas de ropas que traían en el cargamento. A continuación se procedió a prender fuego a la tartana que poco después se hundió en las azules aguas mediterráneas.

Tripulantes y ropas fueron llevados poco después hasta una empalizada que rodeaba una de las antiguas torres de defensa construidas por toda la costa en aquellos años, también contra otra de las pestes de aquel siglo: las incursiones de los piratas berberiscos que, desde sus bases argelinas o desde las de sus aliados franceses en el norte, aterrorizaban toda la costa del Levante español. La ciudad había comenzado a utilizar aquel lugar por su ubicación, a Poniente y por tanto a resguardo de los vientos que soplaban en dirección a ella, como uno de los lugares habituales para el aireamiento de los géneros y la correspondiente cuarentena de los marineros que se consideraba que podían provenir de lugares sospechosos de padecer infección.

Las semanas siguientes transcurrieron marcadas por la presentación de diversos memoriales de protesta por parte de los dos mercaderes ante el Consejo de Ciento para que se les permitiera recuperar la carga y aligerar el tiempo de cuarentena impuesto que dañaba su negocio. Cansados de esperar, a finales de enero de 1587, el virrey envió a petición de aquéllos a algunos de sus oficiales hasta la torre con el fin de que se hicieran con las ropas incautadas por la ciudad. Tras un breve enfrentamiento verbal y algunos zarandeos, los oficiales reales fueron arrestados por los guardias sanitarios municipales que custodiaban el lugar y trasladados hasta la torre de San Sever, en las murallas, lugar

que la ciudad de Barcelona empleaba como cárcel sanitaria. Se les acusó ante la justicia municipal de haber cometido un grave delito contra la sanidad de la ciudad al tratar de introducir por la fuerza tejidos que estaban en cuarentena.

El episodio pareció concluir con el pago por parte de los dos comerciantes de ciento noventa libras barcelonesas por los gastos ocasionados en la recogida y purga que se había hecho de aquellas ropas, aunque en verdad toda aquella historia de pugna política entre el virrey y las autoridades barcelonesas en materia de jurisdicción sanitaria concluyó sólo años más tarde ante el tribunal de la Real Audiencia del Principado, órgano al que competía dirimir en los conflictos de jurisdicción entre los representantes del rey y las instituciones catalanas. El proceso judicial fue resuelto finalmente en 1595 a favor de los regidores de la ciudad, pues éstos habían recibido, en las Cortes celebradas en 1510 en la villa aragonesa de Monzón, un privilegio del rey Fernando el Católico por el que se les otorgaba plenas competencias en materia de ordenación y vigilancia sanitaria sin que ningún oficial real pudiera intervenir en dicha materia. Los regidores barceloneses, ateniéndose a aquel privilegio, sólo habían actuado en beneficio del *bien común* de sus ciudadanos.¹

La defensa del cuerpo social

A finales del siglo XIV, Francesc Eiximenis, un franciscano gerundense afincado en Valencia, incluía en las páginas del *Dotzè de Lo Cristià o Regiment de Prínceps i Comunitats* su famoso tratado sobre el *Regiment de la Cosa Pública* (1384). Antes de que llegara a la imprenta en 1484 favorecido por los jurados de Valencia, este escrito conoció una gran difusión manuscrita y fue una lectura corriente entre los gobernantes de muchas ciudades españolas de la época.²

Para Eiximenis la cosa pública se fundamentaba en la supeditación del individuo y de la ley al *bien común*, de tal forma que la ciudad o el estado debían satisfacer las necesidades físicas (alimentos para la población a un justo precio) y sociales (orden y justicia) de sus ciudadanos para asegurar la disciplina y obediencia de éstos. Un aspecto fundamental de la legitimación del poder político en el Antiguo Régimen se basaba pues en este sistema de expectativas recíprocas entre los grupos dirigentes y el pueblo.³

El problema del *bien común* —es decir, la responsabilidad de toda sociedad organizada de proporcionar a cada uno de sus miembros lo necesario para su bienestar y felicidad como ciudadanos—, fue ya planteado por Aristóteles en su *Ethica ad Nichomacum*. La cuestión fue retomada y desarrollada por los intelectuales europeos, entre ellos Tomás de Aquino, cuando los escritos aristotélicos fueron conocidos en la Europa medieval. Santo Tomás afirmaba que toda sociedad humana tenía dos órdenes de fines que de

ningún modo eran incompatibles entre sí: sus fines propios o «fines naturales» y sus fines espirituales. Siempre había de buscarse una relación adecuada entre el bien común y el bien supremo, de tal modo que nunca se sacrificara uno de los dos al otro.

Así fue como a lo largo del siglo XIII el bien común emergió en toda Europa como un valor social de importancia creciente entre los fines que la filosofía natural basada en la razón consideraba propios de la acción política. Además tuvieron otra implicación añadida y no de menor importancia: la del sentido ético de servicio a la «res publica» por parte de aquellos que vivían para el gobierno de las ciudades o de los estados. La salud se convirtió así en un valor público: el bien común tanto de prevenir a los ciudadanos de la pestilencia como de curarla constituyó también, a partir de entonces, uno de los principales propósitos de los gobernantes.⁴

Sin duda, la sanidad pública no nació de pronto sin más en el siglo XIV. Durante el siglo XIII aparecieron los primeros *Regimine sanitatis*, género médico en el que se insistía en algunos valores relacionados con la salud individual y colectiva de las personas, y que dieron paso a que en el siglo siguiente surgiera una creciente preocupación por el entorno físico en toda el área del Mediterráneo occidental. De hecho, como ya hemos anotado en el capítulo precedente, a partir de 1300 se multiplicaron en diferentes ciudades las noticias que relacionaban un aire adecuado y limpio con la conservación de la salud colectiva y, al contrario, un aire maloliente —y por ello putrefacto— con la aparición de enfermedades, lo que llevó a que se dictaran las primeras disposiciones en materia de salubridad urbana. Tal fue el caso de los *Statuti Sanitatis* florentinos de 1321 y 1324, en los que es posible constatar tanto la preocupación del gobierno municipal de la ciudad italiana por velar por la abundancia y calidad de los avituallamientos como la realización de una mejora en lo posible de las precarias condiciones de vida en que se desarrollaba la vida cotidiana de los florentinos.

En Cataluña o en Valencia esta idea aparece de forma reiterada en la documentación no médica desde, al menos, el primer tercio del siglo XIV. Así, en 1330 el veguer de Barcelona —funcionario real al servicio de las autoridades municipales— intervino a causa de las quejas de los vecinos por el mal olor (*fetores*) procedente de las aperturas no controladas de las alcantarillas, cloacas y letrinas, que desde el barrio judío (*call*) abocaban al aire libre a través de un orificio abierto en la muralla vieja. Como consecuencia de estos malos olores se producía una *infectio* «que podía causar enfermedades no solo entre el vecindario, sino también en otras partes de la ciudad». El veguer ordenó que se cerrara el orificio por el perjuicio que ocasionaba a la salud pública (*publicam valitudinem*).⁵

Las primeras medidas sanitarias nacieron, por tanto, de la convergencia de diversos factores que se dieron cita por aquella época: por un lado, un aumento de la población que hizo ver los inconvenientes cada vez mayores de la densificación urbana; por otro, un crecimiento económico que favoreció el aumento del intercambio mercantil a larga distancia y los riesgos sanitarios que podía acarrear, y, finalmente, como hecho fundamental, la aparición de los primeros gobiernos municipales integrados por cuerpos cada vez más numerosos de burócratas expertos en leyes y finanzas, cuyo poder político se acrecentaba dentro de un mundo que seguía siendo fundamentalmente feudal merced a los privilegios obtenidos —a veces por gracia, en otras por compra— de sus respectivos monarcas.

Sobre ese contexto, la aparición de los primeros contagios de peste constituyó, sin duda, el revulsivo para que aquellas primitivas medidas sanitarias maduraran gradualmente. Pero fue necesaria la experiencia repetida de varias epidemias para que se crearan verdaderos programas de sanidad pública e instituciones de gobierno específicas dedicadas a ponerlos en práctica. Al parecer, en ellas desempeñó un papel también decisivo la toma de conciencia sobre otros factores sociales, además de la enfermedad, que se fueron produciendo en los tiempos finales de la Edad Media, tales como una actitud cambiante hacia el mundo de los pobres, los desviados sociales y los forasteros. La sanidad pública fue, en consecuencia, una conquista urbana y un elemento más de la civilización renacentista surgida en el Mediterráneo occidental. No podía ser de otro modo. Sicilia, Cerdeña, Córcega, España y las ciudades-estado del norte de Italia fueron las primeras afectadas por la llegada reiterada de la peste a Europa. Todos los indicios históricos apuntan a que en el cuadrilátero formado por Venecia, Milán, Génova y Florencia emergieron las primeras experiencias sanitarias que luego serían copiadas por el resto de las ciudades europeas.⁶

En efecto, estas urbes transalpinas fueron las primeras que nombraron funcionarios para que se encargaran de la situación. Se les concedieron amplios poderes para afrontar las emergencias epidémicas, que incluían a veces una forma de jurisdicción penal para castigar a quienes se negaban a cumplir las normas. Así, ya durante el primer contagio de 1348, el Consejo Mayor de Venecia eligió a tres de sus miembros (todos, por definición, nobles o patricios) para que «consideraran con diligencia todos los medios posibles de proteger la salud pública y evitar la corrupción del medio ambiente».⁷ Además, se inició la experiencia de determinadas prácticas. En 1374, Bernabé Visconti, duque de Milán, ordenaba trasladar fuera de la ciudad a los apestados y aislar durante catorce días a aquellos que los hubieran atendido o fuesen sospechosos de padecer la enfermedad. Por las mismas fechas, la República de Venecia prohibía el acceso a su interior de personas y mercancías infectas o sospechosas de estarlo, mientras que la de Ragusa (Dubrovnik), en la ribera oriental del Adriático,

dictaba en 1377 un *Proveddimento* de salud en treinta y cinco capítulos, donde quedarían recogidas las primeras disposiciones sobre cuarentenas, llamadas así porque establecían un período equivalente de días para realizar la purga de las mercancías y de las personas sospechosas de provenir de lugares contagiados antes de concedérseles permiso definitivo de entrada, inspirándose en el famoso episodio bíblico en el que Jesús había permanecido en el desierto durante cuarenta días soportando las tentaciones del demonio.

Todavía en aquellas tempranas fechas todas estas primitivas medidas resultaban temporales. Los cargos tendían a desaparecer cuando el contagio remitía y, con ellos, los del resto de oficiales creados para ejecutar las medidas sanitarias tomadas (guardias sanitarios, cirujanos, enfermeros, camilleros y sepultureros contratados, entre otros). Solamente pasado un largo espacio de tiempo —ya en la segunda mitad del si-glo xv— se llegaron a constituir las primeras juntas o magistraturas sanitarias permanentes que adquirieron poderes más amplios e iniciaron la elaboración de planes a largo plazo para prevenir nuevas epidemias de peste (o de otras enfermedades), en vez de limitarse a actuar cuando se presentaba una amenaza.

Las primeras juntas sanitarias estaban formadas principalmente por ciudadanos laicos: bien patricios que ya eran miembros del gobierno o bien burócratas urbanos a quienes empleaba la ciudad. A partir de 1486, Venecia eligió anualmente en su Senado a tres nobles con el título de *Provveditori* de Sanidad, cuyo nombramiento no podían rehusar. Algo similar ocurrió en Génova desde 1480. La historia es muy parecida en Florencia, aunque la ciudad del Arno avanzó más despacio. Las juntas sanitarias florentinas tuvieron una vida breve, y no fue hasta 1527 cuando se nombró a cinco oficiales de manera permanente para que se encargaran de los asuntos de la sanidad pública. Los florentinos organizaron entonces juntas locales como las venecianas en las ciudades de Pisa, Pistoia y Liorna, que estaban bajo su jurisdicción. Pero ni Venecia ni Florencia podían reclamar el lugar de honor. Parece que Milán creó una junta sanitaria permanente a principios del siglo xv, bajo el gobierno de los poderosos y competentes duques de Sforza. Se admite pues, en general, que las ciudades italianas del norte figuraron a la vanguardia de la sanidad pública, pero pronto les siguieron otras. En la misma Italia, los regidores napolitanos firmaron en 1531 la carta de nombramiento de dos oficiales dedicados de por vida al cuidado de los asuntos epidémicos.⁸ En Francia se dictaron ordenanzas sobre la peste en el siglo xvi en Troyes (1517), Reims (1522) y París (1531). La sanidad pública se inició en Inglaterra con las «órdenes sobre la peste» de 1543.

En la península Ibérica, los estrechos contactos comerciales entre los territorios de la Corona de Aragón y las ciudades italianas permitieron una temprana difusión de estas

prácticas e instituciones por todo el Levante español. Pronto se las conoció como las *Juntas del Morbo*, latinismo habitualmente empleado en la baja Edad Media para aludir a las enfermedades infecciosas. Una *morbería* o junta de sanidad, formada por un noble, un ciuda-dano y un comerciante, funcionaba en 1471 en Palma de Mallorca. Cuatro años después, en 1475, estaba integrada por un médico morbero y siete personas del municipio que a la par iniciaron las primeras redacciones de los llamados *Capítols del Morbo*, primer código legislativo en materia sanitaria del que tenemos constancia en nuestro país.⁹ También en la segunda mitad del siglo xv, en ciudades como Barcelona o Valencia, se hizo más re-gular la redacción de este tipo de ordenanzas sanitarias que guiaban las acciones higiéni-cas, tanto preventivas como profilácticas, ante los contagios de aquellos años y que se encuentran dispersas en los libros de deliberaciones de sus respectivos consistorios. La cronología es muy similar en otras ciudades. En Gerona, en 1441, los jurados ya prohibían que se acogieran en la ciudad o en los suburbios personas que procedieran de lugares infectados. En 1476, añadirían la orden de que los enfermos pudieran ser sacados de sus domicilios y llevados fuera de la ciudad hasta edificios empleados como lazaretos. En 1476 se realizaron los primeros cordones de sanidad y en 1482 se dispuso ya que hubiera guardias sanitarios.¹⁰

En España, la mayoría de las primeras juntas sanitarias constituidas para la lucha contra las epidemias tuvieron un carácter meramente temporal y local, si exceptuamos casos concretos como el de la ciudad de Barcelona, donde hay constancia documental de que desde 1562 —hubiera o no contagio— se elegía anualmente una comisión de ocho miembros entre los regidores del municipio (la llamada *Vuitena del Morbo*). En dicha comisión participaban algunos médicos —considerados ciudadanos de privilegio— que contribuían sin duda con sus conocimientos académicos a la política sanitaria. Las prerrogativas de la junta eran realmente muy amplias, tal y como destacaría el notario y escribiente del Consejo de Ciento, Esteve Gilabert Brunequer en 1630:

Los Consejeros de Barcelona tienen la guardia y custodia de la ciudad, y ejercen jurisdicción sobre cualquier persona, ropas y cosas en tiempos de morbo, o que hay avisos o sospechas de mal contagioso. Y hacen bandos a pena de la vida, y plantan y erigen horcas delante de los portales de la ciudad y capturan, inquieren y conocen de dichas cosas y proceden jurisdiccionalmente sin limitación alguna.¹¹

En muchas localidades del resto del país este tipo de juntas sanitarias no co-menzó a tener un carácter permanente por lo menos hasta mediados del siglo xviii. Los padecimientos de la peste del norte de África, en 1743, fueron los que mar-caron la decisión de constituir una junta per-manente en el puerto de Cádiz, trasladando la experiencia mediterránea.¹² Cádiz se había convertido unos años antes en el puerto de entrada del comercio indiano, desplazando definitivamente a Sevilla. El paso ha-cia formas más estables en el terreno institucional dependió del juego interno de los intereses locales y del grado de su independencia jurisdiccional frente a la Corona. En

Barcelona, fue el clima político vi-vido tras la finalización de la guerra civil cata-lana — conflicto que enfrentó al monarca aragonés Joan II con la *Generalitat* (1462-1472)— el que favoreció durante el rei-nado siguiente de su hijo Fernando una política de concesiones reales a las autoridades de la ciudad, entre las que se encontraban el reconocimiento pleno de la jurisdicción sanitaria. El privilegio otor-gado en las Cortes de Monzón, el 17 de julio de 1510, facultó a los *consellers* de Barcelona a crear su propio cuerpo burocrático en materia de prevención y lucha contra la pes-te, desligado de cualquier intervención real en esta materia. Esta autonomía fue el resultado de esa facultad pero también el hecho de que el peso financiero de la prevención y la lucha contra los contagios radicara en las autoridades municipales y no en el rey.

La situación de la capital del Principado re-sulta atípica respecto a otros lugares de la Pe-nínsula, donde la formación de este tipo de juntas sanitarias, todavía poco estudiado, apa-rece más unida a la autoridad real o señorial. En Lérida, desde finales del siglo xv, la *Prohomeria de Sanitat* estuvo formada por dos jurados del municipio y el veguer como repre-sentante real. En Valencia, su justicia crimi-nal —oficial real aunque con un carácter mixto similar al veguer en Cataluña que le hacía de-pender de las autoridades municipales— era el encargado de ejecutar las medidas sanitarias dictadas por una Junta del Morbo contra las epidemias desde el momento en que éstas se declaraban.¹³ En las ciudades castellanas las juntas locales estuvieron formadas por representantes de diversos sec-tores municipales al frente de las cuales figu-raba el corregidor real, pudiendo ser coordi-nadas o asesoradas por algunos especialistas de la medicina, tal y como testimonia el caso de Valladolid durante el contagio de 1599.¹⁴ Algo similar ocurría en Sevilla¹⁵, mientras que en Madrid —sede de la Corte— la Junta de Sanidad lle-gó a estar formada por el presidente del Con-sejo de Castilla y varios consejeros, el corre-gidor y algunos regidores municipales.¹⁶ En las tierras de jurisdicción señorial, la situa-ción fue muy dispar pero por regla general los señores no renunciaron a su control. En la villa de Ca-bra, en Córdoba, durante la epidemia andalu-za de 1648 a 1651, fue el propio señor de la localidad el que designó a los miembros que la compo-nían e hizo valer esta dependencia política en su provecho: coaccionan-do al ca-bildo, logró que éste tomara préstamos para sufragar el coste de pago de médicos, asistentes y medicinas que él mismo se encargaba de otorgarle. Esto permitía acrecentar el control señorial sobre un cabildo endeudado que más tarde podía favorecer la privatización de sus bienes comunales en su beneficio.¹⁷

Si bien la organización sanitaria continuó descansando en el marco municipal, el reina-do de Felipe II significó un cierto giro en el papel de-sempeñado por la Corona frente a la peste. Las relaciones escritas que llegaron hasta el monarca a través de sus diferentes consejos (Estado, Aragón...), así como los despachos enviados a través de aquéllos a sus virreyes y gobernadores durante este período, testimo-nian una decidida

voluntad por parte del po-der real de mantenerse mejor informado so-bre la evolución de la enfermedad y dispensar algunos consejos prácticos de ac-tuación. Un ejemplo de ello es que, durante el brote de peste de 1597--1602, Felipe II ordenó a Luis Mercado, su médico, que escribiera un tratado sobre la epidemia. La obra se publicó primero en la-tín, en 1598, y un año después, a petición ya de Felipe III, en castellano, «para que en todas las provincias, ciudades, villas y lugares dellos se entienda, y sepa con certidumbre, qué enfer-medad es, y qué orden se debe tener en la guar-da y providencia de los lugares sanos, y cómo se atajará en los que ya están tocados; y lo que cada uno deve hazer en guarda y defensa de su salud, y cómo y con qué remedios se curarán los que ya estuvieren heridos».¹⁸

Además, la Corona también prestó apoyo fi-nanciero a algunas ciudades contagiadas. Sevilla (en 1582) o Santander (en 1597) parece que recibie-ron alguna ayuda en el pago de ciertos gastos generados por la epidemia. Murcia, durante el contagio de 1677-1678, recibió la aportación real de cuatro mil ducados para sostener su hospi-tal. Asimismo, con el fin de ayudar al común de su población manteniendo los precios de las subsistencias básicas en un precio moderado, el Consejo de Hacienda decretaría el 31 de julio de 1677 la exención del pago de los derechos de la alcabala por la entrada de carne, vino, aceite, vinagre y sebo en la ciudad.¹⁹ En otras villas, la ayuda se tradujo en un préstamo con-cedido directamente por la propia Monarquía, como en el caso de Málaga en 1637, que acrecentó aún más el pro-ceso de endeudamiento de su cabildo.²⁰

En el mundo colonial, el interés de la Corona española en la lucha contra las epidemias también surgió tempranamente. Tras la epidemia de *influenza* de Santo Domingo en 1493, a la que siguió posiblemente el contagio de sarampión de 1502 y poco después el del tifus, la Corona indicó a Diego Colón en 1509 la necesidad de aprovisionar los hospitales de la isla y en 1511 ordenó que cada pueblo asignara 100 indígenas para su construcción. Posteriormente las doctrinas miasmáticas guiaron los decretos reales para su erección. En 1573, Felipe II recomendó que los hospitales de enfermedades contagiosas «... se pongan en parte que ningún viento dañoso pasando por ellos vaya a herir en la demás población, y será mejor si se edificasen en sitios y lugares levantados».

Hubo hospitales para enfermedades contagiosas en la América española desde bien temprano. En 1523 en la ciudad de México, Cortés fundó uno para leprosos en La Tlaxpana, entonces en las afueras de la ciudad, aunque fue empleado para el tratamiento de sifilíticos. Poco después, fray Juan de Zumárraga, luego arzobispo de México, fundó en 1539 el Hospital del Amor de Dios o de las bubas. En total, el número de las fundaciones hospitalarias de España en América y Filipinas durante los años de su dominación en Ultramar fue extraordinario, pues se han censado 1.196 fundaciones en el período colonial, algunas de las cuales todavía permanecen en servicio.²¹ En

ausencia del poder real, como en la Península, fueron los cabildos, representantes del poder local, los que tomaron las decisiones sanitarias hasta que el rey Felipe II nombró como primer protomédico de las Indias a Francisco Hernández, el 11 de enero de 1570. Al consolidarse la estructura administrativa del poder real, la lucha contra las epidemias estuvo coordinada por el virrey, especialmente durante el siglo XVIII.

Este marco local de toma de decisiones y de actuación no conoció modificaciones importantes hasta el siglo XVIII, salvo contadas excepciones, movidas más por el afán de aislar del contagio al mundo de la corte madrileña que por un verdadero interés en centralizar la política sanitaria por parte de los monarcas de la casa de Austria. Este fue el caso de la reacción ante los contagios de Sevilla y Valencia, en 1647-1649. Hacia el verano de 1649, la Corona había situado guardas a lo largo de Sierra Morena para aislar Andalucía y evitar su progresión hacia Madrid. No obstante, en el interior de las ciudades infectadas la carga de la administración se dejaría, por supuesto, en manos de las autoridades locales.

Nada todavía parecido a una coordinación informativa a escala nacional hasta inicios de la siguiente centuria. Fue entonces cuando la nueva dinastía de los Borbones, siguiendo el modelo instaurado en el vecino país de los *boureaux de sante* establecidos en tiempos de Luis XIV, introdujo un tímido intento de centralización sanitaria, que resultó en parte de la supresión del antiguo sistema foral en los territorios de la Corona de Aragón por la aplicación de los diversos decretos de la Nueva Planta. A instancias del Gobernador del Consejo de Castilla, Luis de Maraval, y ante la amenaza de la propagación del contagio desde la ciudad de Marsella, Felipe V acordó el 18 de septiembre de 1720 la constitución de un «tribunal privativo de la peste», con el título de Suprema Junta de Sanidad. Se trataba de una comisión dentro del mencionado Consejo de Castilla (todos sus miembros pertenecían al Consejo), hasta el punto que no tenían una asignación presupuestaria específica para gastos sanitarios, ni sus componentes recibían gajes ni salario alguno por ello.

La Junta Suprema complementaba el sistema habitual de las juntas locales o provinciales, las cuales se vieron obligadas a adaptarse a su vez a los nuevos cambios que se operaron en los gobiernos municipales y provinciales, pero sin variar sus cometidos habituales. Así, las primeras continuaron estando formadas por los regidores de cada lugar, que recibían ahora las órdenes desde las juntas provinciales o desde la Junta Suprema. En el caso de las provinciales, éstas fijaban su residencia en las capitales de las capitanías generales y, como ocurría en Cataluña, estaban integradas por seis miembros de la Real Audiencia. En la constitución de estas nuevas juntas destaca la ausencia de médicos entre sus integrantes. Cuando la Junta creyó necesario o pertinente recurrir al asesoramiento profesional no dudó en dirigirse a los miembros del

Protomedicato, e incluso, ya en tiempos de Carlos III se generalizó la figura del Inspector de epidemias —como veíamos en el caso del médico catalán Josep Masdevall en relación con las epidemias de tercianas de la década de 1780—, generalmente un médico de prestigio del propio Protomedicato dotado de plenos poderes organizativos.

A partir de entonces, la Junta Suprema fue la instancia donde se centralizaba toda la información concerniente a los contagios y de la que partían las normas a seguir por las diferentes juntas provinciales y locales en lo referente a las prevenciones, de manera ya coordinada. Le competían la imposición y levantamiento de los cordones sanitarios, ya sea en las regiones fronterizas o en el interior del propio país con el concurso de las tropas del ejército, o podía también definir el origen sospechoso de personas y mercaderías que debían vigilarse en los puertos de mar, lo que sin duda convertía su ejercicio de política sanitaria, por otra parte, en un fabuloso instrumento de intervención indirecta en la política comercial española con los países vecinos.

Desde su constitución, en septiembre de 1720, hasta su definitiva desaparición, por Decreto de 17 de marzo de 1847, la Junta Suprema sanitaria mantuvo su vigencia, salvo en dos intervalos, entre agosto de 1742 y julio de 1743 y entre marzo de 1805 y agosto de 1809. Durante el período del Trienio liberal se intentó su sustitución en el famoso proyecto de Código sanitario de 1822. En él participó el médico liberal Mateo Seoane, quien pretendía una tecnificación de sus funciones mediante la creación de una Dirección General de Sanidad en la que se preveía la dotación de cinco plazas para médicos de los cuales dos, al menos, deberían ser de reconocido prestigio en materia de enfermedades epidémicas.

Esta solución final no se produjo, sin embargo, hasta el Real Decreto Orgánico de 1847, que suprimió definitivamente la Junta Suprema de Sanidad y toda la organización provincial y local dependiente de la misma. Nacía a partir de entonces el primer esquema de la organización sanitaria en la España contemporánea. Las funciones ejecutivas las confiaba a una Dirección General de Sanidad, situada en el Ministerio de la Gobernación, dirigido por aquel entonces por Manuel Seijas Lozano y, por tanto, muy relacionada con la temática de control social que tanto obsesionaba a los gobiernos liberales-burgueses decimonónicos. El propio Seijas diría en el preámbulo del real decreto que:

[...] si hay alguna parte de la Administración pública que merezca por su importancia llamar de un modo más constante y especial la atención del Gobierno, lo es sin duda el servicio de sanidad, pues de su bueno o mal desempeño pueden resultar grandes beneficios o numerosos e irremediables males.

Para las tareas consultivas se creaba un Consejo de Sanidad compuesto por trece vocales numerarios, de los cuales dos eran representantes del gobierno, cinco se

adjudicaban a «las carreras de guerra, marina, hacienda, diplomacia y magistratura» y los seis restantes se nombraban «entre personas que se hayan distinguido por sus conocimientos entre las ciencias médicas, naturales o químicas». Entre éstos se encontraba el propio Seoane, inspirador de toda aquella política de reformas. Las atribuciones del Consejo se extendían a las cuatro áreas previstas del sistema sanitario. La primera comprendía «la organización y servicio de la policía sanitaria exterior, y en especial de la marítima»; la segunda, «el establecimiento de un sistema ordenado de policía sanitaria interior»; la tercera, «todo lo relativo al ejercicio de los diversos ramos de la ciencia de curar», y la cuarta, «la elaboración y venta de las sus-tancias venenosas y medicamentos». Las juntas de partido tendrían que dar parte quincenal del estado de la salud pública en su jurisdicción. Al año siguiente (1848) se crearían agentes de la administración en las provincias con el título de subdelegados de sanidad. Sus funciones principales serían las de llevar los registros nominales de los médicos que ejercieran en sus distritos, controlar el intrusismo, dar parte de las enfermedades epidémicas y fomentar las campañas de vacunación. Durante el «bienio progresista» (1854-1856), la organización sanitaria española creada por el decreto de 1847 fue consolidada y desarrollada por la Ley Orgánica de Sanidad que decretaron las Cortes Constituyentes y que Isabel II sancionó el 28 de noviembre de 1855.

