

TESIS DOCTORAL

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

JOAQUIM BONAstra TOLÓS

UNIVERSITAT DE BARCELONA

2006

## **CONCLUSIONES**

Cada uno de los temas que se han tratado en este trabajo ha tenido su correspondiente conclusión. No es nuestra intención, por tanto, ni repetirlas, ni compendiarlas. Donde mejor se entienden es en el contexto en el que las hemos situado. No obstante, sí creemos oportuno, a modo de conclusión general, resaltar las principales ideas que se coligen de esta investigación —sin, como decíamos, reiterar las consideraciones que ya se han expuesto.

Las enfermedades epidémicas que en la era pre-bacteriológica azotaron el mundo occidental pusieron a prueba los conocimientos, habilidades e inspiración, tanto del colectivo médico como del de los administradores. A finales del trescientos, tras la experiencia de varios ataques de peste, algunas ciudades del Mediterráneo inventaron, pusieron en marcha y desarrollaron un dispositivo, la cuarentena, cuyo fin era no sólo impedir la entrada de las epidemias, sino hacerlo de manera que no se viera paralizado ni el tráfico de personas ni el de mercancías —tan necesario para la buena marcha de sus economías. La cuarentena basaba su funcionamiento en un cuerpo de conocimientos que provenía de la percepción que los encargados de la salud pública tenían acerca de las causas y la manera de expandirse de las enfermedades epidémicas. Esta percepción, a su vez, se inspiraba en las respuestas que daba la medicina a las incógnitas planteadas por la aparente volubilidad que presentaba la

aparición y el despliegue de cada oleada epidémica. Pero estas respuestas no eran más que uno de los múltiples elementos que daban forma al sobredicho saber. El corpus, de hecho, estaba compuesto por un conjunto de ideas, apreciaciones, evidencias, juicios, costumbres e intereses que, en lo fundamental, se mantuvieron sin muchos cambios durante el lapso temporal que hemos analizado y que, sólo en lo accesorio, se fueron adaptando a las necesidades y coyunturas de cada momento. Únicamente de esta manera se puede explicar la aparición y la pervivencia de las cuarentenas a lo largo de un periodo de tiempo tan amplio. En esta época, no lo olvidemos, el contagio de las enfermedades colectivas raramente suscitó una respuesta unánime por parte del colectivo médico. Así, el referido cuerpo de conocimientos estaba formado por elementos entre los que encontramos: la constatación de que un individuo aparentemente sano podía desarrollar la enfermedad unos días después de contagiarse; la idea de que existían lugares perennemente afectados por las enfermedades epidémicas y que las transacciones con éstos suponían el riesgo de importación de la dolencia; la teoría de que algunos grupos de personas, por sus características, eran más susceptibles que otros de desarrollar y transportar el mal contagioso; o la idea, entre otras, de que algunos tipos de mercancías eran capaces de contener el influjo pestilencial.

En casi todos los países que adoptaron la cuarentena como base de su entramado sanitario, encontramos, además, algunas peculiaridades locales en su aplicación, estrechamente relacionadas con el poso cultural de cada uno de esos países, su situación económica, su emplazamiento geográfico y su coyuntura política. Estas variantes nos han ayudado sobremanera a perfilar los detalles que singularizaron la puesta en marcha de esta estrategia por parte de los Estados. A todo esto hay que añadir el hecho de que la institución cuarentenaria y la práctica de sus actividades, aunque en sus aspectos generales se mantuvieron casi incólumes hasta el advenimiento de la bacteriología, fueron experimentando una constante evolución en lo que al detalle se refiere. Todo ello explica la variedad reglamentaria, la heterogeneidad de los establecimientos y el diferente rigor en su ejercicio,

