

## LEPRA Y ESTIGMA: ESTUDIO DE CASOS EN LATINOAMÉRICA COLONIAL

*Ana Paulina Malavassi Aguilar*

### 1. INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza las diferentes ideas prevalecientes sobre la lepra en cuatro puntos de América Latina colonial, con el objetivo de comprender hasta qué punto es factible afirmar que todos los leprosos vivieron al margen de la sociedad. Asimismo se pueden conocer los orígenes y la respuesta primigenia a un problema sanitario que todavía no ha podido ser erradicado, y asimismo comprender las percepciones del Estado Colonial en general, y de los gobiernos locales en particular, con respecto a la enfermedad y a la salud.

Este trabajo ha sido elaborado básicamente con fuentes secundarias<sup>1</sup>. Solamente la parte correspondiente a Costa Rica es fruto de la investigación en fuentes primarias. La lepra, como problema social, ha despertado el interés de muy pocos investigadores en nuestro continente. La mayoría de los trabajos que hemos consultado proceden de la pluma de leprólogos que, al calor de su experiencia laboral, llegaron a interesarse por los orígenes de la asistencia a los leprosos en sus respectivos países. Hasta el momento solamente Diana Obregón, científica social colombiana, se ha interesado en el análisis metódico y sugerente de las diferentes aristas de la construcción social de la lepra en su país.<sup>2</sup>

### 2. ESTA ENFERMEDAD ES LA MÁS ASQUEROSA<sup>3</sup>: LAS PERCEPCIONES SOBRE LA LEPRA EN LATINOAMÉRICA COLONIAL

Cuando los españoles se asientan en América introducen un arsenal de bacterias para el

que los indígenas no tienen inmunidad, lo cual aunado a la explotación inmisericorde de las poblaciones autóctonas, degenera en un caos sanitario—muerte, hambruna y malnutrición—al que se responde trasplantando las instituciones sanitarias españolas. Es así como en 1502 la reina Isabel de Castilla ordena a Nicolás de Ovando—Gobernador de la Isla La Española—crear hospitales para albergar y curar indígenas y españoles. A falta de personal médico y de presupuesto, por mucho tiempo los hospitales van a estar en manos de órdenes religiosas, lo cual favorecerá para que se conviertan en centros de evangelización, aculturación y control social. Estas funciones no son nuevas, ya habían sido utilizadas en el pasado como instrumento de conversión y salvación de almas, especialmente en el área reconquistada a los moros. Desde el punto de vista sanitario, los alcances de estos primitivos hospitales son muy limitados debido a las carencias del sistema: burocratización, injerencia de la Iglesia, escasez de médicos, menosprecio por los conocimientos curativos autóctonos, y fuertes restricciones para el ejercicio de la medicina.<sup>4</sup>

Los orígenes de la lepra en América son muy discutidos. Algunos autores aseguran que la enfermedad es autóctona; otros prefieren atribuírsela a los españoles; hay quienes, con prejuicio indiscutible, prefieren achacársela a los negros africanos, árabes, judíos y chinos.<sup>5</sup> En todo caso, lo cierto es que la lepra aparece en fecha muy temprana en América, de ahí que en 1513 se funde un leprosario en Cartagena.<sup>6</sup> La lepra empieza a florecer en un entorno donde la debilidad del Estado Colonial impide la imposición de un sistema médico autoritario. Esto se ve reflejado,

por ejemplo, en la impotencia de los Protomedicatos que, en muchas ocasiones, son opacados por las decisiones municipales.<sup>7</sup> Este contexto favorece la cimentación de un sistema médico pluralista—más etnocultural que legal—sustentado por los aportes de españoles, indígenas y negros.<sup>8</sup>

A falta de una profunda educación médica formal, la teoría médica humoral de Galeno, floreciente hasta mediados del siglo XIX,<sup>9</sup> prevalece solamente entre algunos sectores de la sociedad, esencialmente entre la élite; puesto que, para la mayoría de las personas la enfermedad seguirá teniendo una explicación sobrenatural. Esta última alimentada por las tradiciones indígena y negra. De la misma forma, a falta de suficiente oferta médica circulan algunas obras médicas donde se incorpora el conocimiento popular.<sup>10</sup>

Así como los españoles trasplantan el hospital para velar por la salud del alma y del cuerpo de los moradores de las Indias, y el tribunal denominado Protomedicato para garantizarles el buen ejercicio de la medicina. También implantan los leprosarios y los Alcaldes de la Lepra para solventar los inconvenientes motivados por dicha enfermedad infecciosa. Los leprosarios en América califican, en teoría, bajo la categoría de hospitales especiales, porque son construidos para guarecer exclusivamente leproso.<sup>11</sup> No obstante, según veremos más adelante, también se dan excepciones. Estas instituciones reflejan el sistema de aislamiento propio de la España Cristiana.

Indudablemente la imagen que la sociedad posea sobre una determinada enfermedad, determina las políticas para manejar y controlar dicho fenómeno. En el caso de la América Colonial, la forma en que la sociedad percibe la lepra, se aparta de la esgrimida en la Europa medieval. En los dominios españoles—por lo menos en Costa Rica, Cuba, Ecuador y Perú—no se nota una tendencia hacia la estigmatización con base en la tradición judeo-cristiana; y si bien es cierto que se da una tendencia hacia el rechazo social, ésta no es total. En ese sentido, no hay una continuidad desde el período medieval. El binomio estigma-secuestro volverá a tomar fuerza en las postrimerías del siglo XIX, potenciado por la revolución bacteriológica.