Algunas medidas posteriores, como la Creación de un Instituto Nacional de la Vacuna en 1871, la creación del Boletín Estadístico de Sanidad en 1884 y la creación de inspectores provinciales de sanidad en 1892, terminarían de perfilar el esquema institucional de la sanidad pública liberal, que daría origen a una nueva actualización de la normativa con la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. El decreto disponía que los servicios de Sanidad e Higiene continuarían dependiendo del Ministerio de la Gobernación con las delegaciones necesarias en los gobernadores civiles, alcaldes, funcionarios, juntas y corporaciones especiales vigentes, pero desaparecería la Dirección General de Sanidad y sería sustituida por dos Inspecciones Generales: la de Sanidad Exterior y la de Sanidad Interior. El Real Consejo de Sanidad, como órgano consultivo, fue enormemente incrementado hasta un total de 47 miembros, repartidos entre diferentes secciones que respondían al cambio que se había producido en los cincuenta años finales del siglo XIX, con el paso de la era prebacteriológica a la bacteriológica. Así, entre aquellas secciones destacaban la de Sanidad exterior de puertos y fronteras, epidemias y epizootias, estadística, vacunación e inoculación preventivas, cementerios e inhumaciones, aguas minerales, personal y profesiones sanitarias, legislación, contabilidad e higiene provincial y municipal. Con esta norma se pasaba además de la llamada Sanidad defensiva —basada en las cuarentenas, lazaretos y cordones sanitarios— a la Sanidad ofensiva o policía sanitaria, que confiaba en las inspecciones y en las sanciones. Sobre esta base se desarrollaría el sistema sanitario español durante el siglo XX.²²

El fuego

Al describir el protomédico italiano Giovanni Filippo Ingrassia el contagio de la ciudad de Palermo en 1575-76 —por aquel entonces la isla de Sicilia era posesión de la Monarquía hispánica—, decía que la erradicación de la peste por parte del poder civil se regulaba siempre sobre tres principios activos: el fuego, el oro y la horca. El fuego servía para la desinfección y la combustión de las sustancias infectas a través de la fumigación de sustancias aromáticas; el oro, para pagar los servicios arriesgados y garantizar la subsistencia en pan y alimentos; finalmente, la horca, para castigar cualquier transgresión de la norma sanitaria.²³

La lucha contra la peste fue, antes que médica, una lucha política basada en un conjunto de medidas administrativas, reactivas y defensivas, muchas de las cuales han perdurado con pocas modificaciones hasta nuestros días. La actuación de estos organismos públicos incluía un gran abanico de acciones sanitarias desplegadas en dos fases diferenciadas. En la primera, la acción preventiva se encaminaba a evitar la recepción del mal. Como hemos visto en el capítulo anterior, el pensamiento científico consideraba a la peste no sólo como una enfermedad contagiosa difundida de lugar en lugar, sino también como una realidad potencialmente resultante de las malas condiciones higiénicas del interior de las ciudades que podían corromper su atmósfera. Este hecho marcó una creciente sensibilidad de las administraciones hacia la calidad de la existencia, lo que produjo una abundante legislación sobre el consumo público de alimentos, la limpieza de calles y plazas o la vigilancia estricta de oficios que, como matarifes, curtidores o tintoreros, podían incrementar la suciedad urbana.

El segundo objetivo era evitar que la peste llegara desde regiones previamente contagiadas. Junto a los testimonios ocasionales de viajeros o marineros, la cooperación cada vez mayor en el intercambio regular de información epistolar sanitaria entre las diversas magistraturas de sanidad, que fueron surgiendo desde el Renacimiento en el Mediterráneo occidental, resultó decisiva. Pero también es cierto que en la mayoría de las ocasiones los rumores trataban de ser negados por las propias poblaciones afectadas, achacando a la mala fe de sus vecinos la difusión de aquellas nuevas. Por ello, los gobiernos urbanos trataban de cerciorarse por ellos mismos de las sospechas cuando se trataba de lugares próximos. Con este fin, enviaban observadores, en su mayoría médicos a sueldo de los propios municipios que, de manera secreta o no, acudían para verificar la realidad sanitaria sobre el terreno.

Aunque estas comisiones estuvieron por lo general muy bien recompensadas económicamente para afrontar los riesgos personales que suponía el viaje hasta los lugares infectos, no fue infrecuente que quienes las componían defraudaran la

confianza depositada en ellos. Muchos no llegaban a los lugares designados y se contentaban con recoger la información por los alrededores, circunstancia que era motivo habitual de censura por los miembros de las juntas sanitarias, que a cada misión les recordaban a los facultativos la obligación que tenían de «tocar» la enfermedad para informar verazmente sobre ella.

Sin embargo, más escandaloso resultaba el falseamiento deliberado de los informes de las comisiones bajo sobornos de los pueblos o las villas que visitaban, temerosas estas últimas de que los dictámenes médicos supusieran el levantamiento inmediato de cordones sanitarios que las incomunicarían con el exterior. Jeroni del Real, uno de los miembros distinguidos de la oligarquía gerundense de mediados del siglo XVII, relataba en una crónica personal sobre el contagio que padeció la ciudad de Gerona en el año 1650 cómo los doctores enviados por la ciudad de Barcelona, Dimas Vileta y Luis Mora, aceptaron declarar que la ciudad no padecía en realidad peste, sino una especie de fiebres malignas pegadizas, para que no se le cerrase la comunicación. Durante los ocho días que permanecieron en aquella ciudad, los dos facultativos barceloneses vivieron regaladamente. Además del gasto del hostel, por un importe de cien libras, percibieron como honorarios sesenta doblas de oro (498 libras netas) es decir, el equivalente a 622 jornales —la retribución de dos años— de un maestro albañil de la ciudad.²⁴ El artesano Miquel Parets, que describió poco después el inicio del contagio en la capital catalana a donde llegó desde Gerona, denunciaba que se había debido a la mala actuación de aquellos dos facultativos en el momento de realizar su declaración «bien porque corría con duda, o *que corriesen algunas dádivas*».²⁵

Finalmente, las ciudades montaban una estrecha vigilancia sobre sus accesos. Ya desde finales del siglo XV se hizo habitual que en los caminos y en las puertas de las ciudades amuralladas se pusieran vigilantes sanitarios que exigían a los transeúntes certificados sobre la salubridad de sus lugares de origen. La minuciosidad de la información que contenían algunas de estas certificadorias llegó al extremo de exigir una descripción de sus portadores que evitara el riesgo de las suplantaciones de personalidad, tan difíciles de controlar en un mundo que desconocía todavía la fotografía. Todo fraude o falsificación en las mismas era severamente castigado. Para favorecer el control de los que pretendían entrar en las ciudades amuralladas, las autoridades ordenaban el cierre de la mayoría de los portales. Sólo dejaban abiertos los más importantes en los que se concentraban los vigilantes sanitarios. En algunas ciudades incluso se ordenó construir unos rejados de madera en sus accesos que sólo permitiesen la entrada de las personas de una en una para evitar que se pudiese burlar su vigilancia. Tan importante resultaba el control de las entradas como el de las salidas. También en los portales existían libros de registro en los que un escribiente anotaba

diariamente el nombre de los ciudadanos que por alguna necesidad debían salir del recinto amurallado, para comprobar su identidad a su regreso.

En las ciudades marítimas, las más expuestas sin duda a la llegada del contagio, se adoptaban precauciones similares a las mencionadas en el inicio del capítulo respecto a la llegada de los barcos. En las entradas de los puertos, diversas embarcaciones, siempre aproximándose a contraviento, examinaban las patentes previamente bañadas en vina-gre, en las que se hacía una relación del origen y destino de los géneros y personas transportados. Existían dos tipos de patentes: la *limpia* significaba que la salud de los puertos en los que la embarcación había hecho escala resultaba buena, por lo que se le permitía el comercio libremente en el puerto. La *sucia* comportaba todo lo contrario. La seriedad de las patentes, como en el caso de las certificatorias de los viajeros, dependía mucho de la honestidad de los cónsules comerciales y de las autoridades que las expedían. Sin embargo, no era infrecuente el fraude en estos documentos: la obtención de nuevas patentes en puertos no contaminados, disimulando el verdadero origen de las mercancías transportadas. El trasbordo en alta mar o el desembarco nocturno en las costas cercanas para introducir los géneros por tierra solían ser prácticas habituales para burlar la vigilancia sanitaria.

Si se tenían dudas razonables sobre la sanidad de la embarcación, se podía denegar su entrada en el puerto. Dado que esta medida resultaba siempre contraproducente para los intereses de los comerciantes locales, lentamente fueron apareciendo recintos especiales suficientemente apartados de las ciudades y en dirección contraria a los vientos reinantes en la zona, donde se podía airear convenientemente las mercancías y se podía recluir a los pasajeros para garantizar que no se introdujera ninguna enfermedad en la ciudad. Fue Venecia la que construyó por primera vez en 1423 un edificio permanente con tal fin en la isla de Santa María de Natzaret, nombre del que ha derivado la palabra *lazareto*. Barcelona, como veíamos, dispuso de recintos similares en el monasterio de los *Angels Vells* y en la desembocadura del río Llobregat desde 1560.²⁶ Durante el siglo XVIII, y con la centralización que supuso la Junta de Sanidad borbónica, se ordenó erigir lazaretos en cada puerto. En 1711, Cádiz habilitaría la Casería de Infante, cerca de Fadrilas, para lazareto del Cabildo de Cádiz, que recibiría justamente las primeras instrucciones sobre su funcionamiento de la Corona en 1722. Los progresos de la fiebre amarilla a lo largo del XVIII lo convertirían en un punto importante para tratar de frenar la entrada de la enfermedad en nuestro país desde el mundo americano. Más tarde se fundarían lazaretos parecidos en Algeciras (1744) e Ibiza (1762). En tiempos de Carlos III (en 1787), se ordenaría la construcción del más imponente en la isla de Menorca, el lazareto de Mahón, cuyas obras se emprenderían a partir de 1793 y no se concluirían hasta 1817.²⁷

Si a pesar de todo este dispositivo la enfermedad penetraba en las ciudades, las autoridades municipales organizaban las labores de asistencia, limpieza y aislamiento de los enfermos. Asegurar las subsistencias era la primera misión de los gobernantes, y no la más fácil. El cierre de una ciudad contagiada sometía a una dura prueba a la economía tanto de los particulares como de las arcas municipales encargadas de la compra de los cereales y harinas, sobre todo porque de inmediato el riesgo de traer los alimentos hasta ella encarecía sobremanera el precio al que se podían adquirir fuera. Por ello, pronto entre las medidas adoptadas por los consistorios se imponía el racionamiento de los pósitos —o almacenes de granos públicos— en las cantidades que diariamente serían molturadas, y se requisaban las cantidades que hubiera entre los almacenistas que por miedo al contagio hubiesen huido de las ciudades.

No obstante, la clave para que una urbe de cierta importancia pudiera subsistir durante los interminables meses en que podía prolongarse un contagio, descansaba en su capacidad para mantener un suministro regular de provisiones desde el exterior. Los médicos, además, recomendaban determinadas dietas que debían seguir los enfermos, en especial caldos confeccionados con productos avícolas, lo que hacía que la demanda de huevos y gallinas creciera durante estos períodos, aunque no era la única: el vino, la sal, el aceite, los diferentes tipos de drogas para confeccionar los medicamentos y muy especialmente el hielo para rebajar la fiebre de los enfermos, también se convirtieron en productos de primera necesidad. Por ello, algunas ciudades recurrían a curiosas invenciones para asegurar los intercambios preservando la salud de los campesinos de los alrededores que suministraban aquellos productos. Éstos, a cambio, obtenían, sin duda, una buena rentabilidad del contagio que elevaba el precio de sus ventas. Respecto a esto, Miquel Parets relataba en su dietario que en 1651 en Barcelona se dispuso en algunos puntos de los caminos que llegaban hasta la ciudad unos tornos giratorios. En un extremo, eran colocadas las provisiones que traían los campesinos para su venta; en el otro, dentro de una vasija con vinagre, las monedas con que se pagaban. Entonces se hacía girar el torno para que cada cual recibiera lo suyo.²⁸

Mientras, en el interior de la ciudad era preciso organizar el trabajo de los diferentes oficiales sanitarios. La frecuencia con la que muchos médicos ponían en práctica el famoso consejo galénico de la huida, antes de ser ellos mismos víctimas de la peste, obligaba en muchas ocasiones a contratar médicos y cirujanos de otras poblaciones a cambio de importantes salarios y promesas realizadas por los propios regidores de ofertarles, oficios futuros en la propia ciudad. Para muchos, la recompensa merecía el riesgo que contraían. Los médicos a cobro de las ciudades tenían la obligación de asistir en los domicilios particulares y en los hospitales. Esta forma de asistencia pública inauguraba una política de «medicalización» social del espacio doméstico. El personal sanitario, desde médicos a camilleros y guardias sanitarios, debían ir correctamente

identificados con unas bandas de colores, y por lo general se destinaban casas específicas para su descanso mientras durase el contagio, lo que también pretendía ser una medida para evitar que ellos mismos contribuyesen, por su contacto diario con los contagiados, a difundir el propio mal.

Asimismo se intentaba, en la medida de lo posible, que no continuara el contacto entre las personas sanas y las enfermas. Por ello, al conocerse la existencia de un enfermo en una casa se procedía al sellado de la misma. En la puerta se solía pintar un distintivo (generalmente una cruz en rojo) que advirtiera a los vecinos. En ocasiones era todo un barrio —casi siempre en el más pobre solía iniciarse el contagio— el que se cerraba para evitar el deambular de sus vecinos y contener el mal. Si el propietario era persona adinerada, se podían apostar guardias a su costa en la entrada. A través de un cestillo que se hiciera descender desde alguna ventana, se le proporcionaba alimentos diariamente. La convocatoria de rogativas religiosas implorando el perdón divino para que cesase el castigo de la peste era también una cuestión de creciente preocupación entre las autoridades, sobre todo por el gran concurso de personas que implicaba. La experiencia mostraba que tras la celebración de estos actos el número de fallecimientos crecía considerablemente. En este tema, la ambigüedad de la política seguida fue mayor. En el transcurso de un mismo contagio podían producirse situaciones de lo más diversas, pero en general el poder político de la Iglesia española fue tal que en raras ocasiones los poderes civiles lograron imponer con claridad su prohibición. Es más, con frecuencia los que lo intentaron se expusieron al peligro de verse excomulgados por los eclesiásticos o a recibir sus más furibundas críticas. En un escrito anónimo que circuló por Málaga, durante el contagio de fiebre amarilla de 1804, contra la decisión adoptada por el gobernador como presidente de la Junta de Sanidad de mandar cerrar las iglesias para evitar que la concurrencia de personas extendiese aún más la epidemia, se dice:

[...] ya no hay religión, ya somos todos herejes, ya no hay misa, ya no hay iglesias abiertas, ¿qué recurso nos queda ya? A Señor! ¿Dónde está nuestra fe, dónde está nuestra Religión? Se nos ha olvidado que hay una primera causa por quien son movidas las segundas? Que esta mano imposible, y poderosa es la que regla y dirige todas las cosas naturales? Que es a quien debemos recurrir en nuestros conflictos, y tribulaciones, por ser el todo poderoso, y la única y universal medicina?²⁹

Por otra parte, había que proceder a la limpieza y desinfección de la ciudad así como de los enseres de sus habitantes. Además de las ordenanzas para la limpieza diaria de calles y portales por los propios vecinos, fue frecuente desde la Edad Media atribuir a los animales domésticos la responsabilidad de la enfermedad. Por ello, al iniciarse los contagios solían realizarse matanzas generalizadas de perros y gatos. Sin embargo, las de otros animales domésticos, como pudieran ser los cerdos o las gallinas, por su mayor valor económico se evitaron. Para desinfectar el aire, que los médicos consideraban

principal agente de la transmisión de la enfermedad, se recurrió a diferentes sistemas. Se emplearon desde cañonazos de pólvora lanzados al aire hasta hogueras de romero y otras plantas oloríficas encendidas por diferentes lugares de las ciudades. Sólo hacia finales del XVIII se experimentarían fumigaciones con productos químicos como el cloro, como en el caso de Cádiz durante el contagio de fiebre amarilla en el año 1800.³⁰

Las primeras brigadas de perfumadores para la desinfección de casas y objetos aparecieron también con prontitud. Para los objetos considerados infectos se podían emplear dos remedios: la desinfección o simplemente su desintegración mediante el uso del fuego. Esta última despertaba gran tensión social. Una sociedad pobre, como lo era la España preindustrial, no podía permitirse el lujo de una destrucción masiva de bienes escasos por la observancia de vagos criterios sanitarios o higiénicos. Por ello, si los bienes supuestamente infectados eran nuevos o po-seían algún valor eran los que preferentemente se desinfectaban; si eran viejos o de escasa cuantía, se los destruía. Entraban en esta cuestión diferencias sociales. Los nobles o los burgueses ricos tenían más posibilidades de no ver perdidos sus bienes pasto de las llamas. Bastaba con emparedarlos en alguna habitación de sus casas antes de marcharse para evitar su cremación o su hurto, aunque algunos optaban por soluciones más seguras tales como depositar los de más valor durante su ausencia en algún monasterio de religiosas de clausura. Para los pobres, por el contrario, rezaba la rigidez de las ordenanzas sanitarias que prohibían el traslado o la reventa de ropas y muebles. Hay que tener en cuenta que para las economías más humildes, estos objetos constituían una buena parte de su patrimonio, quizás la única acumulada a lo largo de toda una vida. Y no sólo eran bienes que pretendían legar a sus herederos, sino también, y mucho más importante, eran su única garantía de alcanzar la salvación eterna por los sufragios que en beneficio de sus almas se podrían rezar con el producto de su venta una vez muertos. Por todo ello, no era de extrañar que se produjeran notables resistencias a la ejecución de las medidas que significaban la cremación de ropas y muebles, llegando incluso hasta el motín popular. En 1631, los cónsules de Perpiñán escribieron al virrey don Enrique de Cardona que no se atrevían a ejecutar tales disposiciones porque «corrían peligro de un tumulto, como en otras ocasiones ha habido, no teniendo fuerzas para evitarlo». ³¹ En tales circunstancias era preferible sacrificar la higiene a la economía y al mantenimiento del orden público. Por ello se estimaba más conveniente acudir a la desinfección de las ropas mediante su lavado, su vaporización y su aireación. Además, en el caso de los que morían en los hospitales, la reventa de aquella ropa una vez desinfectada podía servir también para aligerar la pesada carga económica que tenían que soportar los concejos.

Por último, la medida básica para asegurar la erradicación del mal en la ciudad pasaba por sacarlo fuera de ella. Como hospital de contagiados se prefirieron casi siempre los recintos religiosos que se encontraran extramuros de las ciudades, que por su estructura

arquitectónica posibilitara una organización eficaz de la asistencia y del encierro de la enfermedad, alejándola de la urbe. Las autoridades solían dictar reglamentos rígidos sobre su funcionamiento interno, que en ocasiones recuerda la disciplina en el interior de los monasterios. Si el lazareto o morbería debía parecerse en sus reglas y en su funcionamiento a un monasterio, todo monasterio podía ser convertido en un sanatorio. Al fin y al cabo, ¿la enfermedad no era un castigo divino a los males del alma? Como no podía ser de otro modo, los pecadores que acababan con sus huesos en estos recintos pertenecían casi totalmente a las capas más pobres de aquella sociedad.

Sería demasiado fácil condenar los esfuerzos de nuestros antepasados desde la perspectiva de nuestro siglo XXI. Claro es que en la época se desconocía la cadena ratas-pulgas-humanos de la infección y que era más probable que los contemporáneos achacaran el mal a la cólera divina, a fenómenos meteorológicos y astronómicos o a prodigios como los cometas, pero cerrar las casas mantenía a los enfermos fuera de la calle, aunque también encerraba a los sanos con ellos y con las pulgas y ratas que propagaban la enfermedad. Acabar con los perros y los gatos podría haber facilitado el aumento de la población de roedores, pero aún no se ha demostrado que las pulgas de los animales domésticos no tuvieran nada que ver con la difusión de la peste. Las autoridades sanitarias estaban en cierto modo en el buen camino con sus intentos de prohibir los desplazamientos de personas y artículos, limpiar las calles e impedir las reuniones de las gentes. Cada vez resulta más evidente que todos estos esfuerzos administrativos permitieron reducir considerablemente el tiempo de propagación de los contagios. Por supuesto, todo ello tuvo un coste.

El oro

Los contagios epidémicos, desde el Renacimiento en adelante, plantearon a la sociedad española importantes retos que exigían fuertes dosis de inversión social por parte de los gobiernos municipales a través de sus magistraturas sanitarias. Al margen de la pérdida de vidas humanas, la peste produjo un auténtico descalabro económico: terminó afectando a toda la esfera de la producción y la circulación de bienes, hasta el punto que algunos autores han llegado a subrayar la concatenación de crisis agrarias y crisis epidémicas, que afectaron más al sur que al norte de Europa, como una de las causas que marcarían su retraso económico en los siglos siguientes.³² La paralización de las actividades económicas suponía una merma importante de los ingresos fiscales que tenían la ciudades para hacer frente a los gastos de su administración, precisamente en el momento en que los costes de la política sanitaria se acrecentaban. Esta situación, en muchos casos, exigió fuertes dosis de endeudamiento de las haciendas municipales: la factura de una epidemia podía tardar años, quizás varias generaciones en ser saldada.

El estricto cumplimiento de la reglamentación sanitaria constituía, sin duda, un inconveniente para el comercio. Las cuarentenas, además de suponer la inmovilización de los capitales invertidos, implicaban un incremento del precio final de los productos transportados: los cuarenta días que duraba una cuarentena podían gravar hasta en un cincuenta por ciento el precio final del producto en el mercado. Pero si lo observamos en sentido inverso, paradójicamente, las medidas sanitarias eran un seguro para la circulación de géneros y personas. Aunque menudeaban las quejas de los mercaderes ante los costes económicos del sistema de cuarentenas, en una época permanentemente marcada por la desconfianza que despertaba la amenaza repetida de las invasiones epidémicas, la estricta aplicación de los reglamentos sanitarios favorecía por contra la reputación internacional de quienes los aplicaban y, en consecuencia, garantizaba la continuidad de dicho comercio.

Mucho más graves resultaron las consecuencias económicas que la peste causó en el mundo del trabajo urbano. La interrupción o la disminución del trabajo cotidiano por la suspensión del comercio o la huida de los ricos suponía un duro revés para los pobres de las ciudades. El paro y la miseria entre los artesanos y gentes al servicio doméstico de las casas adineradas provocaban el incremento inmediato del número de personas que franqueaban la frágil línea que separaba la modestia de la indigencia, y exigía a muchos de ellos acudir hasta los centros benéficos —hospitales, casas de acogida de pobres, monasterios— donde se dispensaba la llamada «sopa boba».

Pero no fue eso quizás lo más grave, sino la división que los contagios creaban en el seno de la sociedad entre dos cuerpos distintos y difícilmente reconciliables en función de su nivel de riqueza. Una de las consecuencias sociales y culturales de la peste desde la baja Edad Media fue la de barrer definitivamente los más elementales criterios de la doctrina cristiana de respeto hacia la imagen de los pobres. Si hasta entonces, siguiendo la propuesta que habían formulado las órdenes mendicantes en el siglo XIII, los pobres habían cumplido un papel fundamental en la salvación de los ricos mediante la limosna que recibían de ellos, la crisis bajomedieval alimentó un cambio radical de esta postura: por un lado, al distinguir entre pobres merecedores de recibir la caridad de aquellos que no lo eran; por otro, y con un carácter mucho más global, al destacar la responsabilidad biológica y moral que la pobreza tenía como origen de la peste.³³

Fueron los humanistas del siglo XV en adelante los que contribuyeron decisivamente con sus discursos jurídicos, morales o científicos a la descalificación de la pobreza como categoría social y ética. Los contagios de finales de la Edad Media y de comienzos de la Edad Moderna contribuyeron a la toma de conciencia sobre los peligros que representaba la aglomeración de los pobres en las ciudades como vectores de transmisión de los contagios. Por ello, ya a partir del siglo XV se dictaron abundantes

medidas jurídicas que trataban de prohibir el libre ejercicio de la mendicidad y de expulsar fuera de las ciudades a aquellos mendigos que fueron foráneos. Un paso más se dio al establecer una relación directa entre la pobreza y el inicio de la peste. Por un lado, humanistas como Juan Luis Vives, en su célebre tratado *De subventionem pauperum*, redactado en 1526, exacerbaban la descalificación sensorial de aquellos pordioseros que importunaban la quietud del rezo en las iglesias a todas horas con sus insolentes peticiones de limosnas: aquéllos se abrían paso a través de las más apiñadas multitudes «con sus llagas repugnantes, con su hedor nauseabundo que exhalaban sus cuerpos» y comunicaban «a los otros la virulencia de sus enfermedades, no habiendo casi ningún género de mal que no tenga su contagio».³⁴ Los médicos, que explicaban que el origen de la peste se encontraba en la corrupción del aire, unían la génesis de la peste a los ambientes más depauperados de las ciudades. La peste nacía de la promiscuidad, de la suciedad de los vestidos y de la mala alimentación de los pobres: éstos consumían por el hambre granos inmaduros o fermentados, raíces y sobrantes de pescados y carnes; en definitiva, de lo peor de todo.³⁵ El artesano Miquel Parets, al referirse a las causas del inicio del contagio de 1651 en Barcelona, decía que los primeros casos habían tenido lugar entre las personas más pobres de la ciudad —«que todo se atribuye a la miseria y a los malos alimentos»—, aunque de inmediato añadía que los causantes reales de la difusión del mal habían sido los pobres de entre aquéllos que habían cometido hurtos en las primeras casas contagiadas, llevándose ropas de vestir y objetos que infeccionaron otros hogares a los que fueron a parar.³⁶

Al coste que suponía la asistencia sanitaria (salarios de médicos, oficiales sanitarios, compra de medicamentos, etc.) se unía como uno de los capítulos de mayor importancia en los gastos económicos de toda epidemia el del sustento de los más pobres, que con facilidad podía suponer del setenta al ochenta por ciento de la factura final de la epidemia. Antes de que el Estado comenzara a hacerse cargo de los gastos de la beneficencia pública en el siglo XIX, los costes de la caridad recaían, en forma de alimentos o de ciertas cantidades de dinero, en instancias más locales. En primer lugar, correspondía a los propios concejos: con frecuencia, cuando marcaban un precio límite en la venta del pan u otros alimentos dentro de una ciudad contagiada, la diferencia real con el precio del mercado al que habían sido adquiridos fuera de la ciudad era sufragada por la propia hacienda municipal. La Iglesia también asumía un papel destacado en el socorro de los pobres. Existen numerosos testimonios que mencionan el gasto en forma de limosna dada por los prelados de las diócesis en cada contagio. Por último, y antes de su supresión en el siglo XIX, hermandades y gremios, con las aportaciones que sus miembros entregaban puntualmente a sus cajas de asistencia mutua, disponían de algunos ahorros que también fueron un soporte puntual en la supervivencia de numerosas familias de artesanos que veían cómo sus escasos ahorros

menguaban de manera acelerada tras las primeras semanas, quizá días, de declararse un contagio.

La contribución de la Corona a la financiación del coste de las epidemias, al menos antes del siglo XIX, en todo caso era más indirecta. Las abundantes peticiones que recibía de las ciudades contagiadas para que se difiriera el cobro de los derechos reales o se llegara a su condonación total en algunas ocasiones daban resultados. Más arriba mencionábamos el caso de Murcia en 1677, pero no era el único. Perpiñán sólo pudo hacer frente a 3.000 de los 12.000 reales prometidos a Felipe IV en las Cortes de 1632. Reus, en cambio, solicitó una concordia en 1665, catorce años después del contagio de 1651, por la imposibilidad de poder hacer frente a los pagos. La peste en aquel año, además de reducir de 1.000 a 500 personas sus habitantes, había supuesto unos gastos de 10.016 libras que se añadían a los del alojamiento de las tropas durante la Guerra de Separación catalana de 1640, razón por la que los regidores de la villa tarraconense decían que su deuda se elevaba a más de 110.000 libras, lo cual suponía el pago de más de 5.429 libras anuales de intereses.³⁷ Aunque el coste de esta asistencia podía ser desproporcionado y poner en una situación delicada las finanzas municipales, éste era el precio inevitable por mantener la cohesión y el orden social.

Pero, al margen de la ayuda caritativa, que no hacía más que continuar con una relación habitual entre ricos y pobres, la peste abrió una mirada más despiadada de los primeros sobre los segundos. A pesar de que los pobres eran, sin duda, las principales víctimas de la peste que soportaban la mayor parte de la plaga, a los ojos de los ricos éstos eran, en realidad, los principales beneficiarios de la misma por el extraordinario cambio de las circunstancias sociales que creaba la peste dentro de una ciudad contagiada.