entre otros aspectos. Precisamente esto es lo que motivó, a partir de la segunda mitad del ochocientos, la celebración de las Conferencias Sanitarias Internacionales. Sus primeras ediciones, que tenían como finalidad el llegar a un acuerdo en la aplicación de medidas de cuarentena parecidas en todas las potencias participantes, pusieron de relieve la existencia de posiciones irreconciliables entre los países. Estos desacuerdos, por supuesto, derivaban mucho más de los intereses particulares de cada uno de los Estados en liza, que del propio conocimiento que tenía la ciencia médica. De este modo, consideramos que la primera y la segunda hipótesis que hemos planteado al inicio de esta investigación quedan ampliamente demostradas. El carácter generalista que nos hemos impuesto nos ha impedido descender a un mayor nivel de detalle y explicar cuál era, para cada uno de los países, el complejo entramado de causas y concausas que, junto con el conocimiento científico sobre las epidemias, componían este saber en el que se basaba el sistema cuarentenario. A este respecto conviene hacer dos puntualizaciones: este cuerpo no escrito de conocimientos no era el mismo en todos los países, puesto que ya hemos indicado que respondía a las diferentes coyunturas que se daban en cada uno de ellos, y, precisamente por esta misma razón, era también cambiante en el tiempo.

El sistema cuarentenario no solamente sirvió para fines sanitarios. En la tercera hipótesis de partida de este trabajo afirmábamos que todo el entramado diseñado para cumplir una función profiláctica, sin dejar de servir a los fines que en principio le correspondían, había sido utilizado para alcanzar objetivos muy diferentes. A lo largo de nuestro estudio, y sobre todo en el capítulo sexto, hemos proporcionado y analizado diversos ejemplos de este uso partidista del sistema cuarentenario. Por un lado, sirvió, en tanto que acto médico colectivo sujeto a una lógica disciplinaria, como un eslabón más de la larga cadena que conformaba la ideología del orden descrita por Foucault. Por otro lado, fue empleado, y repetimos que sin dejar de cumplir sus funciones sanitarias, como una útil herramienta que permitía sacar partido político de la situación sanitaria de algunos países. Finalmente, hemos visto, también, que fue usado con fines económicos: en primer lugar,

para hacer de garante del comercio, que era la actuación que menos se desviaba de su principal cometido —puesto que todo puerto o territorio, para ser tomado por seguro, debía contar con instalaciones cuarentenarias que lo garantizaran. Y, en segundo lugar, por su utilización para sacar ventaja comercial ante terceros países, a los que se aplicaban mayores restricciones o se vetaba algún tipo de producto considerado capaz de transportar la enfermedad. En cada uno de los países, estos usos indebidos del sistema cuarentenario estaban, a priori, legitimados por un determinado cuerpo de conocimientos cuarentenarios, los cuales, al ser diferentes de un sitio a otro, daban lugar a diversos reglamentos de cuarentena. Esta heterogeneidad reglamentaria ofrecía numerosos resquicios, y por ellos se colaron los usos espurios del sistema cuarentenario.

En los capítulos séptimo a décimo hemos podido comprobar la evolución y la adecuación de los lazaretos a las ideas médicas preponderantes en cada momento. A priori se podría pensar que los edificios cuarentenarios no siguieron en ningún momento un modelo morfológico concreto. Parece que solamente era necesario que cumplieran unas normas básicas de aislamiento que, eso sí, se fueron afinando poco a poco y alcanzaron un mayor nivel de detalle a medida que la institución fue evolucionando. A modo de ejemplo podemos citar la división del recinto en departamentos o la propia separación de estos departamentos en diferentes pabellones para dar albergue a las tripulaciones y las mercancías de los barcos que se recogían en una misma instalación. Pero con una visión más detallada y amplia del fenómeno, y teniendo en cuenta las jerarquías establecidas dentro de las distintas redes cuarentenarias, la conclusión a este respecto es bastante diferente. Aunque es preciso puntualizar que muchos de los edificios que hicieron las veces de lazareto fueron construidos para otros usos y que buena parte de los que se sí se habían construido con fines cuarentenarios no seguían ningún modelo concreto, el examen detallado de un gran número de lazaretos permite el establecimiento de algunas taxonomías. Estas clasificaciones se hacen patentes, sobre todo, en algunos lazaretos de primer orden y casi nunca en los que ocupaban niveles más