Ciertamente, las epidemias desterraron en muchas ocasiones la ilusión de la caridad paternalista impartida por el rico hacia el pobre. La huida de los ricos y de las autoridades de las ciudades significaba el de-samparo de sus criados y de las relaciones de reciprocidad clientelar que mantenían con ellos. La insolidaridad social se plasmaba hasta el extremo de que algunos amos obligaban a sus jóvenes sirvientes a acompañarles al propio hospital o lazareto cuando caían enfermos, aunque el criado no lo estuviera, para que allí le siguieran sirviendo. Pero no era esta imagen la que recalaban los discursos sobre la peste. Antes bien, había que presentar a determinados pobres como virtuales beneficiarios de la desgracia ajena con el fin de incentivar el rechazo social sobre ellos. La peste suponía el empleo temporal y respetabilizado de determinados pobres, especialmente vagos y criminales que veían redimidas sus penas a cambio de prestar sus servicios en las labores de desinfección o de asistencia sanitaria. Muchos de ellos aprovechaban la situación para labrar sus fortunas amparándose en el abandono que sufrían los enfermos por parte de sus deudos y amigos. Relataba Miquel

Parets en su narración sobre el contagio de 1651 sobre los cuidados de los enfermos en las casas:

[...] tenían que buscar alguna persona, hombre o mujer, que a golpe de dineros los cuidasen, que ganaban doce y catorce reales y el gasto de todos los días que cuidaban a los enfermos, y después, fuera curado o muerto el enfermo, se concertaban para haberles de pagar la purga, que les tenían que dar dieciocho o veinte libras y a algunos mayores cantidades. Y estos no purgaban nada, que era tanta la demanda que tenían de tener que cuidar enfermos, que al salir de una casa ya iban a otra, y muchas veces no se encontraban. Y por no encontrarse tenían que ir a buscar hombres o mujeres a la purga de Jesús (la morbería que la ciudad tenía en 1651), que ya estaban curados de dicho mal y no tenían tanto temor. Y esto lo tenían que hacer con un billete de un consejero de la ciudad para que les diera licencia para salir dichas personas de la purga, y todo era a golpe de dineros. Consideremos la desdicha de verse una persona, que en otras enfermedades se veía asistida de su mujer o marido, ahora verse de persona nunca vista ni conocida que todo lo tenía que tomar por su mano, sin consuelo de otra persona. Y muchas veces la tal persona que lo cuidaba no procuraba sino que muriera pronto para que cuanto más pronto muriera el enfermo más presto ganar las dieciocho o veinte libras de la purga o lo que se hubiese concertado y después ir a otra parte. Y muchas veces no les daban el cuidado que de-bían, ni las recetas ni los caldos que les habían de dar, que si era preciso se debían beber la flor del caldo y dejando el aguachirle a los enfermos, que como con ellos no había amor ni conocimiento, no se cuidaban de cuidarlos bien a los enfermos sino de cuidarse a ellos mismos. Y esto se supo en muchos casos y de estas mismas cosas se habían de morir de pasión del ánimo y de desdichas los enfermos.³⁸

Se puede evocar una posible y temporal alza de los salarios como consecuencia de la peste entre los supervivientes, o un enriquecimiento fruto de los beneficios de herencias prematuras, pero estos fenómenos en el fondo fueron limitados, y la peste siguió siendo, en todos los sentidos, una enfermedad de pobres, hasta el punto que la misma financiación de la lucha impuesta terminaba pesando sobre los mismos pobres. Recordemos que esta lucha era financiada en última instancia a través de préstamos de censales que terminaban gravando los bienes comunales de las aldeas o los bienes de propios de las ciudades, en muchas ocasiones, un endeudamiento elevado que debía ser reembolsado con rentas anuales. El pago de estas rentas era efectuado con el fruto de los impuestos, especialmente de los que gravaban el consumo, que por su carácter universal eran proporcionalmente más sufragados por las clases populares que por las adineradas. La peste, enfermedad que mataba esencialmente a los pobres, terminaba siendo combatida por una sisa fiscal sobre las clases populares.

Hay que hacer notar, pues, que a pesar de que los médicos insistieran en el carácter universal de la peste, de tal forma que a todos podía afectar por igual, esta igualdad era más teórica que real. Según se fuera rico o miserable, se tenían más esperanzas o menos de escapar al flagelo, de poder huir o aislarse, de poder recibir los socorros útiles —o ineficaces— de un médico, o de poder aligerar o no la rigidez de los reglamentos sanitarios. La peste hacía pues más relevantes, si cabe, las diferencias sociales ya existentes en tiempos normales y, por ello, la violencia reinaba durante las epidemias.

La horca

Afirmaba el doctor Bernat Mas en 1625 que en «tiempo de peste se producían muchas tristezas, melancolías, temores, y otras pasiones del ánimo» ante las cuales, los gobernantes debían dividir su actuación de forma diferente:

[...] usando del rigor de la justicia con los malos y el de misericordia y piedad con los buenos y necesitados, castigando con mucho rigor las insolencias, que no temiendo el castigo y flagelo del Señor, se atreven a inquietar a las miserables y desdichadas viudas y doncellas, perdiéndoles el decoro y cortesía que se les debe; cosa que verdaderamente es lastimosa de imaginarlo y merece cualquier castigo, pues no temiendo a Dios, antes lo irritan a que pase adelante con su rigor y azote. Asimismo, deben ser castigados los robos, ladrocinios, hurtos y otras libertades no cristianas, porque no dando orden a estas cosas, han de vivir las personas con temores, imaginaciones, sobresaltos y cuidado de no verse en parecidas cosas.³⁹

En efecto, la violencia formaba parte del cortejo que acompañaba a la peste. El tiempo de la peste fue también el tiempo de una violencia latente en las relaciones sociales que encontraba entonces materia para exteriorizarse: violencia de la enfermedad en sí misma, violencia legal de las medidas sanitarias, violencia para mantener el orden ejemplificada por el levantamiento de las horcas como símbolo del necesario disciplinamiento, violencia contra las prostitutas, contra los enfermos, violencia criminal de los pillajes cometidos en medio de la confusión reinante. Entre la disyuntiva de la represión y la asistencia se debatía la política sanitaria durante los períodos de epidemias.

El terror al contagio, expresado a través de una rígida reglamentación sanitaria, tendió a criminalizar gestos usuales de la sociabilidad ciudadana considerados habituales en períodos de normalidad sanitaria: el control de los desplazamientos, el selle de casas y talleres, el cierre de escuelas, de tabernas, la represión de danzas y músicas, la prohibición de fiestas religiosas, del universo de prácticas en general en las que se sustentaba una buena parte de las relaciones de parentesco, de vecindaje, de oficio, todo ello hizo que la peste se convirtiera para muchos más en un obstáculo de la vida que de la muerte.

Sobre estos gestos cotidianos, convertidos ya en infracciones higiénicas, se erguía la rigurosidad de la justicia sanitaria, cuyas penas estaban en consonancia con las aplicadas por la justicia ordinaria: azotes, destierros, multas, galeras y, en los casos más graves, la pena capital mediante ahorcamiento o forma parecida de carácter infamante.

Eran numerosos los delitos que recaían sobre la jurisdicción de la sanidad, resultado de una abundante y variada legislación sobre la materia. Destacaban en primer lugar la persecución sobre la entrada fraudulenta de mercancías o personas. Burlar los períodos de cuarentenas obligadas o falsificar cédulas sanitarias era práctica corriente. Muchos clérigos se prestaban a dar certificadorias con facilidad, sin comprobar realmente la procedencia anterior de los viajeros, por pequeñas cantidades. Y por lo que respecta a

los oficiales sanitarios, éstos eran también con relativa frecuencia sobornados por mercaderes, más interesados en reducir el tiempo de aireamiento de sus géneros que en respetar fielmente la duración íntegra de las cuarentenas.

Con todo, los delitos contra la propiedad eran los más frecuentes. Miquel Parets relataba cómo, en Barcelona durante el contagio de 1651, la ausencia del virrey obligó a formar con urgencia rondas de vigilancia bien nutridas de personas —dieciocho o veinte como mínimo—, para enfrentarse contra los ladrones, en su mayoría soldadesca y gente de mala reputación entremezclados con aquélla, que no dudaban en escopetear y asesinar a los guardias cuando pretendían prenderlos mientras hurtaban en las casas de las personas ausentadas o muertas. La mayoría de aquellos sujetos terminaban siendo ajusticiados. Tal suerte corrió un hortelano de la parroquia de San Pablo en Barcelona, que había asesinado a un sombrerero que se llamaba Pol delante de las escaleras de Santa María del Mar para robarle. Antes de ser colgado en las horcas, le fue cortado un puño delante de la casa de la víctima y paseado por las calles de la ciudad para escarnio público.⁴⁰

Desde la perspectiva sanitaria, la represión de los hurtos encontraba su lógica en el intento de evitar que la circulación de objetos que hubieran estado en contacto con los apestados favoreciera nuevos casos, aunque en su trasfondo sea fácil advertir la afirmación del derecho de propiedad y sobre todo el de sucesión, que se veían amenazados por estos actos. Bastantes de estos robos atendían a la necesidad, bajo la presión del hambre. Sin embargo, en algunos casos los hurtos escondían en realidad la acción de vecinos, criados o parientes que se apropiaban de los bienes del difunto al que habían asistido. Se trataba de una especie de «compensación oculta» por los cuidados realizados durante el contagio y que difícilmente hubieran sido cobrados de los herederos naturales. Entre las personas que más mala reputación tenían en este tipo de actos se encontraban los enterradores. Despertaban entre la población una siniestra fama: con frecuencia, en su calidad de pobres aparentemente carentes de moral, se les solía acusar de acelerar el traspaso, de lanzar sobre las fosas comunes enfermos todavía vivos y de robar los despojos de los contagiados.

La desobediencia civil a las órdenes sanitarias sucedía también bastante a menudo. Respecto a la epidemia de fiebre amarilla padecida en Elche en 1804, el comandante Buck enviaba al gobernador de Alicante Bategón una carta donde señalaba de sus habitantes lo siguiente:

Me hago cargo de la resistencia a la cuarentena y no me admira, porque por aquí son de tal especie que si se les dejara, todos se irían a ver a los contagiados... Los tengo por unos bárbaros y protectores de todos los males.⁴¹

La población solía ser muy reacia a las medidas de aislamiento, que además suponían una pérdida del salario durante los días impuestos. Pero no era ésta la única desobediencia. Añadía Buck que cuando aparecía un enfermo en una familia humilde, la denuncia del mismo a las autoridades comportaba mandarlo al lazareto de curación mientras el resto de la familia era sometida a cuarentena, la casa clausurada, parte de sus bienes quemados y, si no eran indigentes, los pocos recursos que poseían debían dedicarlos a pagar fumigaciones y remedios de dudosa eficacia. No era pues de extrañar que la mayoría de la población ocultara sus propios enfermos por temor a la ruina.

El temor a acudir a los lazaretos por parte de los pobres era más que comprensible. El lazareto resumía entre sus paredes todos los aspectos de la criminalidad presentes en el espacio urbano: robos, agresiones, violencias sexuales. Era como si las autoridades hubiesen tratado de encerrar entre sus muros todos los miedos y terrores que inspiraba el desorden social abandonándolos a su suerte. Era como si en ellos se encerrara la lucha entre el bien, representado por los enfermos que hacia allí eran llevados, y el mal, personificado en los serviciales que estaban a su cuidado. Diversas declaraciones del controlador del lazareto de Alicante en 1804, Falomir, ilustran el ambiente que allí reinaba, promovido en gran parte por los presos utilizados como enfermeros:

Siempre es mover algarabía y robar cuanto pueden [...] después de ser la gente más soez del pueblo, y que muchos de ellos se hallan aquí no porque su corazón les ha movido, sino por libertarse de aquellas penas en que estaban procesados [...] No siendo bastante castigo el ponerles en el cepo he tomado otro método que es suspenderles el sueldo de aquel día.⁴²

No era raro, como declaraban los mismos médicos alicantinos, que muchos enfermos se negasen a ser llevados a los lazaretos, en especial si se trataba de mujeres que voluntariamente ocultaban su suerte ante los médicos. Quizás ello podría explicar el motivo de que en tiempo de peste el porcentaje superior de mujeres que aparecían en los registros parroquiales respecto a los hombres no fuera tanto el resultado de una preferencia especial de la muerte por el mundo femenino como el deseo expreso de morir en el hogar.

En este contexto de desconfianza, los marginales fueron particularmente observados (mendicantes, extranjeros) y con frecuencia se sospechó de ellos como potenciales diseminadores o «envenenadores» de la peste. Junto a las causas naturales que los médicos señalaban en el origen de las epidemias, algunos sostenían la posibilidad de que la peste fuera producida mediante artificio humano. La relación entre unción, peste y brujería fue una de las formas de criminalidad más específicamente vinculada a las epidemias. La creencia en la realidad de la brujería, y en ella, la del supuesto poder para fabricar pestes artificialmente de un lugar a otro mediante ungüentos y polvos

venenosos, forma parte del imaginario colectivo de los españoles desde la Edad Media. El humanismo renacentista, a través de tratados médicos, teológicos o políticos, recuperó el viejo tópico de la peste ateniense del año 430 a.C. descrita por el historiador griego Tucídides: los atenienses insinuaron que derivaba del veneno vertido en las cisternas del puerto de El Pireo por sus enemigos, los espartanos. Este caso de guerra química en la Antigüedad clásica se transformó a partir del siglo XIV en un ejemplo histórico de gran sugestión. Como señalamos, el médico Jacme d'Agramont ya se hizo eco en 1348, al considerar que la pestilencia de aquel año había sido provocada por «malvados hombres, hijos del diablo que con medicinas y venenos diversos corrompían los alimentos con muy falso ingenio y malvada maestría». Daba así rienda suelta a la búsqueda de posibles responsables, que poco después se encontrarían entre los judíos.

Quedaba así afirmada una relación de larga duración entre epidemia y obsesión por el complot, que sería retomada por los tratadistas de los siglos siguientes, en el contexto de las guerras de religión y de la pugna político-militar entre las naciones europeas. Tratadistas sobre el mundo de la brujería como el francés Jean Bodin (*Demonología*, 1580) o el jesuita español Martín del Río (*Disquisitionum magicarum*, 1599) terminarían por perfilarla: junto al infiel o al heterodoxo, el enemigo natural se convirtió en el peligro a vigilar.

Fue famoso, por ejemplo, el temor que inspiraron en España las noticias de la peste de 1630 en Milán, donde se hizo un gran proceso contra el barbero Joan Giacomo Mora y Guillermo Platea, acusados de haber introducido en favor de los franceses la peste en la ciudad. El mismo Consejo de Estado español se vio obligado a intervenir ante el temor de que supuestos envenenadores franceses se dirigieran hacia España para infeccionar con polvos pestilentes las pilas de agua bendita de las iglesias. En la reunión del Consejo de Estado de 27 de septiembre de 1630 se debatió el tema y sus miembros (el conde-duque de San Lúcar, el conde de Oñate, el marqués de Flores y el confesor real) acordaron que se actuara enviando instrucciones a todas las ciudades españolas para que extremaran la vigilancia de los franceses que hubiera. Los miembros del Consejo decidieron asimismo hacer un control exhaustivo de las casas de los embajadores y a sus personas allegadas, para evitar que pudiesen esconderse en ellas los supuestos «envenenadores», pues a juicio del conde de San Lúcar esta medida debía ponerse en práctica «aunque el mismo embajador protestase una guerra si hiziésemos el registro, por ser mejor la guerra que la peste». Se llegó así incluso a ofrecer una recompensa importante a quienes apresarán a los naturales o extranjeros que hubieran introducido los supuestos polvos pestíferos.⁴³

Entre los cronistas españoles del Nuevo Mundo también es posible encontrar algún relato de esta mentalidad. El dominico mexicano fray Dávila Padilla, historiador de

Indias en tiempos de Felipe III, es el autor de la *Historia de la provincia de México* (1596). En ella relataba, al respecto del contagio de tifus padecido en la ciudad de México en 1576, cómo algunos indios movidos por el odio, ante la visión del modo como los españoles salían prácticamente indemnes del contagio de tifus, habían intentado envenenar a los conquistadores con el propio contagio:

El común enemigo de las almas hazía guerra como siempre, y quanto los religiosos persuadían la paciencia, provocava a desesperacion y rabia. Algunos indios huvo en quien procurava la muerte del alma, como la del cuerpo. Encendiase con rabiosa furia, por verse llevar tan atropellados de la muerte, sin que su enfermedad se atreviese a los Españoles. No bastaban las buenas obras que recebían dellos en su enfermedad, para que los dexasen de embidiar la salud. Intentaron varios modos para que los Españoles enfermasen. Echavan los cuerpos de los difuntos en el caño del agua que entra en Mexico, con casi un buey della. Indios huvo que cogían la sangre de los enfermos, y la rebolvian en el pan que vendian en la plaça, pensando dar la muerte a bocados, como ella se los comia. De aqueste daño procuravan los religiosos librarlos, enterandolos en que somos todos vasos de barro, y todos de un dueño, que es Dios: y puede quedar los que quisiere, y guardar otros hasta que se les llegue su tiempo. Acabóse presto este engaño de los pobrezitos, por la diligencia de los cuidadosos ministros.⁴⁴

Pero quizás uno de los casos más sorprendentes se produjo en Barcelona en 1589, justamente tres años después de que la tartana *Sant Esperit i Bonaventura* fuese quemada por los regidores de Barcelona por venir con tejidos desde Francia, tal y como mencionábamos al inicio de este capítulo. Finalmente la peste prendió en Barcelona a finales de junio de 1589, muy probablemente procedente de Igualada. Si nos atenemos al relato que nos dejó el jesuita Pere Gil de aquellos acontecimientos, fue introducida en la ciudad por un limosnero que había recaudado caridad para el Hospital General de Barcelona cerca de aquella población del interior catalán, y quien murió poco de regresar. Se responsabilizó a los guardias del morbo de los portales de haber relajado en exceso la vigilancia y haber sido poco escrupulosos en la verificación de las certificatorias sanitarias. El número de defunciones comenzó rápidamente a crecer día a día en aquel tórrido verano de 1589. Fue uno de los mayores desastres humanos que padeció la ciudad en su historia: costó la vida a casi doce mil almas —una tercera parte de sus habitantes— en apenas medio año. Los meses de julio a septiembre fueron los más duros, cuando pereció el ochenta por ciento de todas aquellas muertes.

A finales de julio pareció abrirse una ligera esperanza. Un francés llamado Bernat Rigaldía, del que se decía que había tenido ciertos éxitos en la desinfección de algunas poblaciones del sur de Francia y del norte de Cataluña, llegó a la ciudad contratado por sus regidores para que procediese a acabar con la peste. Le acompañaban tres hombres, algo más jóvenes que él, también de la nación francesa. Dos días más tarde se presentó ante los consejeros de la ciudad y realizó una serie de peticiones previas. Deberían pagarle de inmediato doscientas libras por su salario. Además, habría de construirse en cada barrio de la ciudad un horno que estuviera junto a una casa que dispusiera a su

entero servicio para proceder a sus trabajos de desinfección. Algunos consejeros se sintieron enojados por la arrogancia que mostraba aquel extranjero. Sólo asintieron en parte a aquellas demandas. Le adelantaron la mitad del dinero que pidió, pero nunca llegaron a construirle los hornos. Antes de retirarse de la presencia de los regidores, pidió que previamente a iniciar sus trabajos se ordenase celebrar por toda la ciudad nueve misas durante los siguientes nueve días en honor de San Blas, santo que era de su especial devoción. Cuando se llevaran a cabo, él reconocería la ciudad pasando por las calles que estaban más apestadas. Al décimo día exigía que se hiciera una procesión general que pasara por todas aquellas calles. La elección de San Blas no era gratuita. Aquel santo era un médico de origen armenio famoso por sus milagros. Gozaba de una enorme popularidad en Occidente y sus reliquias estaban por doquier. Además de ser un santo curador, era el patrón de los cardadores a causa de su martirio. Precisamente Rigaldía había nacido en el seno de una familia de cardadores de lino de Montegut, población del País Vasco francés cercana a Gers, en la diócesis francesa de Agen, donde sin duda se veneraba la memoria de San Blas.

Rigaldía adquirió sus habilidades como curandero y desinfeccionador al servir en aquel tiempo de calamidades sin fin, en diferentes morberías del Midi francés y del norte de Cataluña, como fue el caso de Vilafranca del Conflent. En estos lugares adquirió la pericia sobre los remedios más usuales que empleaban los médicos en sus curas de los infectados. Los primeros éxitos le debieron dar confianza y su popularidad fue en aumento hasta el punto que la gente comenzó a llamarle «Mestre» Bernat, a pesar de que no había constancia de que hubiera estudiado medicina en ninguna aula universitaria. Sus prácticas curativas las revestía con una simbología de signos y rituales seudorreligiosos, rodeado de una atmósfera de misterio que a los ojos de los que sanaba parecían poco menos que instrumentos con los que el francés obraba aquellas curas milagrosas. Quizás fueran como los que San Blas había hecho doce siglos antes que él.

La expectación popular despertada por la llegada de Rigaldía a Barcelona fue enorme. La desesperación de las pobres gentes les llevaba a seguirle por todos los lugares de la ciudad por donde se movía el francés. Una ordenanza publicada por las autoridades el 8 de agosto prohibía tajantemente que nadie le siguiera o se aproximase a su persona con el objetivo de que Rigaldía pudiera realizar con normalidad sus trabajos y que se evitara así, con el gran concurso de gentes a su alrededor, que el contagio se extendiera aún más entre los que todavía se encontraban sanos al juntarse con los enfermos. Sin embargo, los que disponían de más medios económicos trataron de acaparar los servicios de Mestre Bernat. Incluso, una de las primeras actuaciones que hicieron los propios consejeros fue acompañarlo hasta la *Taula* o banco de la ciudad para que procediera a la desinfección del dinero.

Los más apegados a Rigaldía, llevados de su codicia, pronto comenzaron a traficar con sus servicios. Los pobres, agolpados a las puertas del Estudio General de la ciudad, en la parte superior de las Ramblas, y más tarde en el Hospital General por indicación del propio Rigaldía, esperando su atención pronto se sintieron desamparados. Casi de inmediato comenzaron a sentirse quejas ante los miembros de la Junta Sanitaria que clamaban contra la actitud del médico francés y contra la insolidaridad de los más ricos por no compartir con los más desfavorecidos las curas de Rigaldía.

Es posible que por todo aquel clima la devoción inicial hacia Mestre Bernat se fuera apagando y convirtiendo entre algunas gentes en odio hacia su sectarismo. Pronto comenzaron a escucharse los primeros rumores que hablaban de que en el tratamiento de los enfermos, aquél no hacía ningún uso de las prácticas habituales que empleaban los médicos y que los únicos medios que usaba eran sortilegios y otras artes malignas.

Es difícil determinar de dónde partieron las primeras voces que acusaban a Rigaldía de ser en realidad un brujo. Entre el pueblo llano, su abandono era sin duda causa de una desesperanza que podía conducir a aquel tipo de denuncias. Pero para los regidores barceloneses también Rigaldía se convertía cada día que pasaba en un personaje más molesto. Los gastos de su manutención aumentaban. A su mesa se habían juntado muchos de la ciudad que gastaban sin reserva los dineros oficiales. Aquellos fieles eran personas rendidas a Rigaldía, que difundían la creencia de la supuesta santidad del francés entre sus conocidos. Así, contaban curaciones milagrosas que el desinfectador francés realizaba entre los enfermos, fueran éstos contagiados o no. Contaban así la curación milagrosa de una mujer totalmente inválida de pies y manos, que tras haber sido tocada por Rigaldía había comenzado a andar. El doctor Gibert, uno de aquellos seguidores, creía ciegamente que Rigaldía curaba «por gracia que nuestro señor le había dado». Así como Dios había dado particular virtud a San Roque de curar las pestilencias, de igual forma pensaba que Mestre Bernat la había recibido.

¿Era Rigaldía en verdad un santo vivo? Es posible que él mismo así lo llegara a creer en algún momento, víctima de sus éxitos pretéritos y de las enormes expectativas que había levantado su llegada a Barcelona. No tuvo, sin embargo, tiempo de demostrarlo. El 18 de agosto, en carta que don Pedro de Cardona, gobernador de Cataluña, dirigía a Felipe II relatándole la evolución de la enfermedad en la capital catalana, ya señalaba el descontento que los regidores de la ciudad tenían con el médico francés. Consideraban que las muertes y los enfermos no hacían más que aumentar día a día y que en realidad había curado a muy pocos. La posibilidad de que la tensión social creciera y que no hubiera suficientes recursos para contenerla, en una ciudad donde la mayoría de las autoridades se habían retirado, llevó finalmente a los consejeros a ordenar la captura

del médico francés y sus colaboradores, acusándolos de ser los responsables de la peste que se abatía sobre Barcelona.

Rigaldía fue detenido el 26 de agosto, un mes después de su llegada, junto a sus criados. La acusación centró sus argumentos en primer lugar en el delito de intrusismo profesional. Se acusaba a Rigaldía de practicar el arte de la medicina sin ser en realidad médico y de cobrar a particulares por realizar sus curas cuando ya percibía salario por todo ello del Consejo. Pero la acusación más grave se refería al supuesto uso de prácticas de hechicería y envenenamiento en los moradores de la ciudad. Esta última acusación mantenía su base en dos argumentos. Por una parte, la supuesta vinculación de Rigaldía con la banda de cierto ermitaño francés que había sido ajusticiado junto con algunos de sus seguidores en la villa francesa de Says, acusados de infeccionar deliberadamente, y movidos por el diablo, muchas ciudades y villas del sur de Francia, para más tarde cobrar crecidas sumas por liberarlas de la enfermedad. Supuestamente, Rigaldía había hecho lo propio en Barcelona. Había confeccionado polvos nocivos que esparció por ropas y pilas bautismales, compuestos a partir de muchos animales venenosos introducidos previamente en una tinaja junto al cuerpo de un recién nacido que habría sido robado y sacrificado.

El juicio duró un mes. A medida que transcurrían los días, los interrogatorios y los tormentos fueron venciendo la voluntad de los adeptos del francés. La sentencia final contra éste y sus criados fue la que podía esperarse. El 11 de octubre fue subido a una carreta para que re-corriese la ciudad. El verdugo le cortó las dos manos. Primero fue la derecha, delante de las puertas del Consejo, que de inmediato fue quemada para que evitara su muerte rápida desangrado. Después le tocó el turno a la izquierda, esta vez ante las puertas del Hospital General. Ambos eran gestos simbólicos de reparación por sus crímenes ante los regidores de la ciudad y los pobres, a los que había engañado y causado aquel mal. Después, Rigaldía fue conducido rambla abajo hasta el lugar del suplicio. Fue degollado y su cuerpo cortado en cuatro trozos. La cabeza fue expuesta en una jaula que colgó de las paredes de la Casa de la Ciudad durante algunos días.⁴⁵ La descripción de este proceso permite percibir cómo lo natural y lo sobrenatural convivían a la par en la terrible experiencia que para los hombres supuso la enfermedad epidémica en el pasado.

Capítulo 7. LA RUPTURA INHUMANA

A los hombres y mujeres del Antiguo Régimen las pestes les pare-cían siempre anticipos del final de los tiempos, una especie de apoca-lipsis que terminaba por sumirlos en un profundo hundimiento físico y moral. Sus efectos tenían un carácter espectacular que desbordaba sus vidas cotidianas y provocaban un choque profundo en sus sensibilidades. El religioso portugués Francisco de Santa Maria detallaba en 1697 el tre-mendo estado de desasosiego que provocaban, con estas palabras:

La peste es, sin duda alguna, entre todas las calamidades de esta vida, la más cruel y verdaderamente la más atroz. Con gran razón se la llama el Mal por antonomasia. Porque no hay en la tierra mal alguno que sea comparable y semejante a la peste. En cuanto en un reino o una república se enciende este fuego violento e impetuoso se ve a los magistrados estupefactos, a las poblaciones asustadas, al gobierno político desarticulado. La justicia ya no es obedecida; los talleres se detienen; las familias pierden cohesión y las calles su animación. Todo queda reducido a extrema confusión. Todo es ruina. Porque todo es alcanzado y derribado por el peso y la enormidad de una calamidad tan horrible. Las gentes, sin distinción de estado o de fortuna, quedan ahogadas en una tristeza mortal. Sufriendo unos la enfermedad, otros el miedo, se ven enfrentados, a cada paso, bien a la muerte, bien al peligro. Los que ayer enterraban hoy son enterrados, y a veces encima de los muertos que ellos habían sepultado la víspera. Los hombres temen incluso al aire que respiran. Tienen miedo a los difuntos, de los vivos y de ellos mismos, puesto que la muerte frecuentemente se envuelven en los vestidos con que se cubren y en la mayoría sirven de sudario, debido a la rapidez del desenlace. Las calles, las plazas, las iglesias sembradas de cadáveres, presentan a los ojos un espectáculo lastimoso, cuya vista vuelve a los vivos celosos del destino de los que ya están muertos. Los lugares habitados parecen transformados en desiertos y, por sí sola, esta soledad inusitada incrementa el miedo y la desesperación. Se rehúsa toda piedad a los amigos, puesto que toda piedad es peligrosa.¹

En la actualidad tendemos a examinar las epidemias y sus consecuencias por sus aspectos materiales y sociales. Buscamos conocer las causas de su difusión, el número y la proporción de los muertos, las pérdidas económicas que ocasionó o los cambios que sobrevinieron en las relaciones que los individuos tenían entre sí o con los diferentes grupos sociales que formaban las aldeas y ciudades del pasado. Sin embargo, esta forma de concebir los contagios no es más que un aspecto de la cuestión, posiblemente secundario. Para nuestros antepasados resultaba evidente que no sólo lo sobrenatural era el origen de lo natural, sino que aquél penetraba e intervenía sin cesar en éste, exclusivamente en función de las acciones humanas. Desde tal perspectiva, las enfermedades no eran más que el resultado de una disfuncionalidad, de una pérdida de sintonía entre los hombres y su Creador.

No resulta por tanto extraño que esta intervención de lo sobrenatural en la vida cotidiana modelara las mentalidades de los españoles desde la Edad Media en adelante. El retorno periódico y duradero de las epidemias como males misteriosos y trágicos — hasta su desmitificación por la medicina a finales del XIX— se mostraba como uno de esos momentos extraordinarios en los que lo sobrenatural irrumpía en lo natural y

donde la vida de los hombres, normalmente sumida en causas banales, se encontraba bruscamente amenazada y arrastrada por un flagelo terrible y colectivo.

El cuerpo sufriente

Las epidemias marcaron en el pasado un cierto conflicto cultural entre la esfera de lo público y lo privado. Inicialmente no existían enfermedades colectivas, sólo personales: los hombres, sanos o enfermos, estaban enfermos en su cuerpo privado o, dicho de otro modo, su mal era en todo caso —según la medicina *prepasteuriana*— el resultado de la propia ética personal, la consecuencia de un desordenado régimen de vida particular. Los contagios colectivos llevaron a situar la relación de la enfermedad con los que la padecían en un segundo plano, el del individuo que se encontraba enfermo en tanto que ciudadano, lo que convertía consecuentemente su enfermedad en una circunstancia política. Tal interpretación de la realidad epidémica justificaba finalmente el derecho a la intervención de los poderes públicos, fueran estos civiles o religiosos, en la esfera de lo privado.

Físicamente se ha señalado que los efectos de los contagios tenían el carácter espectacular de una verdadera obra de arte por parte de la muerte. Su rapidez fulgurante y su propagación imprevisible daban la impresión de que el mal (en sentido propio o figurado) tomaba posesión de la tierra para lanzar a la humanidad a la violencia trágica de una derrota de la vida cotidiana, lo cual constituía un choque profundo de las sensibilidades. Sin ningún género de dudas, la peste, por ser la primera, fue el mal por excelencia de entre todas las epidemias de nuestra historia: con ella era fácil que se recrearan en la tierra las imágenes del mismísimo infierno.

Infierno, en primer lugar, personal. Los tratados médicos no se cansaban de repetir —y así lo hemos podido comprobar en las páginas precedentes— su carácter sensorial y especialmente olfativo: la peste fue descrita como un olor particularmente repugnante, perceptible tanto en los signos olorosos que la precedían —exhalaciones de campos, charcas, cadáveres insepultos—, como, según el testimonio que nos dan numerosos observadores de la época, en los signos de los cuerpos sufrientes yaciendo postrados en los lechos y mostrando la visión del pus que rellenaba los bubones, el sudor, la fiebre, el aliento, las orinas y excreciones de los apestados que emitían un hedor de descomposición infecto, una fetidez que se mostraba como una verdadera antesala que conducía al infierno. El cuerpo se convertía en un verdadero campo de batalla entre el bien y el mal.²

Pero aunque en las descripciones de los hombres de medicina la mirada se detuviera en los padecimientos del cuerpo en singular, en las narraciones literarias de todas las

épocas azotadas por las epidemias, la mirada horrorizada del cuerpo en sí no ha ocupado el primer lugar del interés; ésta se ha fijado más bien, por el contrario, en los montones de cadáveres agolpados, semidesnudos, inhumanamente conducidos hasta las fosas comunes que recreaban, ante las miradas temerosas de quienes los observaban, el escenario de un dantesco infierno colectivo. En 1651, Joan Salines, el escribiente del Consejo de Ciento de Barcelona, relataba con extremo dramatismo y sentimiento de impotencia el caos en el que se sumía la propia vida como consecuencia de la peste:

Lunes a V de Junio. En este día estará bien designar los lamentosos trabajos que en esta infeliz y desdichada ciudad por los pecados de sus habitantes se padecen, con el cruel azote del mal de la peste, el cual estaba en ella tan arraigado y con tanto crecimiento, que hubiera sido un progreso en infinito querer para cada día continuar las desdichas, trabajos, angustias y desastrosas muertes que se sucedían; en tanto que de muchos días hasta ahora continuadamente iban por Barcelona ocho o nueve carretas, estas solas para poder poner los cadáveres que se encontraban en las casas, lanzando aquellos en ocasiones por las ventanas para ponerlos en dichas carretas, las cuales eran llevadas y guiadas por diferentes enterradores, que iban con sus guitarras, tamborcillos y otras cosas de diversión para poder borrar de la memoria las aflicciones grandes que solo ellas bastaban para acabar la desdichada vida, que parecía que no se estimaba en cosa alguna. Los enterradores se ponían en alguna esquina de las calles de la ciudad en las que se encontraban, haciendo parar las carretas que llevaban, y gritaban a todos los vecinos si tenían muertos en sus casas para enterrar, y trayendo dos de una casa, cuatro de otra, y muchas veces seis de otra, llenaba la carreta, y al estar esta llena la llevaba hasta Jesús en el lugar donde enterraban los muertos que era un campo cercano a dicho monasterio, el cual es llamado el *habar* [campo de habas], y sin las dichas carretas iban cuarenta o cincuenta lechos de muertos, que llevaban los que no cabían en dichas carretas, sucediendo en muchas ocasiones que algunas criaturas muertas de poco peso, y algunas otras ya grandes amortajadas, dichos enterradores se las cargaban al cuello y se las llevaban. Así que toda la ciudad se encuentra en el presente y desde hace días en un tan y lamentable y desdichado estado, que ni los hombres se recuerdan del ser que tienen, ni tienen imaginación de los trabajos que padecen, recordándose tan solo de ser cristianos, y todavía quizás por nuestros pecados no todos, pues es cierto que aquellos han ocasionado las desdichas presentes, y no hacer enmienda causa que todavía Dios Nuestro Señor no alce la mano del castigo.³

A medida que se extendía cualquier epidemia era fácil que se repitieran por todo el país escenas desoladoras de este estilo. Se suponía que los muertos eran recogidos por esclavos o presos indultados —en ocasiones se utilizaban incluso a los locos como en Valencia durante el contagio de 1647—, y enterrados en fosas llenas de cal fuera de las ciudades. En Sevilla existen informes que hablan de cadáveres arrastrados fuera de sus casas en secreto durante la noche y abandonados en la calle o en el pórtico de una iglesia, con sus pertenencias esparcidas entre ellos, sin esperar a los carros municipales. Las fosas de los apestados de aquella ciudad eran un espectáculo terrorífico, según cuenta Ortiz de Zúñiga, cronista de la ciudad en 1649, con una multitud de cuerpos «mal cubiertos de tierra [que] despedían olor intolerable» y contri-buían a la «corrupción del aire», lo que favorecía la extensión de la infección. En otros testimonios que conservamos sobre el impacto social de las epidemias en nuestro país se insistía en la fragilidad de la vida humana y en especial en la injusticia con la que ésta golpeaba a los más inocentes, como podía ser el caso de los niños. El artesano barcelonés Miquel

Parets relataba en su diario personal de 1651 el infierno que padecían los pequeños lactantes al verse privados de la fuente de vida que representaban los pechos de sus madres muertas, así como las grandes desventuras que significaba encontrarles quienes los cuidaran y amamantaran, circunstancia que, como podrá comprobarse, desgarraba el alma del narrador:

Pues qué diremos de las pobres criaturas de pecho, que apenas se contagiaba la madre les quitaban el darle el pecho. Algunos aventuraban la suerte de la madre y del hijo dejándosela dar. Pero las que morían y dejaban niños de pecho, para quienes se había de buscar quien les diese leche, llevaba a que los padres de puerta en puerta con el hijuelo fueran buscando quien les diese el pecho, leche o ama que se encargase de él. Y ver el modo con que los despachaban al oler que madre e hijo habían muerto o estaban heridos de la peste era para quebrantar las piedras. Y si por suerte o desgracia se encontraba alguna, que era por el interés de ciento o ciento cincuenta libras cada año según reconocían la necesidad de los padres, era (antes de encargarse el ama de la criatura) desnudándola en carnes y lavándola con vinagre, bien fuese perfumándola mucho con yerbas confortativas y pasándola por las llamas, y después de todo esto vistiéndola con ropas nuevas que no hubiesen servido jamás. Este martirio ni un angelito tolerarlo podía aunque se asegurase con él su crianza. Pero sucedía enfermar la ama de allí a dos días o al siguiente, y al recibirle otra ama había de repetirse el mismo martirio. ¿Qué sucedía si el niño o la niña se apestaba? Luego lo volvían a sus padres, sin que a precio alguno se hallase quien les diese el pecho. ¡Qué infelicidad para un padre! Pues por mas que tuviera se veía sujeto a este contratiempo. Para ello había dispuesto la Ciudad tener en las casas de la purga o convalecencia, en la morbería de Jesús, amas que asistidas y regaladas de todo criaban y daban leche a los que allí llevaban. Y aun pagando exorbitante salario a estas y estando a pedir de boca servidas, se hallaban pocas que se quisiesen aplicar. Allá las llevaban y entregaban los padres, señalándolas con una cinta y el nombre de ellos para volverlas a recobrar si vi-vían pasado el mal. Lo que estos angelitos padecían de descuidos, necesidades y extrañeza con mucha porquería, Dios sólo puede saberlo. Parecían aquellas casas cabañas *de corderillos* recién nacidos dando balidos por la madre. Y como las tales amas suelen ser como vacazas poltronas y dadas al vicio, cuidaban poco de su obligación y haciendo el sordo a todo, o porque no pudiesen acudir a la limpieza, pues tenían seis u ocho niños y más cada una, estaban los cuerpecillos de las criaturas todos sangrientos y despellejados. Y tras de este padecer solían después quedar sin padres ni quien los acogiese; de estos y de los ya destetados, que también se llevaban a las mismas casas cuando a los padres se los llevaban a los hospitales, perecieron un sinnúmero por quedar sin quien los amparase ni quien los conociese cuando hechas las cuarentenas los despachaban y volvían a la ciudad.⁴

El miedo a morir siempre ha sido un sentimiento natural y universal, y se encuentra en cualquier brote epidémico serio. Por ello, agotados todos los recursos que la medicina tradicional podía ofertar para contrarrestar las muertes que ocasionaban, las opciones que se abrían ante los hombres a cada contagio siempre se reducían a dos: la huida o la cuarentena. Ambas eran opciones igualmente inciertas aunque socialmente desiguales. Así lo destacaba el jesuita aragonés Baltasar Gracián, en una de sus más célebres obras, el *Criticón* (1651), en la que acusaba a la peste de hacer más estragos entre los pobres que entre los ricos:

Sólo las habéis [refiriéndose a la peste] con los pobres desdichados y no atreviéndoo a los ricos y poderosos que todos ellos se os escapan, con aquellas tres alas de las tres eles «luego, lejos y largo tiempo» esto es, luego en el huir, lejos en el vivir y largo tiempo en el volver; de modo que no sois (peste y contagio) sino matadesdichados, aceptadores de personas y no ministros fieles de la Divina justicia.⁵

En efecto, el temor a una muerte más que probable inducía a los hombres en el pasado a huir de las ciudades y de los pueblos contagiados. Autoridades, en ocasiones los propios médicos, y, sin duda, las familias pudientes, se encontraban entre las primeras que escapaban hasta sus retiros en el campo, siguiendo el sentido común y los propios consejos de la medicina tradicional, y no regresaban hasta semanas después de que se hubiera producido la última defunción por motivo del contagio. A veces el abandono era total, sólo quedando los muertos como únicos testigos de la tragedia en el lugar. Según aparecía escrito en un artículo del diario *El Liberal*, fechado el 21 de julio de 1885, de los ochocientos vecinos que tenía la población conquense de Cañada de Hoyo antes del contagio de cólera de aquel año, ciento treinta y siete habían muerto en el mismo, es decir, «todos los existentes en el pueblo, pues los demás se ausentaron, huyendo despavoridos y horrorizados». No era de extrañar que sólo fuera posible ver al final de aquel verano los ganados y caballerías pastando en completa libertad en los campos próximos a recolectar sin que nadie los cuidase.⁶ La soledad en que quedaban sumidos los lugares por el miedo al contagio queda perfectamente reflejada en la pluma de este otro artículo aparecido en el diario *El Globo* dos días más tarde. El periodista del diario, en viaje hacia Andalucía, nos describe desde Ronda lo percibido al paso por la estación de Aranjuez:

Al pasar por la estación de Aranjuez fuimos tristemente impresionados por el aspecto sombrío y solitario que ésta tenía, por la que no transitaban más que muy pocos empleados, que silenciosos como sombras, discurrían por el andén, llenando las necesidades del servicio. El tren, por el silencio que guardaban los viajeros, no parecía tal: todas las portezuelas de los coches se cerraron, se corrieron los cristales, se echaban las cortinas, y ni a un solo viajero se le ocurrió, no ya bajar, pero ni siquiera sacar del coche la cabeza o decir una palabra. Parecía el tren del silencio llegando a la estación de la muerte.⁷

Sin duda, la fuga no era un recurso exclusivo de los poderosos. También los pobres la intentaban con desigual fortuna. Para algunos casos no cabía elección. El pobre extranjero, el vagabundo, fue siempre invitado a ello, siendo expulsado de las ciudades bajo la amenaza de terribles castigos de no hacerlo y sin posibilidades, en la mayoría de ocasiones, para encontrar acogida fuera de ellas. Faltos de recursos económicos con los que pagarse la asistencia, en general en las poblaciones rurales se los recibió con la violencia que desataba el temor a que difundieran el mal a su paso. Así ocurrió en la villa de Mataró en 1589, cuyos habitantes recibieron con fuego de alabardas a los que huían del contagio de peste que padecía Barcelona por aquel entonces. La escena se repite durante el contagio de fiebre amarilla de 1821. Otros optaban por instalarse en improvisadas chozas fuera de los muros de la ciudad, esperando que la dureza de sus piedras dejara a la enfermedad consumiéndose en su interior sin que les tocara con su halo mortal, tal y como hicieron muchas familias humildes en Barcelona durante el contagio de 1651.

Pero la suerte más probable de todos los miserables era tener que decidir entre la muerte por hambre en el campo o el regreso al infierno del lugar infecto. Luis de Dios, médico titular de la población toledana de Mascareque, describía en 1885 una situación harto repetida desde los tiempos medievales:

La población, en su mayor parte, huye espantada; las gentes vagan por los campos en busca de un pueblo que les dé albergue, y los que no encuentran asilo acampan al raso en los cerros vecinos. Muchos de estos desgraciados sufren en la huida el terrible azote, y al verse en el campo sin recursos vuelven moribundos a este recinto de desolación.

Existe tal pánico que muchos enfermos son abandonados por sus familiares y sucumben por falta de asistencia; los cadáveres permanecen bastantes horas en las casas, y en el cementerio hay bastantes cadáveres insepultos por falta de brazos que les den tierra.⁸

Decían los médicos en sus tratados que las epidemias engendraban en el alma de los vivos una enfermedad aún más temible que la peste: se trataba de la melancolía. Esta enfermedad psíquica respondía a la desazón que los individuos realizaban sobre la experiencia amarga vivida. La melancolía era, entre las llamadas enfermedades psíquicas, la que mejor expresaba el estado de angustia que generaba la peste pues significaba la relación que el individuo establecía consigo mismo —la relación de su alma con su cuerpo—, a la vez que con sus semejantes. Para los galenos:

[...] la tristeza era una aprensión del apetito de algún daño que sucedió contra nuestra voluntad, en la qual la facultad inasible retraída en el corazón para echar el objeto, poco a poco retira para su ayuda la sangre y el espíritu. Con esta pasión se enflaquecen los espíritus i como la polilla daña al vestido i el gusano al leño, assí la tristeza al corazón.⁹

La melancolía resultaba peligrosa porque era el resultado de una reflexión individual, no guiada por ningún responsable religioso, sobre la realidad de la enfermedad. Ella provocaba que en los hombres aparecieran dos sentimientos, el temor y la tristeza, que los conducían hacia la desconfianza con respecto a sus semejantes, hacia la más absoluta misantropía. En efecto, de todos los sentimientos humanos la melancolía era la que terminaba engendrando el horror, lo inhumano, lo monstruoso, el ahogo de toda piedad, ese sentimiento natural que los hombres del pasado consideraban amante de todas las virtudes sociales.

Ahora bien, este estado del alma humana podía desembocar en reacciones sólo aparentemente contrapuestas aunque con un mismo tono: el triunfo del egoísmo personal sobre el sentir colectivo. Por un lado, el miedo a la muerte irremediable podía llevar como obstinada réplica a un deseo irrefrenable por asirse a la vida, a un estallido de vitalismo arrollador poco solidario con los que la padecían. En un tiempo de disolución de los mecanismos elementales de la autoridad política, nada parecía

oponerse a las satisfacciones rápidas ni a los actos criminales que favorecían el carácter ciego de la justicia divina derivada de la perspectiva de una muerte próxima e ineludible. El fraile dominico Francesc Gavalda, que dirigió uno de los hospitales dedicados a los enfermos de peste y que fue un observador excepcionalmente agudo del contagio que asoló a la ciudad de Valencia en 1647, decía que «en ningún tiempo corre el vicio tan libre y suelto como en el de la peste».¹⁰

La idea de la brevedad de la vida animaba a muchos a procurarse placeres hasta sus últimas consecuencias. El sexo, el placer por las exquisiteces de la gastronomía y el disfrute de los bienes materiales se situaron entre las primeras prioridades de muchos individuos. La prostitución y las relaciones extraconyugales se extendían rápidamente con cada visita de la peste. Tampoco hay que olvidar que la falta de hombres y de mujeres, el gran número de personas enviudadas o huérfanas y la sórdida miseria de los primeros momentos propiciaban una libertad sexual mayor que en la etapa previa. De esta relajación de costumbres no escapó en alguna ocasión ni el propio clero. Durante los primeros contagios del siglo XIV, en algunas comunidades religiosas se siguió una vida alejada de cualquier moral y disciplina. Por ello, cuando la peste negra dio las primeras muestras de retroceso, pronto arreciaron las críticas contra estas actitudes. En Castilla, las quejas proferidas en las Cortes de Valladolid de 1351 revelan de manera harto explícita el malestar existente:

En muchas ciudades, villas y lugares de mi señorío hay muchas barraganas de clérigos, tanto públicas como escondidas y encubiertas, que andan muy sueltamente sin regla y trayendo paños de grandes cuantías con adobos de oro y de plata.¹¹

Posiblemente las iras de las gentes no estaban dirigidas tanto hacia las amantes de los clérigos —lo cual se aceptaba por entonces sin mayores problemas— cuanto a la ostentación que de ellas hacían; lo escandaloso no era que se movieran con entera libertad por las ciudades, sino la utilización de vestidos y boatos que estaban reservados por ley a la nobleza y que podían conducir a un engaño respecto a la posición social. Se trataba, ante todo, de guardar las apariencias.

Pero era la destrucción de los lazos sociales más sólidos como consecuencia de aquella impiedad lo que constituía el fenómeno más subversivo para el sujeto y para la sociedad. Separados del resto del mundo, los habitantes de las ciudades contagiadas se apartaban unos de otros temiendo contaminarse mutuamente. El miedo afectaba a todos los hombres. El citado relato de Miquel Parets menciona cómo los sacerdotes que iban a dar la extremaunción a los enfermos adoptaban todo tipo de prevenciones anteponiendo teas encendidas entre el confesante y el confesado para no respirar su olor infecto y administrando con una varilla alargada de plata la eucaristía. En las iglesias, los oficiantes se encerraban en las capillas cerradas por los rejaos y «el

celebrante, cuando salía a decir misa, pasaba por aquellas puertecillas sin refregarse con seculares ni admitirlos en la capilla, dejando para ellos el ámbito de la iglesia». ¹² Todo prójimo se convertía así en un ser potencialmente peligroso y por tanto temido, incluidos los propios familiares más directos. El mismo Parets relataba la triste experiencia de la enfermedad y muerte de su esposa durante la peste de 1651, con estas palabras:

Ver que encontrándose alguna persona ya perdía toda la conversación de los amigos y parientes, que no había persona que quisiera comunicarse con él ni tan sólo encontrar una persona para cuidarla. Y había de ser una persona muy cercana y pariente para que se aventurara a cuidarlo, como era una esposa a un marido y una madre a un hijo o una hermana a un hermano, y todavía de estos huían muchos que no se querían poner, que era el mal tan malo y de tan mala especie que todos huían. Como no podría yo dar razón que se enfermó mi esposa de un carbunclo en la pierna y una buba en la ingle de lo que murió. Y teniendo dos hermanas en Barcelona no quisieron venir ninguna a cuidarla. No digo solo a cuidarla, ni a verla, que la podían ver sin entrar en la casa desde la casa de al lado, que todos estaban sanos y buenos, y desde allí la podían ver y hablarle por estar muy cerca. Y habiéndolas enviado a buscar por parte de la enferma que quería hablarles y verlas antes de morir, no hubo medio de hacerlas venir. Tanto huía la gente de dicho mal. ¹³

Esta situación se repetía epidemia tras epidemia. En Madrid, durante el contagio de cólera de 1885, las cigarreras se negarían a que se instalase en las proximidades de la fábrica de tabacos un hospital para coléricos, promoviendo alborotos y negándose a entrar en los talleres. En Pacheco (Murcia), también durante el mismo contagio, en julio de 1885, «se huye de todo caso sospechoso, de tal modo que ningún colérico encontraría asistencia a precio alguno». En Mahamud (Burgos) el médico titular describe así la inquietante situación contemplada:

Me refiero al abandono en que sucumben muchísimos enfermos por carecer de persona alguna, ni aún de sus más cercanos parientes, que quiera prestarse a su asistencia por ese excesivo temor que la enfermedad infunde. Todo el que haya asistido en alguna epidemia habrá tenido ocasión de observar dolorosamente escenas, y yo podría describir muchas en el que el enfermo ha permanecido días enteros sin tener ni siquiera quien se aproximara a darle un poco de agua; yo he visto, entre otros, a un matrimonio postrado en cama en pleno período álgido, sin más auxilio que tres pequeños niños, hijos del mismo. ¹⁴

Ciertamente, las epidemias podían suponer el triunfo del egoísmo individual, de la soledad de las mujeres abandonadas por sus esposos o de los padres con respecto a sus hijos tocados por la enfermedad. Las relaciones humanas quedaban totalmente alteradas precisamente en el momento en que la necesidad de los otros se volvía más imperiosa. Este aspecto era aún más dramático en una sociedad donde la muerte de los individuos era ante todo una muerte colectiva, compartida por los restantes miembros de la familia, del gremio o de la cofradía. En tiempos de epidemia, todo decoro se abandonaba y la personalidad social de la persona muerta quedaba anulada. A las disposiciones especiales para el entierro de las víctimas —los cadáveres debían ser conducidos a los cementerios por la vía más rápida, sin misas *corpore insepulto*, sin la

asistencia de público, sin que en ocasiones se permitiera el repicar de las campanas para evitar el pánico y la desmoralización— se sumaba la ruptura de las relaciones familiares, que conllevaba la disolución de esa seguridad última que daba a los moribundos su paso hacia el Más Allá de una forma ritualizada, y en donde los sufragios de los vivos ante las tumbas de sus ancestros resultaban vitales para que sus almas alcanzasen la paz eterna. Es posible que en ello radique el crecimiento de los legados testamentarios por parte de numerosos particulares que en toda epidemia se sucedían a favor de los miembros de las diferentes órdenes religiosas, a las que, dicho sea de paso, enriquecían: los religiosos representaban para muchos creyentes la única garantía de que alguien velaría por sus almas en el futuro, realizando los correspondientes sufragios por los difuntos.¹⁵

Por todo lo referido hasta aquí, es fácil comprender que la peste se convirtiera a los ojos de los contemporáneos en la muerte más temible que podía sufrir el hombre (*Ut a peste, sive epidemia morbo liberamur*). Muerte del cuerpo pero también muerte del alma, si no se tenía un referente de enterramiento en lugar sagrado. Eso parece testimoniar la noble Leonor López de Córdoba cuando le sorprendió la peste en la ciudad de Sevilla en 1374, en la que murieron dos de sus hermanos, sus cuñados y trece de los caballeros de la casa de su padre. Leonor se lamentaba de «que a todos los sacaban a desherrar al desherradero, como moros, después de muertos».¹⁶ En la mentalidad popular, la negación del entierro en un cementerio eclesiástico sólo era aplicable a animales y parias sociales, como los suicidas y los apóstatas que habían renunciado a Dios. Únicamente bajo este temor a no alcanzar la bienaventuranza del cielo logra comprenderse la obsesión que se vivía en todas las epidemias por introducir los cadáveres clandestinamente en los cementerios parroquiales urbanos para ser enterrados en secreto, desafiando las disposiciones sanitarias, sobornando a los enterradores y buscando la tierra bendecida que aseguraba el acceso al cielo. Para escapar de la muerte anónima de la fosa común algunos médicos llegaban incluso a ser presionados para que certificaran la muerte natural de personas contagiadas, con el fin de que pudieran ser enterradas en sus correspondientes nichos familiares. Y sólo así se entiende que las autoridades municipales, para aliviar la angustia de los familiares, decidieran levantar capillas tras las epidemias en los lugares que han servido de osario común, santificándolos y comprometiéndose a realizar misas anuales por las almas de los que allí yacen, como ocurrió en Barcelona tras la epidemia de 1651 junto al campo anexo al monasterio franciscano de Jesús que había servido de morbería.

Este tipo de comportamientos puede resultarnos hoy incomprensible si no tenemos en cuenta la importancia que el discurso religioso sobre la enfermedad tuvo para los españoles de los siglos pasados. De hecho, el dolor, la agonía y el tránsito hacia la otra vida se constituyeron en el eje en torno al cual se estructuraron los nuevos valores

religiosos respecto a la muerte en el final de la Edad Media. Hasta entonces, el cristianismo no había concedido una importancia prioritaria a la idea de la muerte, a la que solamente consideraba como el fin de la vida terrenal y el principio de la vida eterna. Dado que el cuerpo era tan sólo el vehículo del alma, su valor resultaba intrascendente, ya que apenas modificaba el destino final. La salvación del espíritu podía realizarse en los últimos momentos, en la agonía, y disculpar así toda una vida de perdición o alejamiento de las normas religiosas. Sin embargo, las epidemias acontecidas desde mediados del siglo XIV cambiaron drásticamente esta opinión: mostraron a los ojos de los hombres la podredumbre del cuerpo como signo indiscutible del pecado humano.

Ciertamente, tras la peste negra, por toda Europa comenzó a sobrevalorarse lo macabro, lo repulsivo de la muerte en sí, la descomposición física a la que se veía sometido el cuerpo, al que de nada le servía toda una vida de placeres y de felicidad, pues su irreversible destino era la transformación en polvo, la vuelta a la tierra, como todos pudieron observar en los peores momentos de las epidemias. Pero a partir de ese momento, la muerte cambió de sentido gracias a la imaginación de los teólogos cristianos: a diferencia de la etapa anterior, adquirió personalidad propia, rasgos físicos exclusivos y de fácil identificación. La Muerte en forma de enfermedad, guerra, hambre, se escribía ya con mayúsculas. Se trataba de un nuevo castigo aplicado a los mortales que representaba lo más negro de la persona: el mundo del pecado y la miseria. Mientras en tiempos normales el perfume delicado del incienso se elevaba con la plegaria en la misa hacia Dios, simbolizando la alianza sagrada entre los hombres y su Creador, en tiempo de peste quedaba sustituido por el humo negro y pudoroso, el olor de la muerte, que emanaba de las almas de los pecadores. El tránsito hacia la otra vida debía realizarse, necesariamente, de forma dolorosa. Fue así como el sufrimiento corporal y la pobreza asociados a los contagios adquirieron una nueva dimensión redentiva en la escala de los valores cristianos.