bajos. De este modo, hemos podido comprobar que en determinadas épocas y lugares se repitieron ciertos modelos que estaban muy relacionados también con las corrientes culturales, ideológicas y arquitectónicas hegemónicas en ese momento. Así, este examen en profundidad de un gran número de establecimientos que funcionaron durante toda la era pre-bacteriológica nos ha permitido establecer la siguiente clasificación:

a) El modelo renacentista de lazareto, del cual encontramos ejemplos construidos durante el cuatrocientos y el quinientos en la Italia septentrional, sobre todo en los territorios venecianos (desde su capital, hasta Bérgamo) y en Milán.

b) El modelo ilustrado, del que contamos con exponentes en Italia y en España, y cuya concepción y construcción data del setecientos. Este modelo tenía una doble vertiente: la neoclasicista, de la cual son ejemplos los lazaretos de Ancona y La Spezia, y los inspirados por la arquitectura de la Revolución Francesa, que conocemos por los proyectos presentados a los concursos de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando.

c) El modelo pabellonario, que surgió en Francia a finales del siglo XVIII e imperó en Europa y el Mediterráneo durante el siglo siguiente.

d) El modelo romántico, aparecido en los Estados Unidos y Canadá desde finales del setecientos y en boga en estos países durante todo el siglo siguiente.

Como hemos podido comprobar, estos arquetipos estaban delimitados en épocas y lugares concretos. Sin embargo, los edificios pertenecientes a estas taxonomías no representaron un alto porcentaje en el cómputo global de lazaretos. Podemos afirmar que, con la salvedad de los que seguían alguna de estas grandes clasificaciones, la mayor parte de los recintos cuarentenarios tuvieron un diseño propio e incluso irrepetible —ya hemos visto en este trabajo las razones que explican este fenómeno. Consideramos, pues, que la cuarta hipótesis ha quedado demostrada afirmativamente.

El decimoprimer capítulo debía responder a la quinta hipótesis de partida de este trabajo. Sin duda, la explicación en profundidad de solamente tres casos no sea suficiente para precisar el juego de relaciones que se estableció entre los lazaretos y las ciudades. Pero, como ya hemos advertido en la introducción, esta tesis tiene un carácter generalista y es imposible acometer el estudio pormenorizado que requeriría este tema en una investigación de tales características.

De todos modos, los tres puertos elegidos tienen suficiente entidad como para, en conjunto, proporcionarnos una casuística del modo en que se vincularon los lazaretos y las ciudades. Así, y a la espera de que otras investigaciones sobre casos concretos arrojen luz sobre el papel de estas instituciones como infraestructuras urbanas, consideramos que la hipótesis que hemos planteado queda, también, sobradamente demostrada. Hemos visto que el lazareto era una infraestructura sanitaria totalmente insertada en el resto de funciones urbanas y que, en muchos de los casos, tenía un carácter auxiliar como dinamizador y garante del comercio. Se trataba de una institución que ayudaba al normal desarrollo de la vida ciudadana puesto que su finalidad preventiva hacía olvidar el acecho de las epidemias. Sobre su localización, hemos podido comprobar cuán importante eran, por un lado, los condicionantes morfológicos de la ciudad; por otro, los conocimientos tanto académicos como populares sobre la aparición y el desarrollo de las epidemias; y, por otro, su relación con otras funciones urbanas, como la defensiva o la comercial. En los casos de Ragusa, Liorna y Marsella (y en otros que de manera más sucinta han aparecido en el texto) hemos podido valorar diferentes modos de inserción del lazareto en una ciudad, y conocer las limitaciones —urbanísticas, económicas, defensivas y territoriales— que definieron su implantación y se ha visto también la evolución y adaptación de sus instalaciones a las sucesivas coyunturas en las que las respectivas ciudades se vieron involucradas. Sin embargo, consideramos que se necesitan más investigaciones en profundidad que sigan la excelente línea de los trabajos de Hildesheimer y Ciano sobre Marsella y Liorna.