Culpabilización y redención

Durante el contagio de fiebre amarilla de Málaga en 1804, un clérigo de la ciudad, el padre Rute y Peñuela, afirmaba en una de sus homilías:

[...] las pestes que trahen consigo una multitud de infortunios, y que acompañan siempre la mortandad, por más que vosotros críticos destemplados, sabios orgullosos e incrédulos las atribuyáis al acaso, al desarrreglo de las estaciones, a la malignidad de los alimentos y a otras causas naturales y físicas, que no hay duda las pueden producir, y a veces las producen; pero agitadas y puestas en movimiento por la ira de Dios, que previendo las culpas de los hombres las combinan en tal disposición, que sirven de verdugos a los que las cometen, mandando a sus Ángeles, esto es, a los espíritus malignos las alteren y executen así para nuestro escarmiento.¹⁷

La enfermedad ha sido un factor que ha estado presente en todas las sociedades humanas, desde las colectividades más primitivas hasta las sociedades más altamente tecnificadas. Las respuestas dadas por las distintas culturas al conocimiento del fenómeno de enfermar —considerado desde el punto de vista cultural y no exclusivamente científico-natural—, han ido variando a lo largo de la historia. En nuestra cultura occidental ha gozado de gran tradición la relación enfermedad-pecado en el intento de explicar la causa de un grupo de enfermedades para las que hasta tiempos muy recientes no fue posible encontrar una explicación natural.¹⁸

Desde los primeros tiempos, el pensamiento cristiano ha interpretado las epidemias bajo el prisma de la punición. La ira de Dios caía en forma de plaga sobre una sociedad corrupta que, deliberadamente, se había apartado de su Creador eligiendo el camino del pecado. Asentado en la sociedad del Antiguo Régimen el principio de que era Dios la causa primera de la enfermedad y la que le daba su sentido final, la peste aparecía como un instrumento del poder divino, en tanto orden superior, para castigar la conducta desviada de los hombres.

Esta relación entre enfermedad y pecado no fue una invención del Cristianismo. Ha sido una constante cultural en muchas civilizaciones desde la Antigüedad. Podríamos rastrear sus orígenes en culturas como la mesopotámica. Pero fue a través del judaísmo por donde penetró en el conjunto de creencias que guiarían la espiritualidad cristiana occidental. Las relaciones entre peste y pecado que realizaron los hombres de la Iglesia encontraban su justificación en diversos pasajes extraídos de las Escrituras, algunos de los cuales fueron motivo de reflexión abundante en los tratados religiosos o en los sermones pronunciados en tiempo de peste. Varios fragmentos de Ezequiel y de Deuteronomio, libros del Antiguo Testamento, destacan por el mayor énfasis que ponían en esa relación entre castigo y faltas contra la fe. Por ejemplo en ese último se lee: «Jehová enviará sobre ti la maldición, confusión y reprensión en toda empresa que trates de llevar a cabo, hasta que hayas sido aniquilado y hayas perecido de prisa, a causa de la maldad de tus prácticas por haberme abandonado» (28:20 y 21). Sin embargo, las referencias más recordadas por la Iglesia postridentina española corresponderían a los episodios bíblicos de las plagas lanzadas por Dios contra el pueblo de Egipto para liberar a los hebreos de su esclavitud (Éxodo, 12: 29-31), las enfermedades que golpearon a estos últimos en su huida por el desierto desde Egipto (Números, 21:6-9) o los castigos que sufrió el pueblo de Israel por causa de la soberbia de sus reyes (Reyes, 14 a 17).

Al igual que la medicina docta trataba de dar un discurso racional sobre los motivos de las pestes desde los parámetros científicos de la época, el discurso religioso trataba asimismo de dotar de un principio de causalidad a aquellos infortunios que

periódicamente azotaban a las sociedades del Antiguo Régimen. El discurso religioso intervino para dar a un fenómeno inexplicable un significado de orden superior que, al menos, dotara a la sociedad de razones para buscar remedios espirituales con los que enfrentarse al mal. Fue así como las epidemias se convirtieron en un magnífico campo de misión pastoral para los hombres de la Iglesia, a los que allanaron el camino en su aspiración por crear un orden religioso, político y social disciplinado en la sociedad de su tiempo, especialmente en el período iniciado tras la celebración en el mundo católico del Concilio de Trento (1545-1563). La peste fue ante todo una lección que abría el corazón de los hombres y los llevaba mansamente a la protección que les ofertaban los hombres de la Iglesia. Como escribía el jesuita Juan Gestí al general de la orden en Roma en 1558, a propósito del contagio de aquel año en diferentes ciudades del Levante español: «poca necesidad ay agora que los predicadores se rompan los pechos para traer gente a la confesión porque nuestro señor mueve tantos que muchas veces seríamos menester muchos más sacerdotes para cumplir con los que acuden a nuestra iglesia».¹⁹

Una ola de pietismo y de espiritualidad recorrió la geografía española desde la aparición de las grandes epidemias bajomedievales. Ciertamente, la llegada del apocalíptico mal, considerado por muchos como un castigo divino por los pecados del género humano, condujo a un elevado número de personas bajo la dirección espiritual de las gentes de la Iglesia a corregir sus formas de vida tradicional y a volver su mirada hacia Dios. Hoy tenemos numerosos testimonios que atestiguan cómo en el mundo rural español las coyunturas epidémicas fueron un valioso instrumento de cristianización en el final de la Edad Media.

Numerosas fundaciones de capillas dedicadas al culto mariano en muchos lugares de nuestra geografía durante el siglo xv estuvieron muy vinculadas a las milagrosas apariciones que la Virgen hizo ante campesinos, a los que exhortaba para que transmitieran a sus convecinos la necesidad de una reforma moral de sus costumbres, abandonando las antiguas creencias paganas y sustituyéndolas por las auténticamente cristianas, como requisito para evitar o poner fin a las pestes que por entonces resultaban tan frecuentes. La difusión de este tipo de relatos por parte de los religiosos a través de las predicaciones y la literatura religiosa en la que se recogía esta clase de milagros fue sin duda un apoyo fundamental para que en las regiones rurales del interior, donde la cristianización resultaba todavía débil por la falta de clérigos, ella comenzara a realizar progresos importantes en el final de la baja Edad Media. Así ocurre por ejemplo en la población de Cubas, cercana a Madrid, cuando en 1449 una muchacha, Inés Martínez, llamada Inesica por sus amigos, hija de un porquerizo y muy devota de María, revela al pueblo el 3 de marzo que la Virgen se le ha aparecido en estatura infantil y le ha advertido que comunique a todos sus vecinos que acudan

pronto a confesarse porque se aproxima una epidemia. El domingo 9 todos los vecinos se acercan con Inés en procesión hasta el lugar donde la Virgen le había señalado que edificasen una iglesia en su honor, como voto de gracias porque el pueblo se librara del temible mal.

La historia se repite en muchos pueblos catalanes del interior por las mismas fechas. La primera aparición catalana de la que hay una prueba documental es la de Santa María del Miracle, en Riner (Lérida), ocurrida en agosto de 1458. En medio de una epidemia de peste bubónica, la Virgen se les apareció a dos chicos el mismo día que su padre ayudaba a enterrar a la hija de unos vecinos. Una semana después, uno de los niños, que tenía 8 años y había sido el vidente principal, murió tras haber contado su historia a un representante de la diócesis quien difundiría la milagrosa aparición. El Miracle es hoy un santuario imponente dirigido por los benedictinos de Montserrat. Idénticas historias podrían relatarse de Torn, en Gerona en 1483, o de Reus en 1592, donde una pastorcilla, Isabel Besora, fue marcada en la mejilla con la señal de una rosa roja por la Virgen para que su vecinos creyeran en su visión. Isabel dijo a los ediles que María sería la redentora de la villa, azotada entonces por la peste, y que debían encender para ello la llamada «vela de la peste» —una vela tan larga como el perímetro de las murallas de la ciudad—, que simbolizaba el rito protector y de conciliación con Dios.²⁰

El fin de estas visiones era evidentemente conminatorio. Se trataba de reforzar la reforma moral comunitaria y la piedad colectiva. De hecho, muchos santos fueron rescatados del olvido y erigidos por las multitudes como santos protectores contra las enfermedades. De hecho, ya desde el siglo VI, con el famoso impacto de la peste que recorrió amplias zonas del Mediterráneo por aquel entonces, los hombres de la Iglesia comenzaron a dejar perfiladas algunas de las devociones tradicionales que situarían a determinados personajes como intermediarios preferentes entre la humanidad y la Providencia irritada. El retrato de la Virgen llevado en procesión por el papa Gregorio en el año 590, para rechazar las miasmas de la peste, fue una de las primeras manifestaciones en este sentido. La narración que hizo la *Leyenda Dorada* —obra hagiográfica en la que se recogía la vida de los principales santos—, desde el siglo XIII en adelante, situó a María como una de las más antiguas protectoras contra las calamidades, amparo simbolizado por su manto bajo el que se refugiaba el conjunto de los hombres.

Junto a ella, otro personaje que recibió uno de los primeros títulos contra las epidemias fue San Sebastián. Era un mártir romano muerto durante las persecuciones de Diocleciano a finales del siglo III. Su martirio se sitúa entre el 287 y el 303 d. C. Según la *Leyenda Dorada*, este santo de madre milanese había nacido en Narbona —aunque otras narraciones lo sitúan en Milán—, y se había convertido en el jefe de los arqueros del

emperador, que le confió la custodia de los cristianos conducidos al suplicio; testigo de su fe, se hizo bautizar y abandonó el servicio imperial. Diocleciano —que había tenido una inclinación especial por Sebastián, la que no fue correspondida por el nuevo cristiano— lo condenaría a muerte; atado a un árbol, fue atravesado por flechas y dejado por muerto; tras ir la piadosa Irene —viuda del mártir cristiano Cástulo— a buscar su cuerpo para embalsamarlo, apercibiéndose de que todavía vivía, lo liberó y lo cuidó hasta su cura. Fuera de peligro, salió un día al paso del emperador reprochándole las torturas infligidas a los cristianos. Diocleciano ordenó entonces que fuera azotado hasta morir —en algunas leyendas se dice que fue lapidado—, y su cuerpo lanzado a la Cloaca Máxima. Sus restos se dice que fueron sepultados en una catacumba en la Vía Apia, cerca de la basílica que lleva su nombre.

El culto de este santo romano protector contra las epidemias se hizo muy popular en el Occidente europeo a partir de la peste del 680 d. C. que asoló Roma, y en la que se atribuye a su intercesión el final de la misma. De hecho, San Sebastián es el tercer patrón de Roma tras San Pedro y San Pablo. En el siglo VIII su devoción se extendió por toda Alemania y Francia, de donde pasó, probablemente en el siguiente siglo, a los territorios orientales de la Península y desde allí al resto de la misma. Dado que él había sobrevivido a las flechas de los hombres, sería el encargado de protegerlos contra las flechas de la ira divina, elemento con el que siempre aparece representado iconográficamente y que guarda reminiscencias de la cultura clásica y cristiana: en la *Iliada*, Apolo desencadena la plaga, mientras que en la Biblia esto se atribuye a Yahveh. Dos arquetipos se sucedieron cronológicamente en sus representaciones. La representación más antigua de Sebastián es un fresco del siglo V conservado en la cripta de Santa Cecilia, catacumba de Calixto en Roma, en la que figura entre varios personajes ataviados con toga. En el siglo VII aparecía revestido con una armadura de oro sobre una túnica bordada, y tenía aspecto de persona de edad y llevaba barba. Partiendo de estos modelos, durante la Edad Media su representación tendió a la del soldado romano de edad madura, con cabellos y barba blancos, llevando coraza y armado con una espada y un escudo. Con su mano, al igual que hacía la Virgen, parecía proteger a los hombres de la ira divina en forma de saetas que descendían desde el cielo. Con el Renacimiento el modelo cambió para volverse más juvenil. Los artistas se complacieron en detallar insistentemente a un joven atractivo, desnudo y acribillado de flechas atado a una columna o un árbol. Sin duda, una traslación del canon clásico del dios Apolo a la iconografía cristiana.²¹ Tras el Concilio de Trento, el conservadurismo católico impuso, sin embargo, una representación del santo como persona anciana, alejada de despertar complacencia estética.

También contó con una cierta relevancia el culto a San Cristóbal, santo del siglo V. Su culto se extendió también muy pronto por todo el mundo cristiano. Según la leyenda,

Cristóbal se había convertido en un gigante cananeo, que intentaba servir al soberano más poderoso del mundo, por lo que se puso al servicio de Satanás. Al percatarse de que con sólo mirar el crucifijo hacía huir al demonio, se comprometió al servicio de Cristo, ayudando a los viajeros a atravesar un curso de agua peligroso —metáfora de la vida—. Una tarde, un niño lo llamó para cruzar el río. Cristóbal se lo subió a los hombros pero a medida que avanzaban, el niño iba pesando cada vez más; el gigante, apoyado en su bastón, llegó finalmente a la orilla opuesta desde la que un ermitaño le guiaba con su luz. El niño le reveló entonces que era Cristo, su rey, aquel que había creado el mundo. Como prueba, le hizo hundir su bastón en el suelo, donde al día siguiente apareció un fruto. Más tarde, Cristóbal predicaría a Cristo en la ciudad de Samos, en Licia, con un éxito considerable hasta que fue encarcelado y sufrió suplicio por su condición de cristiano. Se vio sometido a tormentos recogidos del fondo común de las leyendas hagiográficas: varas de hierro, parrilla, flechas que regresan a su punto de partida —razón que asimila su culto al de San Sebastián en relación a las pestes. Finalmente, murió decapitado. San Cristóbal, además de velar por los viajeros, se convirtió en el patrón de los moribundos. La simple visión de su imagen bastaba para impedir que se muriera de manera imprevista en un viaje sin recibir los sacramentos de la Iglesia, fundamentales para alcanzar la salvación eterna. Por eso era frecuente que su imagen se colocara en las puertas de salida de los hogares o de las propias ciudades para todos los que se alejaban de la protección de los muros de aquéllas.²²

No obstante, fue la figura de San Roque la que mejor se adaptó a las creencias surgidas en torno a las experiencias nuevas de los contagios a partir del siglo XIV y puede ser considerada una auténtica creación del humanismo cristiano de principios de la Edad Moderna. Su historia, suficientemente célebre, recuerda bastante los modelos de vida ideados por las órdenes mendicantes. Nacido en Montpellier, en el seno de una familia nobiliaria —de mercaderes según algunas versiones—, decidió distribuir entre los pobres su cuantiosa hacienda a la muerte de sus progenitores, renunciando al título de nobleza que le correspondía y que cedió a un tío suyo juntamente con el gobierno de los pueblos, villas y tierras que constituían los dominios que de su padre había heredado. Con las alforjas al hombro y un cayado en la mano, se dirigió en peregrinación a Roma. En su viaje por Italia cuidó a los enfermos de peste de varias ciudades, entre ellas de la propia Roma, Aquapendente, Cesana y Piacenza. En esta última contrajo la enfermedad a causa de una saeta que se le clavó en su pierna izquierda (símil del mito clásico de Aquiles, héroe de la *Iliada* de Homero), y fue expulsado de Piacenza, lo que recuerda la postura que por entonces se comenzaba a adoptar respecto a los contagiados, sacándolos fuera de las ciudades. Por sí mismo, con la sola atención y consuelo de un ángel que le curaba y de un perro que le traía comida —por lo general se le representará acompañándolo con un pan en la boca—, San Roque tuvo que superar la enfermedad, en medio de indecibles padecimientos. Recuperada la salud y vestido de peregrino

regresó a su tierra, siendo detenido en su propia ciudad de nacimiento, Montpellier, al ser tomado por un espía. Conducido a la cárcel, sufrirá cinco años de ostracismo y sufrimiento con paciencia y resignación antes de morir en el año 1327, a los 32 años de edad. Cuando su tío, el gobernador de Montpellier, se percató de que la identidad del prisionero que acababa de morir era en realidad la de su sobrino Roque, anegado en lágrimas se haría cargo de su cuerpo y ordenaría que se celebraran en su honor unas exequias solemnes y que se construyera a sus expensas una magnífica iglesia. El relato de la *Leyenda Dorada* hace además hincapié en que, al regreso del Concilio de Constanza en 1415, los padres conciliares se libraron por su intercesión de contraer la enfermedad, lo que motivó que su cuerpo fuera llevado por toda Italia y paseado procesionalmente por las tierras del país en el que, debido a la infinidad de milagros que hacía por todos los lugares, comenzaron a construirse innumerables capillas dedicadas a él.²³

El culto a San Roque se asentó tras el Concilio de Constanza en 1414 en la zona meridional de Francia y en el norte de Italia. Su historia fue particularmente difundida por toda Europa a partir de la obra de Francesco Diedo, humanista y antiguo profesor de derecho del Estudio General de Padua, convertido en gobernador de Brescia, y autor de *Vita sancti Rochi*, publicada en el año 1483. Sin embargo, su canonización, como un santo francés competidor de San Sebastián, de claras raíces romanas, debió de producirse durante el llamado Cisma de Occidente —que dividió a la cristiandad entre dos sedes papales, la francesa de Avignon y la italiana de Roma— por parte de los papas franceses, posiblemente por Clemente VII o Benedicto XIII. Aunque Italia fue el escenario de sus curaciones —antes de que se produjera la disputa religiosa, lo que legitimaba el carácter taumatúrgico de San Roque—, es poco probable que los papas romanos de entre 1378 y 1417 hayan pensado en canonizar a un peregrino originario de la Francia del Midi, nacido en una villa fuera de su obediencia.²⁴

Su culto se difundió, sin duda, más rápidamente que este tipo de obras impresas durante la segunda mitad del siglo xv, siendo la ciudad mercantil de Venecia uno de sus puntos de irradiación hacia el Levante español. Hacia la década de 1470 comienzan a aparecer las primeras capillas en su honor y la aparición de las primeras cofradías devotas del santo en nuestro país. Su culto, sin embargo, tardó en penetrar frenado por la fuerte costumbre devocional de santos tradicionalmente invocados como San Sebastián. Su implantación como culto oficial terminó afianzándose en coincidencia con la etapa en que comenzaron a consolidarse las primeras magistraturas sanitarias en nuestro país, las cuales empezaban a afrontar de forma sistemática el problema de las epidemias y de su difusión, siguiendo el ejemplo italiano. Si San Sebastián encarnaba el aspecto preventivo de la peste, tratando de evitar su llegada, San Roque era el símbolo del complemento terapéutico de la enfermedad, el cuidado del cuerpo ya infecto mediante la asistencia distante, retirada de las ciudades. No era pues extraño que su

imagen fuese representada no sólo en las capillas parroquiales sino también en los hospitales de la época. Además, desde un punto de vista estrictamente religioso, su historia se adecuaba más a los rasgos de la resignación que se esperaba que el cristiano tuviera ante la enfermedad, observada ya entonces con escandalosa mirada repulsiva: frente a la armonía del cuerpo representada por las imágenes de San Sebastián durante los siglos XV y XVI, San Roque fue la otra vertiente, la de la corruptibilidad corporal testimoniada por las llagas de su pierna.

Su historia enseñaba asimismo otros mensajes fácilmente captables. La función de la vida de los santos siempre ha sido la de servir de espejo en el que pudieran fijarse los hombres. En una época en la que la Iglesia hacía siglos que había dejado de ser perseguida para convertirse en perseguidora, su historia, para que fuera verosímil, debía insertarse en un marco concreto de padecimientos humanos como eran los contagios. A la relación pecado-castigo, y también con claras raíces en el judaísmo, su historia añadía el valor de la enfermedad como prueba, como reto que permitía incrementar mediante el sufrimiento los méritos individuales y colectivos que hacían a los hombres merecedores de los disfrutes del Más Allá. En este sentido, la creencia en San Roque fue una realidad mucho mejor controlada por la razón humanista: se adecuaba bien a los nuevos parámetros que, dentro de una óptica cristocentrista, pretendían hacer converger a la heroicidad y la magnificencia como ideales humanos alcanzables.

La heroicidad como factor de canonización durante este período no ignoró, sin duda, las influencias de la lectura atenta que los teólogos humanistas hicieron del libro VII de la *Ética* de Aristóteles. El servicio heroico entre los cristianos suponía el honor de servir a Cristo a través de los miserables, de los enfermos, no sólo entendido como concepto inspirativo del santo, sino también como nuevo impulso operativo de la sociedad cristiana del Renacimiento y de la Contrarreforma. Por su parte, la magnificencia se ilustraba a través de la virtud de la paciencia, alimentada por los conceptos de obediencia y humildad. Estos eran los nuevos mensajes civilizadores que la Iglesia trataba de imponer a través de su reflexión serena sobre la enfermedad al resto de la sociedad.

Evidentemente, los primeros en ponerse al servicio de este modelo fueron los propios religiosos. El servicio heroico entre cristianos durante los contagios sustituía, en una época en la que la Iglesia ya no se sentía perseguida, la insatisfecha aspiración misionera de muchos de sus miembros. Morir entre apestados sublimaba el heroísmo del servicio en la medida que respondía a una voluntaria elección o a una obediencia aceptada como expresiones válidas y equiparables al martirio tradicional. Así lo expresó el franciscano Bernardo de Siena, que consideraba mártires a aquellos que murieran

practicando la caridad en tiempo de peste, prescripción que encontraría aceptación entre las órdenes regulares que más se dedicaron al cuidado de personas contagiadas durante la época moderna, como el caso de franciscanos, capuchinos, carmelitas y en menor medida jesuitas. Bajo este nuevo orden de cosas, los signos de la santidad ya no se manifestarían, como en el pasado medieval, en elementos externos como la incorruptibilidad del cuerpo sino en el anhelo de perfección moral y el sacrificio personal. Como afirmaba el capuchino Raimond de Lloret de Mar de la actuación de sus hermanos de orden, durante el contagio de 1650 a 1653 en la provincia religiosa catalana:

Haviendo el contagio echo en este Principado de Cathaluña desde los años 1650 hasta el de 1653 un horroroso estrago y dexando su veneno no pocos pueblos, villas y ciudades enteramente desolados, dio nuestra familia de capuchinos por esse tiempo claras muestras de zelo y charidad, y aunque esta epidemia mal sea assí fiera e inhumana, que apenas los mismos padres se atrevan a socorrer a sus hijos de consuelo y remedio destituidos, no obstante entre los nuestros se levantó tal llama de amor de los próximos que desgraciada la propia salud y vida, intrépidos expusieron sus cuerpos a todo peligro, *ofreciéndose y sacrificándose a Dios como hostias vivas en holocausto*, por la salud corporal de todos y salvación de sus almas, asistiendo a los apestados en todas sus necesidades, administrándoles los sacramentos, y dando sepultura a sus cuerpos.²⁵

Aunque este martirio religioso en ocasiones estaba calibrado —algunas órdenes solían disponer la evacuación de los novicios sólo quedando en las ciudades contagiadas para asistir a los enfermos los más viejos de entre los frailes—, no deja de ser remarcable que este ejercicio de caridad fuese entendido por los hombres de la iglesia como el más alto grado de perfección cristiana que se pudiese alcanzar. Pero para que toda esta ideología religiosa en torno al significado de la enfermedad prendiera en las conciencias de los laicos era preciso emplear mecanismos eficaces de transmisión cultural en una sociedad mayoritariamente analfabeta. La oratoria desde el púlpito y las teatralizaciones de las procesiones rogativas fueron instrumentos fundamentales para acceder a la sensibilidad y al imaginario popular, profundamente predispuesto en estas coyunturas a acoger los eficaces mensajes de la predicación.

Junto a la intimidad de la confesión auricular y a la presencia cada vez mayor de las estampas impresas en el interior de los hogares, el sermón fue un extraordinario mecanismo pedagógico en la formación religiosa de la sociedad en época de contagio: el predicador narraba la historia del santo para enfatizar aquellos pasajes que recordaban el paralelismo con el sacrificio redentor de Cristo y las virtudes que se pretendía que sirvieran de ejemplo para el resto de los hombres. Se ensalzaban así rasgos como la heroicidad en San Sebastián (... *no mostró un punto de cobardía ni punto de temor*), o la abnegación ante un mal enviado por Dios como en San Roque (*las saetas, los trabajos y martirios, hijos son de Dios que él encamina hacia los que ama*). La enfermedad fue presentada así a los ojos del fiel como una prueba enviada por Dios que debía ser bien recibida por los hombres, los que encontrarían en el sufrimiento los méritos suficientes

para alcanzar su salvación: ... *mi gloria es ser abrazado con el calor de la impostura y enfadosa calentura pues no me interesa menos que servir de reliquiario (sic) y cofre a Cristo y así no (h)ay p(ara) mí azucar más dulce ni almibar más sabroso que estar sin salud.*

La enfer-medad aparecía pues, como un terreno de lu-cha donde se fortificaba el alma, llegándose al extremo de rechazar la propia salud como circunstancia considerada peligrosa para el cristiano: *maldita la salud pues suelta las riendas a la carne y haze amar la tye-rra y olvidar el cielo; bienaventurada la enfer-medad pues haze olvidar a los hombres sus co-sas y seguir a Cristo, su médico verdadero.*²⁶ Estos mensajes se reforzaban con otros resor-tes emotivos que trataban de movilizar la re-acción del auditorio. La peste era descrita con imágenes temibles de caos, familiares para los oyentes. Ella era, como indicábamos en un principio, poco menos que una anticipación del infierno en la tierra. Se escogían imágenes que fijaban la analogía entre la peste y el fuego del infierno o las fieras salvajes, fácilmente entendibles por su carácter sensorial. Por ejemplo, se hablaba repetidamente del mal como *fuego devorador* o como un *león rugiente*.

Asimismo, estos sermones se caracterizaban por el conti-nuo tono interrogatorio hacia el auditorio, que pretendía despertar en él un senti-miento de culpabilidad con respecto a la causa final de la aparición de la enfermedad. Se trataba de un *topos* recurrente en los textos religio-sos y que tenía como objetivo mover hacia la moralización de las costumbres exigiendo la correspondiente pe-nitencia de las personas. Escuchado en tiempo de peste, este mensaje encontraba una resonancia distinta a cualquier otra época y favorecía los intereses de la Iglesia en obte-ner una uniformización de las conductas indi-viduales.

Algunas de estas técnicas oratorias eran empleadas durante las procesiones rogativas. Aunque, durante los siglos XIV y XV, hay testimonio del envío de representantes municipales en peregrinación a lugares santos como Santiago o Roma para implorar el perdón divino para las afligidas ciudades españolas contagiadas, lo más habitual era que en las propias ciudades tuviera lugar todo un conjunto de ritos de protección religiosa que encontraban su máxima expresión en las multitudinarias procesiones en que se exponían imágenes y reliquias. Según des-cribía el dominico Gavalda de la peste de Valencia de 1647, hubo gente que recorría las calles «unos ceñidos apretadamente con ásperas sogas, otros arrastrando gruesísimas cadenas, otros sufriendo pesadas cruces», acompañados de 400 muchachas «descalças todas, deshechos los cabellos, cubierto el rostro con un volante negro».

Las misas y procesiones solemnes se convertían, desde la perspectiva religiosa, en el único remedio para aplacar la cólera celestial. Como si de un templo cristiano en marcha se tratara, las procesiones trataban de conferir un sentimiento de seguridad a la

colectividad siendo encabezadas por sus guías religiosos o políticos: tras la cruz, la imagen o las reliquias del santo protector se articulaba un cortejo de honor donde se escalonaban, convenientemente jerarquizadas, corporaciones, autoridades civiles y miembros del clero que discurrían por las diferentes parroquias de la ciudad. Estos cortejos respondían a un ritual muy codificado que ante todo buscaba que la imagen del orden desvanecido por la presencia de la enfermedad retornara y reforzar, así, el protagonismo político de las autoridades. El voto que los regidores de Barcelona hicieron en el año 1507 a San Sebastián de edificarle una iglesia en el caso de que cesara el contagio que sufría la ciudad ilustra muchos de estos aspectos.

La ceremonia de la colocación de la primera piedra tuvo lugar el 12 de abril, en pleno apogeo de la enfermedad. Se había elegido como emplazamiento una plaza situada entre la Lonja y la Fuente del Ángel. Tomadas las medidas de largo y ancho de la iglesia se procedió a realizar un gran surco que circunscribía su planta. Varios días antes de la ceremonia se había anunciado a través de un bando municipal la celebración de una procesión que partiendo desde la catedral llegaría hasta allí. Por respeto hacia la misma, todas las puertas de las casas y talleres permanecerían cerradas y todos los ciudadanos deberían sumarse a la procesión y al oficio religioso que allí se celebraría. La plaza fue engalanada con velas y un bello altar empaliado al frente, hacia la ribera del mar, con un bello brocado sobre el altar adornado de plata enramada. En él figuraban un retablo de la Virgen María con un crucifijo y una imagen de San Sebastián. Fuera del patio y del surco todo estaba enramado de muchos árboles verdes y la tierra cubierta de hojas de romero, cantueso y otras flores consideradas benéficas contra la peste.

La procesión partió de la catedral encabezada por dos banderas que representaban los improperios lanzados contra Jesús durante su pasión. Tras ellos, un ermitaño llevaba un gran crucifijo. Detrás, venía un personaje representando a San Sebastián con un arco en la mano y flechas que, cogidas a sus vestiduras, aparentaban atravesarle el cuerpo. Les seguía un nutrido grupo de niños en camisa, disciplinadamente. Por detrás, los canónigos de la catedral con la bandera de Santa Eulalia, mártir y patrona de la ciudad, encabezado por el vicario del obispo que llevaba un relicario en el que se encontraba una reliquia del santo. Inmediatamente detrás, los regidores de la ciudad, con sus varas, símbolos de su mando. Cada cierto intervalo, el personaje que figuraba a San Sebastián se volvía hacia el cortejo preguntando: «¿qué me pedís?». A lo que respondían los niños «¡No morir de esta manera tan pronto y con tanta furia de tan gran pestilencia!», lo que motivaba que el cortejo se interrumpiera y todos los que lo acompañaban se arrodillasen para rogar: «¡Señor Dios, Señor Dios, Misericordia!». La escena se repetía una y otra vez en cada esquina descargando la histeria colectiva de los asistentes entre sollozos y gritos altos.

Tras pasar por la Lonja, símbolo de la riqueza mercantil de la ciudad, y llegados al patio en que debía edificarse la iglesia, sólo los religiosos y las autoridades municipales traspasaron el surco. La comitiva fue recibida con muchas trompetas y con el estruendo de las bombardas que estaban en el lugar y que fueron disparadas tratando de purificar el aire que circulaba por encima. Oficiada la misa por el vicario general, a canto de órgano y con solemne sermón, la histeria colectiva se redobló en el momento de alzarse la eucaristía, de forma que fue tan grande el griterío y los truenos de las bombardas que parecía que el mundo se fuera a acabar.

Concluido el oficio, y en medio de un gran silencio, las autoridades religiosas y municipales procedieron a colocar en una esquina la primera piedra con las armas esculpidas de Barcelona mientras pronunciaban por tres veces el voto al santo: «¡A honor y gloria de Nuestro Señor Jesucristo y de la humilde Virgen Señora Santa María, madre suya y el glorioso mártir San Sebastián, en honor del cual es edificada esta iglesia y puesta la primera piedra para que interceda ahora y por todos los tiempos y sea revocada la pestilencia esta vez!» Cantando el *Te Deum laudeamus*, la procesión regresó de nuevo a la catedral.²⁷

Fuera porque la peste finalmente cesó por la intervención de San Sebastián, los regidores de la ciudad renovaron puntualmente cada 20 de enero, festividad del santo, el voto realizado en 1507, mediante la correspondiente procesión que se encaminaba para escuchar una misa solemne en aquella iglesia. La descripción de este voto expresa algunos de los elementos más significativos de la práctica integradora que suponía este tipo de actos religiosos en tiempo de peste. La rigidez de la jerarquización en la procesión ponía a la vista de sus participantes la continuidad del orden político y social que la propia epidemia amenazaba con romper. El ceremonial en la plaza donde fue colocada la primera piedra tendía a reforzar este sentimiento de autoridad política incuestionable. Por otro lado, toda la ceremonia pretendía ser un elemento de descarga de la tensión social acumulada durante las semanas en que persistía el contagio. Las escenas de histeria colectiva así lo atestiguan. El ritual tendía a uniformar los comportamientos a través de la escenificación del diálogo con el santo, lo que debía servir como mediador ante la ira divina. La presencia de los niños descalzos y en actitud disciplinante en la cabecera de la procesión buscaba mover la misericordia de Dios. La comunidad empleaba a los niños, como símbolos de la pureza y de la inocencia injustamente castigada, para conmover a la Providencia.

Este tipo de gestos fue repetido una y otra vez ante cada epidemia por toda la geografía española en los siguientes siglos. La Iglesia no dejó de practicarlas a la menor oportunidad, incluso en fechas tan avanzadas como las del contagio de gripe de 1918. Todavía el 29 de octubre de aquel año, el *Diario de Alicante* informaba que se organizaría

una rogativa procesional por la ciudad a favor de la Madre de Dios del Remedio para que acabara con la epidemia que asolaba Alicante. La iniciativa sería duramente atacada por el diario republicano *El Luchador*, que criticaba la acción de los fanáticos católicos, a los que acusaba de ser los responsables de que la mayor parte de los españoles desconociera los más rudimentarios preceptos higiénicos y no tuviera la práctica de su uso, puesto que la mayoría de ellos eran educados por frailes y monjas —«la carroña de la humanidad»—, los cuales siempre habían preferido una pila de agua bendita a una pila de baño, por lo que nunca se lavaban.²⁸

A finales del siglo XIX, el dramaturgo, matemático y político madrileño José de Echegaray decía en un sugestivo soneto (*El diablo y el bacillus*) lo siguiente:

Buscando de la peste en lo pasado

el negro germen y la impura ciencia,

entre redomas de unto y pestilencia

encontrase a Luzbel acurrucado.

Hoy la vieja visión se ha transformado

Y vemos, de un cristal por la potencia,

Del virus en la turbia transparencia

Un infuso ruin pasar a nado.

¡Sigue la procesión! ¡Sigue la tanda!

El diablo muere y el microbio pica

Con la ponzoña que a la sangre manda.

Y sin embargo, al fin todo se explica.

¿Qué es la lente? La ciencia que se agranda.

¿Qué es el microbio? El diablo que se achica.²⁹

El descubrimiento de la mayoría de los agentes patógenos que causaban en realidad las epidemias, gracias a la medicina occidental a finales del siglo XIX, pareció poner fin, al menos temporalmente, a la visión *tucididiana* de las pestes que había reinado durante siglos y cuya violencia se vio redoblada históricamente por el desconocimiento de sus causas reales. La teoría microbiana designó finalmente un enemigo visible y exculpó de toda responsabilidad directa a los hombres, negando de paso la tesis de la enfermedad como castigo divino. Desde entonces, parecería razonable pensar que los poderes políticos y religiosos hubieran puesto fin a la masacre de los chivos expiatorios (judíos, pobres, gitanos, prostitutas) a los que se acusaba tradicionalmente de ser los causantes de las epidemias. Sin embargo, la experiencia de la extensión de enfermedades como la del virus del SIDA, desde la década de los años setenta, volvió a mostrarnos la pervivencia de discursos reaccionarios que hacían de algunos grupos humanos, en este caso la acusación se lanzó contra los homosexuales y los promiscuos sexuales, los supuestos responsables del castigo que un dios vengador infligía a los pecadores de la tolerante humanidad de finales del siglo XX. La historia de las epidemias pretéritas debería enseñarnos, pues, que a pesar de que en toda época los principios de la solidaridad han sido puestos a prueba en cada contagio, en el futuro no deberíamos permitir que nuevos heterodoxos fueran las víctimas propiciatorias de una imaginaria ira divina.

Notas Introducción

¹ B. Gracián, «Agudeza y arte de ingenio», discurso XXVII, en *Obras completas*, Aguilar, Madrid, 1960, p. 360.

Capítulo 1. EL APOCALIPSIS DE LAS PESTES

¹ Jacme d'Agramont, *Regiment de preservació de pestilència: (Lleida 1348)*, ed. Joan Veny, Enciclopèdia Catalana, Barcelona, 1998, pp. 23-29.

² Citado por Marcelino V. Amasuno en su estudio preliminar a *Contribución al estudio del fenómeno epidémico en la Castilla de la primera mitad del siglo XV: El «Regimiento contra la pestilencia» del Bachiller Alfonso López de Valladolid*, Universidad DL, Valladolid, 1988, pp. 16-17.

³ Citado por J. Valdeón Baroque, *Los Trastámaras, El tiempo de una dinastía bastarda*, Temas de Hoy, Madrid, 2001, p. 16.

⁴ William H. Mc Neill, *Plagas y pueblos, Siglo XXI de España*, Madrid, 1983, pp. 148 y ss.

⁵ J. Ruffié y J. Ch. Sournia, *Le epidemie nella Storia*, Editori Riuniti, Roma, 1985, p. 89.

⁶ E. Le Roy Ladurie, «Un concept: L'unification microbienne du monde (XIV^e-XVII^e siècles)», en *Revue Suisse d'Histoire*, núm. 23, Zurich, 1973, p. 628.

⁷ A. W. Crosby, *Imperialismo ecológico. La expansión económica de Europa*, Crítica, Barcelona, 1988, p. 220.

⁸ Citado por J. Valdeón Baroque, *Los Trastámaras, op. cit.*, pp. 15-17.

⁹ D. J. Bidel; T. H. Chent, «Diagnosi of plague: an analysis of the Yersin Kitosato», en *Bacteriological Reviews*, núm. 40, 1976, pp. 634-638.

¹⁰ B. Mas, *Orde breu y regiment molt util y profitós pera preservar y curar de Peste*, Barcelona, 1625, p. 45 (texto traducido de su original en catalán).

¹¹ M. Parets, *Dietari d'un any de pesta*, J. S. Amelong y X. Torres i Sans (eds.), Eumo, Vic (Osona), 1989, p. 63 (texto traducido de su original en catalán).

- ¹² E. Bruzzzone, *Storia e medicina nella storiografia della peste*, Edizioni Culturali Internazionali, Génova, 1987, pp. 71-72.
- ¹³ J. N. Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 vols., Mouton, París-La Haya, 1975-1976.
- ¹⁴ P. G. Lunn, «Nutrition, immunité et infection», *Annales de Démographie historique*, París, 1989, p. 116.
- ¹⁵ J. Rodríguez Molina, «Movimientos sociales en Andalucía durante la baja Edad Media. Notas para su estudio», *Cuadernos de Estudios Medievales y Ciencias y Técnicas Historiográficas*, XVI, 1991, p. 30.
- ¹⁶ J. Agramont, *Regiment...*, *op. cit.*, p. 56b.
- ¹⁷ F. Bajo y J. L. Betrán, *Breve historia de la infancia*, Temas de Hoy, Madrid, 1998, pp. 260-261.
- ¹⁸ A. López de Meneses, «Una consecuencia de la peste negra en Cataluña: el program de 1348», en *Sefarad*, XIX, CSIC, Instituto Arias Montano, 1959, pp. 98-101.
- ¹⁹ A. Rubio Vela, *Peste negra, crisis y comportamientos sociales en la España del siglo XIV. La ciudad de Valencia (1348-1401)*, Universidad de Granada, Granada, 1979. Del mismo autor, «La ciudad de Valencia en 1348: la peste negra», en *Primer Congreso de Historia del País Valenciano*, Universidad de Valencia, Valencia, 1971, vol. 2, pp. 519-526.
- ²⁰ A. Ubieto Arteta, «Cronología del desarrollo de la peste negra en la Península Ibérica», en *Cuadernos de Historia*, núm. 5, 1975, pp. 47-66.
- ²¹ R. Bermejo Mesa, *Edición y traducción castellanas de veinticinco inscripciones sepulcrales hebraicas pertenecientes al cementerio judío de Toledo (siglos XIII al XV)*, C. Bermejo, Madrid, 1935, pp. 87-88.
- ²² A. Vaca Lorenzo, «La peste negra en Castilla. Aportación al estudio de algunas de sus consecuencias económicas y sociales», en *Studia Historica. Medieval*, II/2, 1984, pp. 93-94.
- ²³ M. I. Calero Secall, «La peste en Málaga, según el malagueño al-Nubâhi», en *Homenaje al profesor Jacinto Bosch Vilá*. Departamento de estudios Semíticos. Universidad de Granada, vol. I, Granada, 1991, pp. 57-71.

²⁴ «... le fue dicho et aconsejado [al rey] que se partiese de la cerca, por quanto morían muchas compañías de aquella pestilencia, et estaba el su cuerpo en grand peligro: empero por todo eso nunca el Rey quiso partirse del dicho real sobre Gibraltar [...] Et fue la voluntat de Dios que el rey adolesció, et ovo una landre. Et finó viernes de la semana sancta, que dicen de indulgencias, que fue a veinte et siete dias de Marzo en la semana sancta antes de Pascua en el año del nascimiento de nuestro Señor Jesu-Christo de mill et trescientos et cincuenta años, qué fue entonces año de jubileo», *Crónica del muy alto et muy católico rey D. Alfonso el Onceno*, Biblioteca de Autores Españoles, vol. 66, Madrid, 1953, p. 391.

²⁵ N. Cabrillana, «Los despoblados en Castilla la Vieja», en *Hispania*, núm. 120, Madrid, 1972, p. 31.

²⁶ M. Berthe, *Fams i epidèmies al camp navarrès als segles XIV i XV*, L'Avenç Societat Catalana d'Estudis Històrics, Barcelona, 1991, p. 45.

²⁷ M. V. Amasuno, «Cronología de la peste en la Corona de Castilla durante la segunda mitad del siglo XIV», *Studia Historica Medieval*, núm. 12, nota 9, 1994, pp. 30 y ss.

²⁸ M. Berthe, *Fams i epidèmies al camp navarrès...*, *op. cit.*, p. 48.

²⁹ M. V. Amasuno, «Cronología de la peste...», *op. cit.*, pp. 37-38.

³⁰ A. Rubio Vela, «Las epidemias de peste en la ciudad de Valencia durante el siglo xv. Nuevas aportaciones», en *Estudis Castellonencs*, núm. 6, 1994-1995, pp. 1179-1221. J. Torres Fontes, «Cuatro epidemias de peste en la Murcia del siglo xv (1412, 1450, 1468, 1489)», en *Cuadernos de Historia. Anexos a la revista Hispania*, X, 1983, pp. 101-124; M. Camps i Clemente y M. Camps i Surroca, *La pesta del segle xv a Catalunya*, Universitat de Lleida, Lérida, 1998.

³¹ J. Ferrán, F. Viñas y Cusí y R. de Grau, *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona. Separata de la Memoria sobre la epide-mia ocurrida en Porto en 1899, publicada por el Excmo. Ayuntamiento en 1907*, Instituto Municipal de Historia, Barcelona, 1965.

³² B. Bennassar, *Valladolid en el Siglo de Oro*, Ámbito, Valladolid (Ayuntamiento), 1983, pp. 51-52; F. Morales Padrón, *Historia de Sevilla. La ciudad del quinientos*, Edit. Coi. Universidad de Sevilla, Sevilla, 1983, pp. 324-327; M. Lázaro Ruiz y P. A. Gurriá García, *Las crisis de mortalidad en la Rioja (siglos XVI-XVIII)*, Instituto de Estudios Riojanos,

Logroño, 1990, p. 32; J. L. Betrán, *La peste en la Barcelona de los Austrias*, Milenio, Lérida, 1996, p. 126.

³³ A. Bernáldez, *Historia de los Reyes Católicos don Fernando y doña Isabel*, tomo II, Sociedad de Bibliófilos Andaluces, Sevilla, 1870, p. 291.

³⁴ Citado por A. Rodríguez Sánchez, «Economía y sociedad en los siglos XVI y XVII», en *Manual de Historia de España*, vol. 3, *Historia 16*, Madrid, 1991, p. 101.

³⁵ Citado por A. Carreras Panchón, «Las epidemias de peste en la España del Renacimiento», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977, p. 7

³⁶ M. Camps Clemente y M. Camps Surroca, «Les pestes del segle XVI a les terres de Lleida», en *Miscel·lània de les terres de Lleida al segle XVI*, Universitat de Lleida, Lérida, 1995, pp. 118-120.

³⁷ R. Lanza, *La población y el crecimiento de Cantabria en el Antiguo Régimen*, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1991, p. 251.

³⁸ V. Pérez Moreda, *La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX, Siglo XXI*, Madrid, 1980, p. 249.

³⁹ B. Vincent, «Las epidemias en Andalucía durante el siglo XVI», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977, p. 352; J. I. Gutiérrez Nieto, «Evolución demográfica de la cuenca del Segura en el siglo XVI», en *Hispania*, tomo XXIX, Madrid, 1969, pp. 29-30; R. Torres Sánchez, *Aproximación a la crisis demográfica en la periferia peninsular. Las crisis en Cartagena durante la Edad Moderna*, Ayuntamiento de Murcia, Cartagena, 1990, p. 66; F. Khiari, «Au Maghreb, pestes et famines contre les hommes: un combat inégal», en *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 39-4, oct-dic. de 1992, p. 628.

⁴⁰ B. Bennassar, *Valladolid en el Siglo...*, op. cit., p. 188; J.C. Rueda Fernández, «La ciudad de Zamora en los siglos XVI y XVII: estudio demográfico», en *Studia Zamorensia*, 2, 1981, p. 126; S. Tapia, «Las fuentes demográficas y el potencial humano de Ávila en el siglo XVI», en *Cuadernos Abulenses*, 2, 1984, pp.31-88, y «Los factores de la evolución demográfica en el Ávila del siglo XVI», en *Cuadernos Abulenses*, 5, 1986, pp. 113-200; M^a del C. González Muñoz, «Epidemias y enfermedades en Talavera de la Reina (siglos XVI y XVII)», en *Hispania*, 126, 1974, p. 150; E. Orta Rubio, «La ribera tudelana bajo los Austrias. Aproximación a un estudio socioeconómico», en *Príncipe de Viana*, núm. 43, 1982, p. 815; E. Fernández de Pinedo, *Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco 1100/1850*, Siglo XXI de España, Madrid, 1974, p. 13; J. López Salazar, «La

población manchega en los siglos XVI y XVII», en *Revista Internacional de Sociología*, núm. 37, enero-marzo 1981, pp. 13 y ss.

⁴¹ J. L. Betrán, *La peste en la Barcelona...*, op. cit., pp. 120-121; R. García Cárcel, *Las Germanías de Valencia*, Península, Barcelona, 1975, p. 56; J. J. Vidal, «Notas sobre la población y la vida urbana de la Mallorca moderna», en *Mayurqa*, núm. 17, 1987, p. 58.

⁴² R. García Cárcel, «La peste de 1519: su influencia en el movimiento de las Germanías», en *Actas del III Congreso Español de Historia de la Medicina*, vol. I, Valencia, 1969, p. 122.

⁴³ J. L. Betrán, «Las crisis de mortalidad en la Península Ibérica durante el reinado de Carlos I», en *Carlos V. Europeísmo y Universalidad*, vol. IV, Madrid, 2001, p. 99.

⁴⁴ F. Zúñiga, *Crónica burlesca del emperador Carlos V*, Crítica, Barcelona, 1981, p. 162.

⁴⁵ M. Fernández Álvarez, *Corpus documental de Carlos V*, Ediciones Universidad de Salamanca, t. I, Salamanca, 1973-1981, p. 164.

⁴⁶ R. M. Pérez Estévez, «Las Cortes y los marginados: pobres en Castilla en el siglo XVI», en *Las Cortes de Castilla y León en la Edad Moderna: actas de la segunda etapa del Congreso Científico sobre la Historia de las Cortes de Castilla y León*, Valladolid, 1989, pp. 286-287.

⁴⁷ F. Franco, *Libro de las enfermedades contagiosas y de la preservacion dellas*, fol. VIII, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1569.

⁴⁸ L. Sánchez Granjel, *Historia general de la medicina española*, vol. II. *La medicina española renacentista*, Edic. Universidad, Salamanca, 1980, p. 209.

⁴⁹ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad ...*, op. cit., p. 251.

⁵⁰ M. Alemán, *Guzmán de Alfarache*, I, Cátedra, Madrid, 1994, pp. 274-75.

⁵¹ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad...*, op. cit., pp. 257-281.

⁵² E. Arquíola y otros, «Madrid, villa y corte ante la peste de Valencia de 1647-1648», en *Estudis*, núm. 5, Valencia, 1976, pp. 29-46.

⁵³ J. Nadal, *La población española*, Ariel, Barcelona, 1971, p. 42.

⁵⁴ A. Domínguez Ortiz, «La crisis de Castilla en 1677-1687», en *Crisis y decadencia de la España de los Austrias*, Ariel, Barcelona, 1971, p. 204; H. Kamen, *La España de Carlos II*, Crítica, Barcelona, 1981, p. 83.

⁵⁵ V. Gutiérrez, *Cataluña ante la peste de Marsella*, tesis de licenciatura inédita, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1974.

⁵⁶ J. F. D. Shrewsbury, *A History of Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge University Press, Cambridge, 1970.

⁵⁷ W. H. Mc Neill, *Plagas y...*, *op. cit.*, p. 172.

⁵⁸ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad...*, *op. cit.*, pp. 391-392.

⁵⁹ A. G. Carmichael, «Bubonic Plague», en Kipple, K. F. (ed.), *The Cambridge Word History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993, pp. 628-631.

⁶⁰ D. J. Bidel; T. H. Chent, «Diagnosi of plague...», *op. cit.*

⁶¹ R. Turró i Darder, «La peste de Barcelona », en *Gazeta Médica Catalana*, vol. XXXI, Barcelona, 1907, pp. 161-166.

⁶² H.H. Mollaret, «Le cas de la peste», *Annales de Démographie Historique*, París, 1989, p. 103.

⁶³ N. Besio Moreno, *Historia de las epidemias en Buenos Aires*, Buenos Aires, 1940, pp. 81-178.; D. M. González Torres, *Historia de la Medicina en Paraguay*, Asunción, 1968.

⁶⁴ J. M. López Piñero, *La medicina en la historia*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2002, p. 648.

Capítulo 2. LAS EPIDEMIAS Y EL NUEVO MUNDO

¹ B. de las Casas, *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, Cátedra, Madrid, 1989. Una parte importante de la información sobre la epidemia de 1493 en la Española es recogida en su obra *Historia de las Indias*, obra que redactó en el convento de San Gregorio de Valladolid entre 1552 y 1559 y que no se imprimió hasta el siglo pasado (1875-1876).

² B. de las Casas, *Historia de las Indias*, Fondo de Cultura Económica, México, 1951, cap. CVI, p. 293.

³ J. L. Abellán, *Historia crítica del pensamiento español*, vol. II, Círculo de Lectores, Barcelona, 1992, pp. 527-541.

⁴ Citado por J. Pérez, *Carlos V*, Temas de Hoy, 1999, cap. ID, nota 22.

⁵ J. Cadalso, *Cartas Marruecas. Noches lúgubres*, Cátedra, Madrid, 1981, p. 113.

⁶ Citado por J. Pérez, *Carlos V*, *op. cit.*, p. 180.

⁷ López de Velasco, en *Colección de documentos inéditos relativos al descubrimiento, conquista y organización de las antiguas posesiones españolas de América y Oceanía*, vol. 15 (ms. 2825, Bib. Nac. de Madrid), Madrid, 1870, p. 14.

⁸ F. López de Gómara, *Historia de las conquistas de Hernán Cortés*, t. 1, Imprenta de la testamentaria de Ontiveros, México, 1826, p. 278.

⁹ F. Guerra, *Epidemiología americana y filipina, 1492-1898*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999, pp. 16-19.

¹⁰ *Ibidem*, p. 126.

¹¹ R. de Lizárraga, *Descripción breve de toda la tierra del Perú, Tucumán, Río de la Plata y Chile*, Atlas, Madrid, 1968.

¹² Citado por S. Watts, *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Ed. Andrés Bello, Barcelona, 2000, p. 177.

¹³ Citado en C. Quétel, *History of Syphilis*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990, p. 10.

¹⁴ Citado por F. Guerra, «The Dispute over Syphilis: Europe versus America», en *Clio Medica*, núm. 1, XIII, 1978, p. 54.

¹⁵ L. de Lobera de Ávila, *Libro de las quatro enfermedades cortesanas*, Juan de Ayala (impresor), Toledo, 1544.

¹⁶ K. Sudhoff (comp.), *The Earliest Printed Literature on Syphilis, Being Ten Tractates from the Years 1495-1498*, Liepzig, Florencia, 1925; N. Zemon Davis, «Printing and the People: Early Modern France», en Harvey Graff (edit.), *Literacy and Social Development in the West*, Cambridge University Press, Cambridge, 1981, pp. 69-95.

- ¹⁷ L. Sánchez Granjel, *La medicina española renacentista...*, op. cit., p. 210.
- ¹⁸ S.L. Gilman, *Sexuality: An Illustrated History: representing the sexual in medicine and culture from the Middle Ages to the Age of Aids*, John Wiley & Sons, Nueva York, 1989, pp. 86-87.
- ¹⁹ A. de Herrera y Tordesillas, *Historia General de los hechos de los Castellanos en las Indias i Tierra Firme del Mar Oceano*, 4 vols., Imprenta Real, Madrid, 1601-1615.
- ²⁰ Citado por L. Sánchez Granjel, *La medicina española renacentista*, op. cit., pp. 211-212.
- ²¹ P. Cieza de León, *Tercera Parte de la Crónica del Perú*, cap. XIII, Sevilla, 1553.
- ²² I. Garcilaso, *Historia General del Perú*, parte 2ª, lib. 1º, cap. XV, Córdoba, 1617.
- ²³ P. y H. Chaunu, *Seville et l'Atlantique (1504-1650)*, Armand Colin, París, 1956-1960.
- ²⁴ D. Joralemon, «New World Depopulation and the Case of Disease», en *Journal of Anthropological Research*, núm. 38, primavera de 1982, p. 119; S. A. Alchon, «Disease, Population and Health in Eighteenth Century Quito», en N. D. Cook y W. G. Lovell, *Secret Judgments of God: Old World Disease in Colonial Spanish America*, Norman, University of Oklahoma Press, Oklahoma, 1992, pp. 149, 161 y 179.
- ²⁵ F. López de Gómara, *Historia General de las Indias...Principio de la conquista de México*, Zaragoza, 1552.
- ²⁶ B. de Sahagún, *Historia general de las cosas de Nueva España*, Edic. Pedro Robredo, México, 1938, pp. 191-193.
- ²⁷ D. Joralemon, «New World Depopulation...», op. cit., p. 114.
- ²⁸ P. Cieza de León, *Parte primera de la chronica del Perú*, Edición Martín Montesdoca, Sevilla, 1553.
- ²⁹ J. de Betanzos, *Suma y narración de los Incas*, Atlas, Madrid, 1987.
- ³⁰ J. A. Villamarín y J. E. Villamarín, «Epidemic disease in the sabana of Bogotá 1536-1810», en N. D. Cook & W. G. Lovell (eds.), *Secret Judgments of God...*, op.cit., pp. 113-141.
- ³¹ F. Montesinos, *Anales del Perú*, vol. II, Víctor M. Maurtua, Madrid, 1906, p. 100.

³² R. Palma (ed.), *Anales de Cuzco*, Lima, 1902, p. 234.

³³ S. A. Alchon, *Native society and disease in colonial Ecuador*, Cambridge University Press, Nueva York, 1991.

³⁴ B. M. Evans, «Death in Aymaya of Upper Perú, 1580-1623», en N. D. Cook & W. G. Lovell (eds.), *Secret Judgments of God...*, *op. cit.*, pp. 142-158.

³⁵ B. Bennassar, *Hernan Cortés. El conquistador de lo imposible*, Temas de Hoy, Madrid, 2002, pp. 163-164.

³⁶ Citado por F. Guerra, *Epidemiología americana...*, *op. cit.*, p. 156.

³⁷ Fr. Domingo de Betanzos, «Carta», en J. García Izcabalceta (ed.), *Colección de documentos para la Historia de México*, vol. 2, 1866, pp. 198-201.

³⁸ A. Dávila Padilla, *Historia de la fundación y discurso de la Provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores*, Lib. I, cap. XXXIII, Madrid, 1596.

³⁹ B. de Sahagún, *op. cit.*, Lib. XI, cap. XII.

⁴⁰ A. Dávila Padilla, *op. cit.*, Lib. II, cap. XLIX.

⁴¹ G. de Mendieta, *Historia Eclesiástica indiana*, ed. Salvador Chávez Hayhoe, México, 1945, vol. III, p. 174.

⁴² A. de la Calancha, *Chronica moralizada del Orden de San Agustín en el Perú*, Barcelona, 1638, p. 501.

Capítulo 3. TIEMPO DE FIEBRES

¹ Citado por V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad...*, *op. cit.*, p. 328.

² J. L. y M. Peset, «Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen», en *Estudios de Historia Social*, núm. 4, 1978, pp. 7-28.

³ J. Villalba, *Epidemiología española o Historia cronológica de las pestes, contagios, epidemias y pizootias, que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses hasta el año 1801*, Imprenta Fermín Villalpando, Madrid, 1803.

⁴ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad...*, op. cit., pp. 330-334; A. Zarzoso, «¿Obligación moral o responsabilidad política? Las autoridades borbónicas en tiempo de epidemias en la Cataluña del siglo XVIII», en *Revista de Historia Moderna*, nº 17 (1998-1999), pp. 74-81

⁵ *Memorias de la Academia Médico Práctica*, Barcelona, 1798, p. 26.

⁶ J. Riera, *José Masdevall y la medicina española ilustrada: Enseñanza, epidemias y guerra a finales del siglo XVIII*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1980, pp. 21-23.

⁷ J. de Masdevall, *Relación de las Epidemias de calenturas pútridas y malignas que en estos últimos años se han producido en el Principado de Cataluña*, Imprenta Real, Barcelona, 1786.

⁸ A. Alberola y D. Bernabé Gil, «Tercianas y calenturas en tierras meridionales valencianas: una aproximación a la realidad médica y social del siglo XVIII», en *Revista de Historia Moderna*, núm. 17, pp. 199-201.

⁹ J. de Masdevall, *Relación de ...*, op. cit., pp. 24-26.

¹⁰ *Ibidem*, p. 45.

¹¹ A. Alberola y D. Bernabé, «Tercianas y calenturas...», art. cit., pp. 103-104.