Otro aspecto que, como geógrafos, hemos considerado importante en el estudio de las cuarentenas ha sido la creación de redes de defensa cuarentenaria a escala supramunicipal. Esta reflexión nos ha permitido, por un lado, aportar algunos elementos nuevos de análisis sobre el modelo territorial de algunos países en los diferentes estadios de todo el periodo que hemos estudiado. Por otro lado, el examen de la formación de estas redes nos ha mostrado, en cierto modo, la naturaleza de algunas de las relaciones que se establecen entre los países, sobre todo en lo que a aspectos comerciales y políticos se refiere.

En lo tocante a la creación de redes, es interesante remarcar que, en casi todos los países, la tendencia generalizada consistió en un progresiva centralización, tanto espacial como de gestión, de las actividades cuarentenarias. De este modo, y el caso de Francia es muy representativo, una primera etapa de la evolución de las redes sanitarias fue la elección de unos pocos puertos, habilitados para recibir en derecha los barcos llegados desde las zonas consideradas en todo tiempo como sospechosas. A muchos de estos puertos se les yuxtapuso, además, un monopolio comercial o se convirtieron en puertos francos. De ahí se colige una jerarquía en la que estas instalaciones ocuparían el nivel principal y los otros puertos les quedarían supeditados. Es en este sentido en el que afirmamos que el estudio de estas redes ayuda a comprender el modelo territorial de algunos países. Vemos cómo las ciudades se convertían en nodos principales o secundarios de la malla urbana del Estado, aunque también somos conscientes de que la red cuarentenaria era incapaz, tomada por separado, de explicar un asunto tan intrincado. Paralelamente a esta centralización de la defensa anti-epidémica en unos pocos puntos importantes, se procedió también a la centralización de la organización de esta defensa. De este modo, a diferentes velocidades, el control municipal fue pasando paulatinamente a estadios más altos de la administración hasta acabar en manos del poder estatal, del que se desprendería toda la jerarquía cuarentenaria.



Respecto a la relación de las redes sanitarias con la formación del mapa de las relaciones internacionales, somos conscientes de que solamente hemos podido dar una visión parcial del escenario que ayudó a configurar la institución cuarentenaria. A pesar de ello, creemos que se han proporcionado suficientes ejemplos como para mostrar la influencia del sistema cuarentenario en los asuntos transnacionales y confiamos poder ampliar esta investigación en el futuro.

Por último, nos gustaría dejar constancia de que esta investigación se inscribe en un proyecto más amplio que trata de la gestación o, como diría Foucault, de la genealogía de los espacios de control y del uso que se hace de la ordenación del territorio para inducir comportamientos y actitudes colectivas. En todos estos espacios, y en algunos se ve de manera más evidente que en otros, hay implícita una visión de cómo debería ser la sociedad y las relaciones entre los diferentes actores que la componen. Tomados individualmente, a veces es difícil aprehender su significado pero, puestos en contexto y conjugados con otro tipo de instituciones —recordemos, por ejemplo, el caso de los parques urbanos en la Norteamérica decimonónica y su relación con otras instalaciones como los cementerios y los lazaretos—, nos dan una visión clara del tipo de orden que se quiere inculcar. De este modo, consideramos que los lazaretos fueron un eslabón importante en la cadena de aparatos de control, puesto que sirvieron, del mismo modo que las cárceles, los hospitales, los hospicios o ciertas intervenciones urbanas y territoriales, como instrumento para modelar el comportamiento y las actitudes de los individuos.