¹² Citado por J. Riera, *Fiebres y paludismo en la España Ilustrada (Félix Ibañez y la epidemia de la Alcarria, 1784-1792)*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1984, pp. 19-21.

¹³ A. Young, *Viatge a Catalunya (1787)*, Ariel, Barcelona, 1970, pp. 72-73.

¹⁴ V. Pérez Moreda, *Las crisis...*, op. cit., pp. 342-343.

¹⁵ J. Riera y J. Granda-Juesas, *Epidemias y paludismo en la Ribera del Júcar (una topografía médica del siglo XVIII)*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1988, pp. 30-31.

¹⁶ J. de Villalba, *Epidemiología ...*, op. cit., vol. II, p. 110.

¹⁷ A. de Calancha, *Crónica moralizadora de la Orden...*, op. cit., p. 59.

¹⁸ Citado por M. y J. L. Peset, *Muerte en España (política y sociedad entre la peste y el cólera)*, Seminarios y Ediciones, Madrid, 1972, p. 98.

¹⁹ Citado por V. Pérez Moreda, *Las crisis...*, op. cit., p. 349.

²⁰ J. Riera, *Fiebres y paludismo...*, op. cit., p. 51.

²¹ M. Lindemann, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna*, Siglo XXI, Madrid, 2001, p. 52.

²² J. Riera y J. Granda-Juesas, *La inoculación de la viruela en la España Ilustrada*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1987, pp. 10-11.

²³ E. Balaguer, *Prólogo y traducción castellana del «Tratado histórico y práctico de la vacuna», de J.L. Moreau (1803)*, edición facsímil, estudio introductorio de F. J. Balmis, Edicions Alfons el Magnànim, Institut d'Estudis Juan Gil-Albert, Valencia, 1987, pp. VII-XXXIV; J. M. López Piñero, «Balmis y la expedición de la vacuna», en *Noticias Médicas*, 9-11, 1972; G. Díaz de Yraola, *La vuelta al mundo de la expedición de la vacuna*, Fernández & Gaxiola, Sevilla, 1948.

²⁴ H. R. Carter, *Yellow Fever. An epidemiological and historical study of its place of origin*, The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1931.

²⁵ A. de Abreu, *Tratado de las siete enfermedades, de la inflamación universal del hígado, sirvo, pyloron y riñones, y de la obstrucción, de la satiriasis, de la terciana y fiebre maligna, y pasión hipocondríaca*, P. Craesbeeck, Lisboa, 1623.

²⁶ T. Tamayo de Vargas, *Restauración de la ciudad del Salvador y Baia de Todos-Santos, en la provincia de Brasil*, Imprenta de viuda de Alonso Martín, Madrid, 1628.

²⁷ D. López de Cogolludo, *Historia del Yucatán*, Juan García Infazon, 1688, Lib. XII, cap. XII, p. 723.

²⁸ V. Pérez Moreda, *Las crisis...*, op. cit., p. 77.

²⁹ J. J. Iglesias Rodríguez, *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*, Diputación Provincial de Cádiz, Cádiz, 1987.

³⁰ M. Pascual Artiaga, «Las reacciones de la población alicantina frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1804», en *Revista de Historia moderna*, núm. 17, 1998-1999, pp. 167-192.

³¹ J. Danon, «Un brote de fiebre amarilla en el puerto de Barcelona, en 1803», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977, pp. 119-125.

³² L. F. Hoffman, *La peste a Barcelone*, PUF y Université de Princeton, París, 1964, pp. 3-37.

³³ F. Bonamusa y J. Serrallonga, *Del roig al groc. Barcelona, 1868-1871. Quintes i epidèmies*, L'Avenç, Barcelona, 1995, p. 137.

Capítulo 4. BACILOS DE TUGURIOS

¹ Citado por E. Rodríguez Ocaña, *La Constitución de la Medicina Social en España (1882-1923)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987, p. 23.

² F. Colín, *Labor evangélica de los obreros de la Compañía de Jesús, fundación y progresos de su provincia en las Islas Filipinas*, Joseph Fernández de Buendía, Madrid, 1663, p. 100.

³ F. Casas, *Memoria sobre el tétano...colera morbo y padecido en las Islas Filipinas*, Madrid, 1832.

⁴ B. Francia y Ponce de León, *Unas palabras sobre el cólera de Filipinas. Epidemia de 1888-1889*, Manila, 1889.

⁵ J. M^a López Piñero y Mateo Seoane, *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984, pp. 17-20.

⁶ F. Guerra, *Epidemiología americana...*, *op. cit.*, pp. 560-561.

⁷ P. Marcos Martínez, «La muerte en los albores de la contemporaneidad. El cólera en Valladolid en 1834», en VV.AA., *Crisis demográfica y tensiones sociales en la Castilla del siglo XIX*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1987, p. 75.

⁸ M. Pilar Rodríguez Flores, *Morir en Badajoz. El cólera de 1833. Medicina y Sociedad*, Universidad de Extremadura, Badajoz, 1991, p. 32.

⁹ *Ibidem*, p. 82.

¹⁰ L. Comenge y Ferrer, *La medicina en el siglo XIX. Apuntes para la historia de una cultura médica en España*, José Espasa editor, Barcelona, 1914, p. 202.

¹¹ R. Navarro, *Historia de la Sanidad en España*, Lunwerg Editores, Barcelona, 2002.

¹² Citado por M^a Pilar Rodríguez Flores y M^a J. Antonia Rodríguez, *La percepción de la epidemia de cólera de 1885. Badajoz ante una crisis*, Universidad de Extremadura, Cáceres, 1999, p. 136.

- ¹³ J. E. Le Roy y Cassá, *Estudios sobre la mortalidad de La Habana durante el siglo XIX y comienzos del actual*, Anales de la Academia de Ciencias Médicas, 49, La Habana, 1912-1913.
- ¹⁴ E. Rodríguez Ocaña, «Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía», en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2, 1992, pp. 100-101.
- ¹⁵ J. J. Fernández Sanz, *1885: El año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*, Fundación Ramón Areces, Madrid, 1990, p. 273.
- ¹⁶ E. Rodríguez Ocaña, «Morbimortalidad del cólera ...», *op. cit.*, p. 107.
- ¹⁷ P. Marcos Martínez, «La muerte en...», *op. cit.*, p. 94.
- ¹⁸ J. J. Fernández Sanz, *1885: El año de la vacunación Ferrán...*, *op. cit.*, pp. 295-299
- ¹⁹ *Ibidem*, pp. 113-151.
- ²⁰ M. J. Báguena Cervellera, *La tuberculosis y su historia*, Fundación Uriach, Barcelona, 1992, pp. 71-81.
- ²¹ *Ibidem*, pp. 93-97.
- ²² V. Pérez Moreda, *Las crisis de ...*, *op. cit.*, pág. 252.
- ²³ M. I. Porras Gallo, *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*, Editorial Complutense, Madrid, 1997, pp. 41-42.
- ²⁴ *Ibidem*, p. 81.
- ²⁵ J. C. Losada, «La gripe española. La epidemia más grave del siglo XX», en *La Aventura de la Historia*, Madrid, núm. 56, 2003, p. 40.
- ²⁶ *Ibidem*, p. 42.
- ²⁷ M. I. Porras Gallo, *Un reto para...**op.cit.*, p. 129.
- ²⁸ B. Echeverri Dávila, *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*, Siglo XXI, Madrid, 1993, pp. 141-142.

²⁹ M. Tatjer, «Evolució demogràfica», en J. Sobreques (dir.), *Història de Barcelona*, Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona, 1992, vol. 7, pp. 90-91.

³⁰ *Ibidem*, pp. 165-166.

Capítulo 5. MIASMAS, INMUNDICIAS Y SUCIEDADES

¹ J. I. Carmona, *Crónica urbana del mal vivir (ss. XIV-XVII). Insalubridad, desamparo y hambre en Sevilla*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2000.

² Citado por L. S. Granjel, *La medicina española renacentista... op. cit.*, p. 119.

³ Citado por José M^a Díez Borque, *La vida española en el Siglo de Oro según los extranjeros*, Ediciones del Serbal, Barcelona, 1990, p. 79.

⁴ B. Bennassar, *Valladolid en el Siglo de Oro...*, *op. cit.*, pp. 131-132 y 148-150.

⁵ Ésta y las siguientes citas extraídas de J. García Mercadal, *Viajes de Extranjeros por España y Portugal*, vol. I, Aguilar, Madrid, 1952, pp. 333, 1035 y 1353.

⁶ V. Ll. Salavert i Fabiani, «Notes sobre la sanitat pública municipal a la València dels segles XVI i XVII: les competències del Mustassaf en matèria de mercats i conservació dels carrers», en *Afers*, núm. 5/6, año III, 1987, pp. 237-240.

⁷ *Dictamen de la Academia Médico-Práctica de Barcelona sobre la frecuencia de las muertes repentinas y apoplejías que en ella acontecen*, Madrid, 1784, pp. 33-36 y 80-81.

⁸ *Ibidem*, pp. 87-88.

⁹ M. Carrillo, *Tratado de ayuda a bien morir*, Zaragoza, 1596, fol. 87.

¹⁰ M. de Roa, *Estado de las almas del Purgatorio*, Sevilla, 1611, fol. 41v.

¹¹ D. J. García de Bayona, *De la veneración del Smo. Sacramento de la Extremaunción*, Madrid, 1633, pp. 243-246

¹² Archivo diocesano de Barcelona, *Visites pastorals*, Parroquia de Santa María del Mar, año 1600, vol. 57.

¹³ A. de Freylas, *Conocimiento, curación y preservación de la peste*, Jaén, 1606., fol. 185.

¹⁴ J. E. Nieremberg, *De la diferencia entre lo temporal y lo eterno*, BAE, t. CIV, Atlas, Madrid, 1957, p. 210.

¹⁵ J. de Barrionuevo, *Avisos (14 de octubre de 1654)*, BAE, t. CCXXI, Atlas, Madrid, 1968, p. 68.

¹⁶ M. Vovelle, *La mort et l'Occident de 1300 á nos jours*, Gallimard, París, 1983, pp. 461-462.

¹⁷ *Dictamen de la Academia...*, *op. cit.*, p. 75.

¹⁸ *Ibidem*, *op. cit.*, pp. 61-63.

¹⁹ Instituto Municipal de Historia de Barcelona, *Octava en elogio de las reales providencias para la construcción de cementerios en que sean sepultados los cadáveres de los fieles, a beneficio de la salud pública y mayor decoro de los sagrados templos*, Barcelona, 1787.

²⁰ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad...*, *op. cit.*, p. 427.

²¹ E. Santamaría y M^a Luz Dabrio, «La policía sanitaria mortuoria y su proceso de secularización en la Sevilla de la Ilustración (1750-1800)», en *Medicina e Historia*, núm. 50, 1993, pp. 12-17.

²² M. Sánchez Camargo, *La muerte y la pintura española*, Madrid, 1954, lámina 128. Citado por F. Martínez Gil, *Muerte y sociedad en la España de los Austrias, Siglo XXI*, Madrid, 1993, p. 457.

²³ A. Cardoner, *Història de la Medicina a la Corona d'Aragó*, Scientia, Barcelona, 1973, pp. 51 y 59.

²⁴ L. García Ballester, *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Península, Barcelona, 2001, p. 329.

²⁵ A. Carreras Panchón, *La peste y los médicos...*, *op.cit.*, pp. 33-57.

²⁶ P. Gil, *Modo de ajudar a ben morir als qui per malaltia o per Justícia morem*, Barcelona, 1605, p. 18.

²⁷ J. Ferrán *et al.*, *Datos históricos sobre...*, *op.. cit.*, p. 564.

²⁸ Biblioteca Universitaria de Barcelona, Mss. 1006, Francesc Camprobi, *Anals del Convent de Santa Caterina*, V y M. OP. De Barcelona, 1635--1700, fol. 129.

²⁹ Citado por J. Casey, *España en la Edad Moderna. Una historia social*, Biblioteca Nueva/Universidad de Valencia, Madrid, 2001, p. 78.

³⁰ *Dietari del Antich Consell de Cent*, Instituto Municipal de Historia de Barcelona, Barcelona, 1917, vol. XV, pp. 157-158.

³¹ Al respecto, véase el interesante trabajo de María José Ruiz Somavilla, «*El cuerpo limpio*». *Análisis de las prácticas higiénicas en la España del Mundo Moderno*, Universidad de Málaga, Málaga, 1993.

³² X. Sorní i Esteva, «Controvèrsia entre apotecaris de Barcelona entorn a la Triaga Magna a les darreries del segle XV», *IV Congrés d'Història de la Medicina Catalana*, vol. II, Poblet, 1985, p. 392, nota 1.

³³ A. Duran i Sanpere, *Barcelona i la seva història*, vol. II, Curial, Barcelona, 1973, pp. 645-646.

³⁴ E. Benito Martínez y L. Balagueró Lladó, «Las medallas de Montserrat de la peste», *Gimbernat*, vol. V, Barcelona, 1985, pp. 57-58.

Capítulo 6. EL ORO, EL FUEGO Y LA HORCA ¹ J. L. Betrán, *La peste en la Barcelona...*, op. cit., pp. 329-331.

² Ph. Berger, «Eiximenis en la Valencia de Luis Vives», en Lluís Vives, *Erasmus i la Cultura del renaixement. Homenatge al Pare Miquel Batllori*, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1993, pp. 99-100.

³ E.P. Thompson, «La economía moral de la multitud», en *Tradición, revuelta y conciencia de clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial*, Crítica, Barcelona, 1984, pp. 62 y ss.

⁴ Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, I-II, q. 90, art. 2&3, q. 92, art. 1; II-III, q. 39, art. 2, q. 47, art. 10, q. 58, art. 5, q. 61, art. 1, B.A.C., Madrid, 1951-1952, vol. II, pp., 612-4, 622-4, vol. III, pp. 280-2, 332-3, 393-4, 414-5. L. García Ballester, «Changes in the Regimina Sanitatis: the Role of the Jewish Physicians», en S. Campbell, B. Hall y D. Klausner (eds.), *Health, Disease and Healing in Medieval Culture*, Macmillan, Basingstoke & Londres, pp. 119-131.

⁵ L. García Ballester, *La medicina a la València medieval*, Ed. Alfons El Magnànim, Valencia, 1988, p. 104 (nota 1).

- ⁶ C. M. Cipolla, *Contra un enemigo mortal e invisible*, Crítica, Barcelona, 1993, pp. 11-16.
- ⁷ C. M. Cipolla, *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge University Press, Cambridge, 1976, pp. 11-12.
- ⁸ P. López, *Napoli e la peste 1464-1530. Política, Intituzioni, Problemi Sanitari*, Jovene, Nápoles, 1989, p. 60.
- ⁹ A. Contreras Mas, «Legislación frente a la peste en la Mallorca bajomedieval. “Ordinacions”; capitols del morbo de la ciutat e regne de Mallorques», en *Asclepio*, vol. XXX-XXXI, Madrid, 1978-79, p. 168.
- ¹⁰ M. de Chía, *Contribución a la epidemiología histórica de la Provincia de Gerona*, Gerona, 1901, p. 18.
- ¹¹ E. Gilabert Bruniquer, *Relació sumaria de la antiga fundació y cristianisme de la ciutat de Barcelona y del antich magistrat y govern dels magnífichs consellers y altres coses de honor y bellesa de dita ciutat* (ed. a cargo de Manspons i Labros), Imprenta de la Reinaxensa, Barcelona, 1885, p. 53.
- ¹² E. Rodríguez Ocaña, «El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII», en *Dinamys*, vols. 7-8, 1987-88, p. 151.
- ¹³ P. Pérez García, *El justicia criminal de Valencia (1479-1707)*, Generalitat Valenciana, Conselleria d'Educació i Ciència, Valencia, 1991, pp. 89-91.
- ¹⁴ A. Rojo Vega, «La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid», en *Medicina e Historia*, núm. 30, 1989, p. 21.
- ¹⁵ M^a T. López Díaz, «Hambrunas, pestes e inundaciones» en C. Martínez Shaw, *Sevilla siglo XVI. El corazón de las riquezas del mundo*, Alianza Editorial, Madrid, 1992, p. 162
- ¹⁶ E. Arquiola *et. al.*, «Madrid, Villa y Corte...», *art.cit.*, pp. 30-31.
- ¹⁷ F. de Borja Luque Muriel, «La villa de Cabra en el Antiguo Régimen: la peste de 1648 a 1651», en *Revista Espacio, Tiempo y Forma*, t. 2, 1989, pp. 87, 97 y 108.
- ¹⁸ D. Goodman, *Poder y penuria. Gobierno, tecnología y ciencia en la España de Felipe II*, Alianza Editorial, Madrid, 1990, p. 241.

¹⁹ J. Hernández Franco, «Morfología de la peste de 1677-78 en Murcia», en *Estudis*, núm 9, p. 117.

²⁰ J. Castellanos y M. A. Reguero, «La peste en la Málaga del siglo XVII (1637). Aproximación a su historia social», en *Asclepio*, núm. XXIX, Madrid, 1977, pp. 110-111.

²¹ F. Guerra, *Epidemiología americana y filipina, 1492-1898*, op. cit., p. 575

²² R. Navarro, *Historia de la Sanidad en España...* op. cit., pp. 11121-11411.

²³ G. F. Ingrassia, *Informatione del pestifero e contagioso morbo il quale afflige questa città*, Mayola, Palermo, 1576.

²⁴ J. Busquets i Dalmau, *La Catalunya del Barroc vista desde Girona. La Crònica de Jeroni de Real (1626-1683)*, L'Avenç, Barcelona, 1994, vol. II, pp. 247-248.

²⁵ M. Parets, *Crónica de Cataluña, 1626-1660*, C. Pujol i Camps (ed.), *Memorial Histórico Español*, Madrid, 1883-1893, tomo XXV, p. 355.

²⁶ J. L. Betrán, *La peste en ...*, op. cit., pp. 283 y ss.

²⁷ R. Navarro y García, *Historia de la Sanidad Marítima en España*, Museo Nacional de la Sanidad, Madrid, 2001, pp. 31-37.

²⁸ M. Parets, *Dietari d'un any de...*, op. cit., p. 51.

²⁹ Citado por J. L. Carrillo, L. García Ballester, «Repercusiones sociales de la epidemia de fiebre amarilla de Málaga (1803-804): Posturas tradicionales e ilustradas en el estamento eclesiástico», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977, pp 90-92.

³⁰ R. Navarro, *Historia de la Sanidad en España*, op. cit., p. 1991.

³¹ Archivo de la Corona de Aragón, «Carta de 26-12-1631 de los cónsules de Perpiñán al virrey D. Enrique de Cardona, Duque de Segorbe», Legajo 383.

³² A.G. Carmichael, «Diseases of the renaissance and early modern Europe», en K.F. Kiple (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993, p. 281.

³³ B. Bennassar, *Recherches sur les grandes épidémies dans le Nord de l'Espagne à la fin du XVI siècle. Problemes documentation et de methode*, Démographie et Sociétés 12, París, 1969, p.

53. J. P. Gutton, *La société et les pauvres en Europe (XVIe—XVIIIe siècles)*, PUF, París, 1974, pp. 12-13; A. G. Carmichael, «Plague Legislation in the Italian Renaissance», en *Bulletin of the History of Medicine*, núm. 57, 1983, p. 510; B. Geremek, *La piedad y la horca*, Alianza Universidad, Madrid, 1989, pp. 56, 143 y 149.

³⁴ J. L. Vives, *Del socorro de los pobres. De subventionem pauperum*, Demetrio Casado (ed.), Editorial Hacer, Barcelona, 1992, pp. 38-39.

³⁵ B. Mas, *Orde breu y regiment...*, *op. cit.*, p. 19.

³⁶ M. Parets, *Dietari d'un any de...*, *op. cit.*, p. 42.

³⁷ J. L. Betrán, *La peste en la Barcelona ...*, *op. cit.*, pp. 308-309.

³⁸ M. Parets, *Dietari d'un any...*, *op. cit.*, p. 58.

³⁹ B. Mas, *Orde breu y regiment...* *op. cit.*, p. 19.

⁴⁰ M. Parets, *Dietari d'un any...*, *op. cit.*, pp. 43-45.

⁴¹ Citado por M. Pascual Artiaga, «Las relaciones de la población alicantina frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1804», en *Revista de Historia Moderna*, núm. 17, 1998-99, p. 173.

⁴² *Ibidem*, pp. 174-175.

⁴³ J. Riera y J. M. Jiménez Muñoz, «Avisos en España de la peste de Milán», en *Asclepio*, vol. XXV, Madrid, 1973, pp. 165-172; de los mismos autores «El doctor Rosell y los temores en España por la peste de Milán (1629-1631)», en *Asclepio*, vol. XXIX, Madrid, 1977, pp. 291 y ss.

⁴⁴ A. Dávila Padilla, *Historia de la fundación y discurso de la Provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores*, Pedro Madrigal, Madrid, 1596, Libro II, Capítulo XLIX.

⁴⁵ J. L. Betrán, «Medicina popular y peste en la Barcelona de 1589: el proceso de Mestre Bernat Rigaldía», en E. Serrano (ed.), *Muerte, Religiosidad y Cultura popular. Siglos XIII-XVIII*, Institución Fernando el católico, Zaragoza, 1994, pp. 279-304.

Capítulo 7. LA RUPTURA INHUMANA · F. de Santa Maria, *Historia das Sagradas congregações dos collegos seculares de S. Jorge em Alga de Venesa e de S. João Evangelista em Portugal*, Lisboa, 1697, pp. 270-272.

² Véase cap. 1, nota 9.

³ *Dietari del Antich Consell Barceloní*, vol. XV, Imprenta Henrich y C^a., Barcelona, 1917, pp. 157-158.

⁴ M. Parets, *Crónica de Cataluña...*, *op. cit.*, tomo V, 1888, pp. 403-404.

⁵ B. Gracián, *El Criticón*, Cátedra, Madrid, 1996, p. 776.

⁶ Citado por J. J. Fernández Sanz, 1885: *el año de la vacunación...*, *op. cit.*, p. 210.

⁷ *Ibidem*, p. 211.

⁸ *Ibidem*, p. 210.

⁹ J. F. Rossell, *El verdadero conocimiento de la peste, sus causas, señales, preservación y curación*, Matheuad, Barcelona, 1632, p. 68.

¹⁰ Gavalda, Fr. Francisco, *Memoria de los sucesos particulares de Valencia y su Reino en los años de 1647 y 1648, en tiempo de peste*, cap. 33, Imprenta de Silvestre Esparsa, Valencia, 1651.

¹¹ Citado por A. Blanco, *La peste negra*, Anaya, Madrid, 1988, p. 67.

¹² M. Parets, *Crónica de Cataluña...*, *op. cit.*, pp. 388-389.

¹³ M. Parets, *Dietari d'un any...*, *op. cit.*, p. 58.

¹⁴ Citado por J. J. Fernández Sanz, 1885: *el año de la vacunación...*, *op. cit.*, p. 210.

¹⁵ J. L. Betrán, *La peste en...*, *op. cit.*, pp. 460-461. J. Günzberg i Moll, *Vida quotidiana a la ciutat de Barcelona durant la pesta negra (1348)*, Ed. Dalmau, Barcelona, 2002, pp. 51 y ss.

¹⁶ M. V. Amasuno, «Apuntaciones histórico-médicas al escrito autobiográfico de Leonor López de Córdoba (1362-1430)», en *Revista de Literatura Medieval*, VIII, 1996, p. 42.

¹⁷ Citado por J. L. Carrillo y L. García Ballester, «Repercusiones sociales de la epidemia...», *op. cit.*, p. 79.

¹⁸ Para estos aspectos sigue siendo de inestimable valor la obra de P. Laín Entralgo, *Enfermedad y pecado*, Toray, Barcelona, 1961.

¹⁹ Citado por J. Bada i Elias, *Situació religiosa de Barcelona en el segle XVI*, Ediciones Balmes, Barcelona, 1970, p. 69.

²⁰ Todos estos ejemplos se encuentran citados por W. A. Christian, Jr., *Apariciones en Castilla y Cataluña (siglos XIV-XVI)*, Nerea, Madrid, 1990, pp. 92-95, 154-168, 180-185 y 188-193.

²¹ S. de la Vorágine, *La Leyenda Dorada*, vol. I, Alianza Editorial, Madrid, 1984, pp. 111-116.

²² *Ibidem*, p. 409. Véase también, G. Duchel-Suchaux y M. Pastoreau, *Guía iconográfica de La Biblia y los santos*, Alianza Editorial, Madrid, 1996, pp. 112-113.

²³ *Ibidem*, vol. II, pp. 954-955.

²⁴ A. Fliche, «Le problème de Saint Roch», en *Analecta Bollandiana*, núm. 68, 1950, pp. 344-351.

²⁵ Biblioteca Universitaria de Barcelona, Mss. 989, R. de Lloret de Mar, *Anales de los varones ilustres y casos notables de nuestra provincia, 1634-1721*, fol. 39 y v.

²⁶ Biblioteca Universitaria de Barcelona, Mss. 1406, *Sermones de Santos del mes de Enero. 7 sermones a San Sebastián del Convento de Santa Caterina O.P. de Barcelona, años 1578-1638*, fols. 330 a 360.

²⁷ Biblioteca de Cataluña, Mss. 160, P. J. Comes, *Llibre d'algunes coses asanyalades succeydes amb Barcelona y en altres parts*, fols. 306-308.

²⁸ J. Bernabeu Mestre (coord.), *La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-19*, Conselleria de Sanitat i Consum, Valencia, 1991, p. 119.

²⁹ Citado por J. J. Fernández Sanz, *1885: el año de la vacunación...*, *op. cit.*, p. 232.

Bibliografía General

ABELLÁN, J. L., *Historia Crítica del Pensamiento español*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1992.

ALBEROLA, A. y BERNABÉ GIL, D., «Tercianas y calenturas en tierras meridionales valencianas: una aproximación a la realidad médica y social del siglo XVIII», en *Revista de Historia Moderna*, n.º 17.

ALCHON, S. A., *Native society and disease in colonial Ecuador*, Cambridge University Press, Nueva York, 1991.

—, «Disease, Population and Health in Eighteenth Century Quito», en N. D. Cook y W. G. Lovell, *«Secret Judgments of God»: Old World Disease in Colonial Spanish America*, Norton, 1991.

AMASUNO, M.V., «Cronología de la peste en la Corona de Castilla durante la segunda mitad del siglo XIV», en *Studia Historica. Historia Medieval*, n.º 12, 1994.

—, «Apuntaciones histórico-médicas al escrito autobiográfico de Leonor López de Córdoba (1362-1430)», en *Revista de Literatura Medieval*, VIII, 1996.

ARQUIOLA, E. *et al.*, «Madrid, villa y corte ante la peste de Valencia de 1647-1648», en *Estudis*, n.º 5, Valencia, 1976.

BADA, J., *Situació religiosa de Barcelona en el segle XVI*, Barcelona, 1970.

BÁGUENA CERVELLERA, M^a J., *La tuberculosis y su historia*, Fund. Uriada, 1838, Barcelona, 1992, pp. 71-81.

BAJO, F. y BETRÁN, J. L., *Breve historia de la infancia*, Temas de Hoy, Madrid, 1998.

BALAGUER, E., Estudio introductorio en F. J. Balmis., *Prólogo y traducción castellana del «Tratado histórico y práctico de la vacuna», de J. L. Moreau (1803)*, Valencia, 1987.

BENITO MARTÍNEZ, E. y BALAGUERÓ LLADÓ, L., «Las medallas de Montserrat de la peste», *Gimbernat*, vol. V, Barcelona, 1985.

BENNASSAR, B., *Recherches sur les grandes épidémies dans le Nord de l'Espagne à la fin du XVI siècle. Problèmes, documentation et de methode*, París, 1969.

—, *Valladolid en el Siglo de Oro. Una ciudad de Castilla y su entorno agrario en el siglo XVI*, Ámbito, Valladolid, 1983.

—, *Hernán Cortés. El conquistador de lo imposible*, Temas de Hoy, Madrid, 2002, pp. 163-164.

BERGER, Ph., «Eiximenis en la Valencia de Luis Vives», *Lluís Vives, Erasme i la Cultura del renaixement. Homenatge al Pare Miquel Batllori*, Alfons el Magnànim, Barcelona, 1993.

BERMEJO MESA, R., *Edición y traducción castellana de veinticinco inscripciones sepulcrales hebraicas pertenecientes al cementerio judío de Toledo (siglos XIII al XV)*, Madrid, 1935.

BERNABEU MESTRE, J., (coord.), *La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-19*, Microforma, Valencia, 1991.

BERTHE, M., *Fams i epidèmies al camp navarrès als segles XIV i XV*, L'Avenç, Barcelona, 1991.

BESIO MORENO, N., *Historia de las epidemias en Buenos Aires*, L. J. Roso y Cía., Buenos Aires, 1940.

BETRÁN, J. L., «Medicina popular y peste en la Barcelona de 1589: el proceso de Mestre Bernat Rigaldía», en E. Serrano (ed.), *Muerte, religiosidad y cultura popular. Siglos XIII-XVIII*, Inst. Fernando el Católico, Zaragoza, 1994.

—, *La peste en la Barcelona de los Austrias*, Milenio, Lérida, 1996.

—, «Las crisis de mortalidad en la Península Ibérica durante el reinado de Carlos I», en *Carlos V. Europeísmo y universalidad*, vol. IV, Soc. Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V, Madrid, 2001.

BIDEL, D. J. y CHENT, T. H., «Diagnosi of plague: an analysis of the Yersin Kitosato», en *Bacteriological Reviews*, n.º 40, 1976.

BIRABEN, J. N., *Les hommes et la peste dans le pays européens et méditerranées*, 2 vols., París-La Haye, 1975-1976.

BLANCO, A., *La peste negra*, E. G. Amaya, Madrid, 1988, p. 67.

BONAMUNA, F. y SERRALLONGA, J., *Del roig al groc. Barcelona, 1868-1871. Quintes i epidèmies*, L'Avenç, Barcelona, 1995.

BORJA LUQUE MURIEL, F. de., «La villa de Cabra en el Antiguo Régimen: la peste de 1648 a 1651», en *Espacio, Tiempo y Forma*, t. 2, 1989.

BRUZZONE, E., *Storia e medicina nella storiografia della peste*, Génova, 1987.

BUSQUETS I DALMAU, J., *La Catalunya del Barroc vista des de Girona. La Crònica de Jeroni de Real (1626-1683)*, Abadía de Montserrat, Barcelona, 1994.

CABRILLANA, N., «Los despoblados en Castilla la Vieja», en *Hispania*, n.º 120, 1972.

CALERO SECALL, M. I., «La peste en Málaga, según el malagueño al-Nubâhi», en *Homenaje al profesor Jacinto Bosch Vilá*, vol. I, Departamento de Estudios Semíticos, Universidad de Granada, Granada, 1991.

CAMPS CLEMENTE, M. y Camps Surroca, M., «Les pestes del segle XVI a les terres de Lleida», en *Miscel.lania de les terres de Lleida al segle XVI*, Lérida, 1995.

—, *La pesta al segle XV a Catalunya*, Diputació de Lleida, Lérida, 1998.

CARDONER, A., *Història de la Medicina a la Corona d'Aragó*, Barcelona, 1973.

CARMICHAEL, A. G., «Plague Legislation in the Italian Renaissance», en *Bulletin of the History of Medicine*, n.º 57, 1983.

—, «Bubonic Plague» y «Diseases of the renaissance and early modern Europe», en Kipple, K. F. (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993.

CARMONA, J. I., *Crónica urbana del mal vivir (s. XIV-XVII). Insalubridad, desamparo y hambre en Sevilla*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2000.

CARRERAS PANCHÓN, A., *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*, Ed. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1976.

—, «Las epidemias de peste en la España del Renacimiento», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977.

CARRILLO, J. L. y GARCÍA BALLESTER, L., «Repercusiones sociales de la epidemia de fiebre amarilla de Málaga (1803-804): Posturas tradicionales e ilustradas en el estamento eclesiástico», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977.

CARTER, H. R., *Yellow Fever. An epidemiological and historical study of its place of origin*, Baltimore, 1931.

CASEY, J., *España en la Edad Moderna. Una historia social*, Universidad de Valencia, Valencia, 2001.

CASTELLANOS, J. y REGUERO, M. A., «La peste en la Málaga del siglo XVII (1637). Aproximación a su historia social», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977.

CHAUNU, P. y H., *Seville et l'Atlantique (1504-1650)*, París, 1956-1960.

CHÍA, M. de, *Contribución a la epidemiología histórica de la Provincia de Gerona*, Diputació de Girona, Gerona, 1901, p. 18.

CHRISTIAN, W. A. Jr., *Apariciones en Castilla y Cataluña (siglos XIV-XVI)*, Nerea, Madrid, 1990.

CIPOLLA, C. M., *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge University Press, Cambridge, 1976.

—, *Contra un enemigo mortal e invisible*, Crítica, Barcelona, 1993.

COMENGE Y FERRER, L., *La medicina en el siglo XIX. Apuntes para la historia de una cultura médica en España*, José Espasa, Barcelona, 1914.

CONTRERAS MAS, A., «Legislación frente a la peste en la Mallorca bajomedieval. "Ordinacions"; capitols del morbo de la ciutat e regne de Mallorques», en *Asclepio*, vols. XXX-XXXI, 1978-1979.

CROSBY, A. W., *Imperialismo ecológico. La expansión económica de Europa*, Crítica, Barcelona, 1988.

DANON, J., «Un brote de fiebre amarilla en el puerto de Barcelona, en 1803», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977, pp. 119-125.

DÍAZ DE YRAOLA, G., *La vuelta al mundo de la expedición de la vacuna*, Instituto de Historia, CSIC, Sevilla, 1948.

DÍEZ DE BORQUE, J. M^a., *La vida española en el Siglo de Oro según los extranjeros*, Ed. Serbal, Barcelona, 1990.

DOMÍNGUEZ ORTIZ, A., «La crisis de Castilla en 1677-1687», en *Crisis y decadencia de la España de los Austrias*, Ariel, Barcelona, 1973.

DUCHEL-SUCHAUX, G. y PASTOREAU, M., *La Biblia y los santos*, Alianza Editoria, Madrid, 1996.

DURAN I SANPERE, A., *Barcelona i la seva història*, Curial, Barcelona, 1973.

ECHEVERRI DÁVILA, B., *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Siglo XXI, Madrid, 1993.

EVANS, M., «Death in Aymaya of Upper Perú, 1580-1623», en N. D. Cook y W. G. Lovell (eds.), *Secret Judgments of God. Old World disease in Colonial Spanish America*, University of Oklahoma Press, Oklahoma, 1991.

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M., *Corpus documental de Carlos V*, Ed. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1973-1979.

FERNÁNDEZ DE PINEDO, E., *Crecimiento y transformaciones sociales del País Vasco 1100/1850*, Siglo XXI, Madrid, 1974.

FERNÁNDEZ SANZ, J. J., 1885: *El año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*, Fund. Ramón Aceves, Madrid, 1990.

FLICHE, A., «Le problème de Saint Roch», en *Analecta Bollandiana*, n.º 68, 1950.

GARCÍA BALLESTER, L., *La medicina a la Valencia medieval*, Alfons el Magnànim, Valencia, 1988.

—, «Changes in the Regimina Sanitatis: the Role of the Jewish Physicians», en S. Campbell, B. Hall y D. Klausner (eds.), *Health, Disease and Healing in Medieval Culture*, Basingstoke y Londres, 1992, pp. 119-131.

—, *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Barcelona, 2001, p. 329.

GARCÍA CÁRCCEL, R., *Las Germanías de Valencia*, Península, Barcelona, 1975.

—, «La peste de 1519: su influencia en el movimiento de las Germanías», en *Actas del III Congreso Español de Historia de la Medicina*, Valencia, vol. I, 1969.

GUERRA, F., «The Dispute over Syphilis: Europe versus America», en *Clio Medica*, XIII, n.º 1, 1978.

—, *Epidemiología americana y filipina, 1492-1898*, Min. de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

GEREMEK, B., *La piedad y la horca*, Alianza Editorial, Madrid, 1989.

GILMAN, S. L., *Sexuality: An Illustrated History*, Nueva York, 1989.

GOODMAN, D., *Poder y penuria. Gobierno, tecnología y ciencia en la España de Felipe II*, Alianza Editorial, Madrid, 1990.

GONZÁLEZ MUÑOZ, M^a del C., «Epidemias y enfermedades en Talavera de la Reina (siglos XVI y XVII)», en *Hispania*, n.º 126, 1974.

GONZÁLEZ TORRES, D. M., *Historia de la Medicina en Paraguay*, Asunción, 1968.

GÜNZBERG I MOLL, J., *Vida quotidiana a la ciutat de Barcelona durant la pesta negra (1348)*, Rafael Dalmau, Barcelona, 2002.

GUTIÉRREZ, V., *Cataluña ante la peste de Marsella*, tesis de licenciatura inédita, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1974.

GUTIÉRREZ NIETO, I., «Evolución demográfica de la cuenca del Segura en el siglo XVI», en *Hispania*, Madrid, 1969.

GUTTON, J. P., *La société et les pauvres en Europe (XVI-XVIII^e siècles)*, París, 1974.

HERNÁNDEZ FRANCO, J., «Morfología de la peste de 1677-78 en Murcia», en *Estudis*, n.º 9.

HOFFMAN, L. F., *La peste a Barcelone*, París, 1964, pp. 3-37.

IGLESIAS, J. J. y Rodríguez, J. J., *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*, Diputación Provincial, Cádiz, 1987.

JORALEMON, D., «New World Depopulation and the Case of Disease», en *Journal of Anthropological Research*, XXXVIII.

KAMEN, H., *La España de Carlos II*, Crítica, Barcelona, 1981.

KHIARI, F., «Au Maghreb, pestes et famines contre les hommes: un combat inégal», en *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 39-4, oct.-dic. 1992.

LAÍN ENTRALGO, P., *Enfermedad y pecado*, Toray, Barcelona, 1961.

LANZA, R., *La población y el crecimiento de Cantabria en el Antiguo Régimen*, Universidad Autónoma, Madrid, 1991.

LÁZARO RUIZ, M. y Gurriá García, P. A., *Las crisis de mortalidad en la Rioja (siglos XVI-XVIII)*, Instituto de Estudios Riojanos, Logroño, 1989.

LE ROY LADURIE, E., «Un concept: L'unification microbienne du monde (XIV-XVII^e siècles)», en *Revue Suisse d'Histoire*, Zurich, 1973.

—, Y CASSÁ, J. E., *Estudios sobre la mortalidad de La Habana durante el si-glo XIX y comienzos del actual*, La Habana, 1913.

LINDEMANN, M., *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna, Siglo XXI*, Madrid, 2001.

LÓPEZ, P., *Napoli e la peste 1464-1530. Política, Intituzioni, Problemi Sanitari*, Nápoles, 1989.

LÓPEZ DE MENESES, A., «Una consecuencia de la peste negra en Ca-ta--luña: el progrom de 1348», en *Sefarad*, n.º 19, 1959.

LÓPEZ DÍAZ, M^a. T., «Hambrunas, pestes e inundaciones», en C. Martínez Shaw, *Sevilla siglo XVI. El corazón de las riquezas del mundo*, Alianza Editorial, Madrid, 1992.

LÓPEZ PIÑERO, J. M.^a, «Balmis y la expedición de la vacuna», en *Noticias Médicas*, 9 de noviembre de 1972.

—, *Mateo Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Min. de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984.

—, *La Medicina en la historia*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2002.

LÓPEZ SALAZAR, J., «La población manchega en los siglos XVI y XVII», en *Revista Internacional de Sociología*, nº 37, enero-marzo 1981.

LOSADA, J. C., «La gripe española. La epidemia más grave del siglo XX», en *La Aventura de la Historia*, n.º 56, Madrid, 2003.

LUNN, P. G., «Nutrition, immunité et infection», en *Annales de Démographie historique*, París, 1989.

MARCOS MARTÍNEZ, P., «La muerte en los albores de la contemporaneidad. El cólera en Valladolid en 1834», en VV.AA., *Crisis demográfica y tensiones sociales en la Castilla del siglo XIX*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1987.

MARTÍNEZ GIL, F., *Muerte y sociedad en la España de los Austrias*, Siglo XXI, Madrid, 1993.

MC NEILL, W. H., *Plagas y pueblos*, Siglo XXI, Madrid, 1984.

MOLLARET, H. H., «Le cas de la peste», *Annales de Démographie Historique*, París, 1989.

MORALES PADRÓN, F., *Historia de Sevilla*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1983.

NADAL, J., *La población española*, Ariel, Barcelona, 1971.

NAVARRO Y GARCÍA, R., *Historia de la Sanidad Marítima en España*, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 2001.

—, *Historia de la Sanidad en España*, Lunverg, Barcelona, 2002, ORTEA RUBIO, E., «La ribera tudelana bajo los Austrias. Aproximación a un estudio socioeconómico», en *Príncipe de Viana*, 1982.

PASCUAL ARTIAGA, M., «Las relaciones de la población alicantina frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1804», en *Revista de Historia Moderna*, n.º 17, 1998-1999.

PÉREZ, J., *Carlos V*, Temas de Hoy, Madrid, 1999.

PÉREZ ESTÉVEZ, R. M., «Las Cortes y los marginados: pobres en Castilla en el siglo XVI», en *Las Cortes de Castilla y León en la Edad Moderna*, Valladolid, 1989.

PÉREZ GARCÍA, P., *El justicia criminal de Valencia (1479-1707)*, Consellería de Cultura, Valencia, 1991.

PÉREZ MOREDA, V., *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1980.

PESET, J. L. y PESET, M., *Muerte en España (política y sociedad entre la peste y el cólera)*, Seminarios y Ediciones, Madrid, 1972.

—, «Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen», en *Estudios de Historia Social*, n.º 4, 1978, pp. 7-28.

PORRAS GALLO, M. I., *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*, Editorial Complutense, Madrid, 1997.

QUÉTEL, C., *History of Syphilis*, Baltimore, 1990.

RIERA, J., *José Masdevall y la Medicina española ilustrada*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1980, pp. 21-23.

—, *Fiebres y Paludismo en la España Ilustrada (Felix Ibáñez y la epidemia de la Alcarria, 1784-1792)*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1984.

—, y GRANDA-JUESAS, J., *La inoculación de la viruela en la España Ilustrada*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1987.

— GRANDA-JUESAS, J., *Epidemias y paludismo en la Ribera del Júcar*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1988.

—, y JIMÉNEZ MUÑOZ, J. M., «Avisos en España de la peste de Milán», en *Asclepio*, vol. XXV, 1973.

—, y JIMÉNEZ MUÑOZ, J. M., «El doctor Rosell y los temores en España por la peste de Milán (1629-1631)», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977.

RODRÍGUEZ FLORES, M.^a P., *Morir en Badajoz. El cólera de 1833. Medicina y sociedad*, Universidad de Extremadura, Badajoz, 1991, p. 32.

— y ANTONA RODRÍGUEZ, M.^a J., *La percepción de la epidemia de cólera de 1885. Badajoz ante una crisis*, Universidad de Extremadura, Cáceres, 1999.

RODRÍGUEZ MOLINA, J., «Movimientos sociales en Andalucía durante la baja Edad Media. Notas para su estudio», en *Cuadernos de Estudios Medievales y Ciencias y Técnicas Historiográficas*, XVI, 1991.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E., *La Constitución de la Medicina Social en España (1882-1923)*, Min. de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987, p. 23.

—, «El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII», en *Dinamys*, vols. 7-8, 1987-1988.

—, «Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía», en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2, 1992.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A., «Economía y sociedad en los siglos XVI y XVII», en *Manual de Historia de España*, vol. 3, Historia 16, Madrid, 1991.

ROJO VEGA, A., «La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid», en *Medicina e Historia*, n.º 30, 1989.

RUBIO VELA, A., *Peste negra, crisis y comportamientos sociales en la España del siglo XIV. La ciudad de Valencia (1348-1401)*, Universidad de Granada, Granada, 1979.

—, «La ciudad de Valencia en 1348: la peste negra», en *Primer Congreso de Historia del País Valenciano*, vol. 2, Valencia, 1981.

—, «Las epidemias de peste en la ciudad de Valencia durante el siglo XV. Nuevas aportaciones», en *Estudis Castellonencs*, n.º 6, 1994-1995.

RUEDA FERNÁNDEZ, J. C., «La ciudad de Zamora en los siglos XVI y XVII: estudio demográfico», en *Studia Zamorensia*, 2, 1981.

RUFFIÉ, J. y SOURNIA, Ch., *La epidemia nella Storia*, Roma, 1985.

RUIZ SOMAVILLA, M^a J., «El cuerpo limpio». *Análisis de las prácticas higiénicas en la España del Mundo Moderno*, Universidad de Málaga, Málaga, 1993.

SALAVERT I FABIANI, V. L., «Notes sobre la sanitat municipal a la València dels segles XVI i XVII: les competències del mustassaf en matèria de mercats i conservació dels carrers», en *Afers*, n.º 5/6, 1987.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., *La medicina española renacentista*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1980.

SANTAMARÍA, E. y LUZ DABRIO, M^a., «La policía sanitaria mortuoria y su proceso de secularización en la Sevilla de la Ilustración (1750-1800)», en *Medicina e Historia*, n.º 50, 1993.

SHEREWSBURY, J. F. D., *A History of Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge University Press, Cambridge, 1970.

SORNÍ I ESTEVA, X., «Controvèrsia entre apotecaris de Barcelona entorn a la Triaga Magna a les darreries del segle XV», *IV Congrés d'Història de la Medicina Catalana*, Poblet, 1985, vol. II, p, 392, nota 1.

SUDHOFF, K. (comp.), *The Earliest Printed Literature on Syphilis, Being Ten Tractates from the Years 1495-1498*, Florencia, 1925.

TAPIA, S., «Las fuentes demográficas y el potencial humano de Ávila en el siglo XVI», en *Cuadernos Abulenses*, 2, 1984.

—, «Los factores de la evolución demográfica en el Ávila del siglo XVI», en *Cuadernos Abulenses*, 5, 1986.

TATJER, M., «Evolució demogràfica», en J. Sobreques (dir.), *Història de Barcelona*, vol. 7, Ajuntament, Barcelona, 1992.

THOMPSON, E. P., «La economía moral de la multitud», en *Tradición, revuelta y conciencia de clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial*, Crítica, Barcelona, 1984.

TORRES FONTES, J., «Cuatro epidemias de peste en la Murcia del siglo XV (1412, 1450, 1468, 1489)», en *Cuadernos de Historia. Anexos a la revista Hispania*, X, 1983.

TORRES SÁNCHEZ, R., *Aproximación a las crisis demográficas en la periferia peninsular. Las crisis en Cartagena durante la Edad Moderna*, Concejalía de Cultura, Cartagena, 1990.

TURRÓ I DARDER, R., «La peste de Barcelona», en *Gazeta Médica Catalana*, vol. XXXI, Barcelona, 1907.

URBIETA ARTETA, A., «Cronología del desarrollo de la peste negra en la península Ibérica», en *Cuadernos de Historia*, n.º 5, 1975.

VACA LORENZO, A., «La peste negra en Castilla. Aportación al estudio de algunas de sus consecuencias económicas y sociales», en *Studia Historica Medieval*, II, 1984.

VALDEÓN BARUQUE, J., *Los Trastámaras. El triunfo de una dinastía bastarda*, Temas de Hoy, Madrid, 2001.

VIDAL, J. J., «Notas sobre la población y la vida urbana de la Mallorca moderna», en *Mayurqa*, 1987, n.º 17.

VILLAMARÍN, J.A. y VILLAMARÍN, J. E., «Epidemic disease in the sabana of Bogotá 1536-1810», en N. D. Cook y W. G. Lovell (eds.), *Secret Judgments of God. Old World disease in Colonial Spanish America*. University of Oklahoma Press, Oklahoma, 1991.

VINCENT, B., «Las epidemias en Andalucía durante el siglo XVI», en *Asclepio*, vol. XXIX, 1977.

VIÑAS I CUSI, F., *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona*, Barcelona, 1907.

VORAGINE, Sebastián de la, *La Leyenda Dorada*, Alianza Editorial, Madrid, 1984.

VOVELLE, M., *La mort et l'Occident de 1300 á nos jours*, París, 1983.

WATTS, S., *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Andrés Bello, Barcelona, 2000.

ZARZOSO, A., «¿Obligación moral o responsabilidad política? Las autoridades borbónicas en tiempo de epidemias en la Cataluña del siglo XVIII», en *Revista de Historia Moderna*, n.º 17 (1998-1999).

ZEMON DAVIS, N., «Printing and the People: Early Modern France», en Harvey Graff, comp., *Literacy and Social Development in the West*, Cambridge University Press, Cambridge, 1981.

Fuentes impresas y manuscritas ABREU, Andrés de, *Tratado de las siete enfermedades*, Lisboa, 1623.

AGRAMUNT, Jacme d', *Regiment de preservació de la pestilència*, edición a cargo de Joan Veny, Barcelona, 1998.

ALEMÁN, Mateo, *Guzmán de Alfarache*, Akal, Madrid, 1994.

BARRIONUEVO, José de, *Avisos* (14 de octubre de 1654), BAE, t. CCXXI, Atlas, Madrid, 1968.

BERNÁLDEZ, Andrés, *Historia de los Reyes Católicos don Fernando y doña Isabel*, tomo II, Sevilla, 1870.

BETANZOS, fray Domingo de, «Carta», en J. García Icazbalceta (ed.), *Colección de documentos para la Historia de México*, vol. 2, México, 1866.

BETANZOS, Juan, *Suma y narración de los Incas*, Madrid, Atlas, 1987.

CADALSO, José de, *Cartas Marruecas. Noches lúgubres*, Cátedra, Madrid, 1981.

CALANCHA, Antonio de la, *Crónica moralizadora de la Orden de San Agustín en el Perú*, Barcelona, 1638.

CAMPROBI, Francesc, *Anals del Convent de Santa Caterina, V y M. O.P. de Barcelona, 1635--1700*, Biblioteca Universitaria de Barcelona, Barcelona, Mss. 1006.

CARRILLO, Miguel, *Tratado de ayuda a bien morir*, Zaragoza, 1596, fol. 87.

CASAS, Bartolomé de las, *Historia de las Indias*, FCE, México, 1951.

—, *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, Sarpe, Madrid, 1989.

CASAS, Francisco, *Memoria sobre el tétano...colera morbo y padecido en las Islas Filipinas*, Imp. Real, Madrid, 1832.

CIEZA DE LEÓN, Pedro, *Parte primera de la chronica del Perú*, Sevilla, 1553.

—, *Tercera Parte de la Crónica del Perú*, Sevilla, 1553.

COLÍN, Francisco, *Labor evangélica de los obreros de la Compañía de Jesús, fundación y progresos de su provincia en las Islas Filipinas*, Madrid, 1663.

COMES, P. J., *Llibre d'algunes coses asanyalades succeydes amb Barcelona y en altres parts*, Biblioteca de Catalunya, Barcelona, Mss. 160.

Crónica del muy alto et muy católico rey D. Alfonso el Onceno, Biblioteca de Autores Españoles, tomo 66, Madrid, 1953.

DÁVILA PADILLA, Agustín, *Historia de la fundación y discurso de la Provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores*, Pedro Madrigal, Madrid, 1596.

Dictamen de la Academia Médico-Práctica sobre la frecuencia de las muertes repentinas y apoplejías que en ella acontecen, Madrid, 1784.

Dietari del Antich Consell de Cent, vol. XV, Barcelona, 1917.

FRANCIA Y PONCE DE LEÓN, Benito, *Unas palabras sobre el cólera de Filipinas. Epidemia de 1888-1889*, Tip. Chofré y Cía., Manila, 1889.

FRANCO, Francisco, *Libro de las enfermedades contagiosas y de la preservación dellas*, Sevilla, 1569.

FREYLLAS, Antonio de, *Conocimiento, curación y preservación de la peste*, Jaén, 1606.

GARCÍA DE BAYONA, Diego José, *De la veneración del Smo. Sacramento de la Extremaunción*, Madrid, 1633.

GARCÍA MERCADAL, José, *Viajes de Extranjeros por España y Portugal*, 3 vols., Aguilar, Madrid, 1952.

GARCILASO DE LA VEGA, El Inca, *Historia General del Perú*, 1616.

GAVALDÁ, Fr. Francisco, *Memoria de Valencia en tiempo de peste*, Valencia, 1651.

GELABERT BRUNEQUER, Esteve, *Relació sumaria de la antiga fundació y cristianisme de la Ciutat de Barcelona y del antich magistrat y govern dels magnífichs consellers y altres coses de honor y bellesa de dita ciutat* (ed. de Manspons i Labros), Barcelona, 1871.

GIL, Pere, *Modo de ajudar a ben morir als qui per malaltia o per Justícia morem*, Barcelona, 1605.

GRACIÁN, Baltasar, *Agudeza y arte de ingenio*, discurso XXVII, en *Obra completa*, Atlas, Madrid, 1960, —, *El Crítico*, Temas de Hoy, Madrid, 1996.

HERRERA Y TORDESILLAS, Antonio de, *Historia General de los hechos de los Castellanos en las Islas y Tierra Firme del Mar Océano*, Tip. de Archivos, Madrid, 1601-1615.

INGRASSIA, G. F., *Informatione del pestifero e contagioso morbo il quale afflige questa città*, Palermo, 1576.

LIZÁRRAGA, Reginaldo de, *Descripción breve de toda la tierra del Perú, Tucumán, Río de la Plata y Chile*, Atlas, Madrid, 1968.

LLORET DE MAR, R. de, *Anales de los varones ilustres y casos notables de nuestra provincia, 1634-1721*, Biblioteca Universitaria de Barcelona, Barcelona, Mss. 989.

LOBERA, Luis de, *Libro de las quatro enfermedades cortesanas*, 1544.

LÓPEZ DE COGOLLUDO, Diego, *Historia del Yucatán*, Madrid, 1688.

LÓPEZ DE GÓMARA, Francisco, *Historia General de las Indias...Principio de la conquista de México*, Zaragoza, 1552.

—, *Historia de las conquistas de Hernán Cortés*, México, 1826.

LÓPEZ DE VALLADOLID, Alfonso, *El «Regimiento contra la pestilencia»*, ed. de V. Amasuno, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1988.

LÓPEZ DE VELASCO, Juan, en *Colección de documentos inéditos relativos al descubrimiento, conquista y organización de las antiguas posesiones españolas de América y Oceanía*, Madrid, 1870 (Ms. 2825, Biblioteca Nacional de Madrid).

MAS, Bernat, *Orde breu y regiment molt util y profitós pera preservar y curar de peste*, Barcelona, 1625.

MASDEVALL, José de, *Relación de las Epidemias de calenturas pútridas y malignas que en estos últimos años se han producido en el Principado de Cataluña*, Imprenta Real, Barcelona, 1786.

Memorias de la Academia Médico Práctica, Barcelona, 1798.

MENDIETA, Gerónimo, *Historia Eclesiástica indiana*, Porrúa, México, 1945, vol. III.

MONTESINOS, Fernando, *Anales del Perú*, vol. II, publicados por Víctor M. Maurtua, Madrid, 1906.

NIEREMBERG, Juan Eusebio, *De la diferencia entre lo temporal y lo eterno*, BAE, t. CIV, Atlas, Madrid, 1957.

Octava en elogio de las reales providencias para la construcción de cementerios en que sean sepultados los cadáveres de los fieles, a beneficio de la salud pública y mayor decoro de los sagrados templos, Barcelona, 1787 (Instituto Municipal de Historia de Barcelona).

PALMA, Ricardo (ed.), *Anales de Cuzco, 1600-1750*, Imp. de «El Estado», Lima, 1902.

PARETS, Miquel, *Crónica de Cataluña, 1626-1660*, ed. de C. Pujol i Camps, en *Memorial Histórico español*, tomos XX-XXV, Madrid, 1883-1893.

—, *Dietari d'un any de pesta*, ed. de J. S. Amelang y X. Torres, Vic, 1989.

ROA, Manuel de, *Estado de las almas del Purgatorio*, Sevilla, 1611, fol. 41v.

ROSSELL, Joan Francesc, *El verdadero conocimiento de la peste, sus causas, señales, preservación i curación*, Barcelona, 1632.

SAHAGÚN, Bernardino de, *Historia general de las cosas de Nueva España*, Pedro Robredo, México, 1938.

Santa Maria, Francisco, *Historia das Sagradas congregações des colegas seculares de S. Jorge en Alga de Venesa e de S. João Evangelista em Portugal*, Lisboa, 1697.

Sermones de Santos del mes de Enero. 7 sermones a San Sebastián del Convento de Santa Caterina O.P. de Barcelona, años 1578-1638, Biblioteca Universitaria de Barcelona, Barcelona, Mss. 1406.

TAMAYO DE VARGAS, Tomás, *Restauración de la ciudad del Salvador y Baia de Todos-Sanctos, en la provincia de Brasil*, Madrid, 1628.

VILLALBA, Joaquín de, *Epidemiología española, o historia cronológica de las pestes, contagios, epidemias y epizootias que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses hasta el años 1801*, 2 vols., M. Repulles, Madrid, 1802-1803.

Visites pastorals, vol. 57, Parroquia de Santa María del Mar, Archivo Diocesano de Barcelona, Barcelona, 1600.

VIVES, J. L., *Del socorro de los pobres. De subventionem pauperum*, ed. de Demetrio Casado, Barcelona, 1992.

VORAGINE, Sebastián de la, *La Leyenda Dorada*, 2 vols., Alianza Editorial, Madrid, 1984.

YOUNG, Arthur, *Viatge a Catalunya (1787)*, Ariel, Barcelona, 1970.

ZÚÑIGA, Francisco, *Crónica burlesca del emperador Carlos V*, Crítica, Barcelona, 1981.