En los cuatro países para los que logramos obtener información durante este período,<sup>12</sup>

la lepra—como construcción social—pasa por cuatro estadios, a saber:

- Indiferencia: de la población ante la presencia de leproso
- Asentamientos: formación de pequeñas colonias de leproso mendigos en los contornos de los poblados
- Alarma: voz de alarma de las autoridades
- Leprosarios: creación de leprosarios en condiciones sanitarias deplorables, usualmente fugaces y sin asistencia médica

Desde el siglo XVIII la lepra adquiere características epidémicas en un barrio ubicado al noroeste de Cartago, capital de la provincia de Costa Rica. Inicialmente la población se muestra indiferente ante el avance del mal, permitiendo que los infectos continúen viviendo con sus familias o, a falta de auxilio familiar, se organicen en pequeñas comunidades de mendigos ubicadas en las inmediaciones de los principales poblados. Es hasta las postrimerías de dicha centuria, cuando se da la voz de alarma, siendo la lepra asumida como un problema sanitario con implicaciones sociales, políticas y económicas. Concretamente el 10 de mayo de 1784 el gobernador interino teniente coronel Juan Olmedo y Flores Sánchez (1781-1785) solicita a la Audiencia de Guatemala sancione el proyecto que, junto con el Cabildo de la ciudad de Cartago, ha emprendido para trasladar a los leproso a un punto aislado; la solicitud es aprobada el 27 de junio del mismo año. Se infiere que se ha llegado a un punto donde ya no resulta conveniente—según el criterio de las autoridades coloniales, no se tiene noticia de ninguna solicitud pública—mantener dentro de los límites de la ciudad capital a los pocos lazarios que mendigan y/o conviven con sus familias. Se ha llegado a la fase del exilio-clausura.

La imposición del exilio-clausura en Costa Rica es un proceso complejo e inacabado. Entre 1784 y 1821 se discuten en las altas esferas coloniales, tres iniciativas para proscibir a los leproso de la vida pública, confinándolos en una “comunidad pura”, alejada de los principales centros de población. Sin embargo, la incompetencia burocrática, la desidia de la población, la

falta de recursos y hasta la misma ubicación sugerida, dan al traste con los proyectos. Costa Rica no inaugura su primer leprosario sino hasta 1833, doce años después del rompimiento político-administrativo con España.<sup>13</sup>

Sin embargo, en otros parajes del imperio español los leprosarios aparecen en fecha mucho más temprana. Desde 1563 los leproso de Lima son confiados a la protección de los religiosos que atienden el Hospital de San Lázaro. En este reducto imperan tanto la segregación sexual y racial como la pobreza extrema, a la cual—en parte—contribuyen los dueños de esclavos por su negativa a sufragar los gastos ocasionados en la atención a sus trabajadores. Por otra parte, la autosuficiencia alimentaria fracasa, dado lo pedregoso del terreno. Sin embargo, este reducto de enfermos dará origen al pueblo de San Lázaro que oirá misa en la iglesia del hospital.<sup>14</sup> Aquí se da una diferencia significativa con respecto a Costa Rica, donde no se considera la posibilidad de delegar la atención de los proyectados leprosarios en religiosos; además se percibe una semejanza: el deseo de formar comunidades autosuficientes.

En la isla de Cuba la lepra aparece posiblemente en fecha muy temprana, obligando a los enfermos más pobres a deambular por las calles implorando las dádivas de una población que se muestra indiferente ante su presencia. Pero a partir de 1615 algunos vecinos solicitan al Cabildo de La Habana la expulsión—extra-muros—de los infectos, la cual materializa en 1662, cuando por fin son expulsados a un bohío lejos de la ciudad. Así se inicia un largo proceso que conduce hasta la construcción del hospital de San Lázaro de La Habana en 1797. En el transcurso del largo dominio español otros leprosarios se construyen en Cuba. Camagüey estrena su leprosario en 1817 y Villas en 1839.<sup>15</sup>

Lo sucedido en la provincia cubana de Oriente es interesante, porque coincide cronológicamente con Costa Rica. Hacia 1760 los leproso de Oriente vagan libremente por poblado y despoblado, guareciéndose en las noches en una estancia. Lo mismo sucede por esas fechas con los leproso pobres y desamparados de Cartago, que en el día mendigan por calles y mercados y en las noches se refugian en los montes. Pero en

1784 cunde el pánico entre las autoridades coloniales de ambos lugares. Peticiones, consultas y mandatos van y vienen, pero en ambos casos el exilio-clausura fracasa; en Costa Rica por los motivos arriba apuntados, y en Oriente por la existencia de un fuerte sentimiento de tolerancia de la población en general, y hasta de los mismos facultativos orientales que no ven peligro de contagio en la lepra. Oriente no llega a tener leprosario nunca, Costa Rica inaugura el suyo en 1833 y lo mantiene abierto—introduciéndole diversas modificaciones—hasta 1972. Sin embargo, tampoco debe creerse que los leproso no enfrentan discriminación en Oriente, el hecho de que se les sepulte en el cementerio para esclavos, demuestra la baja estima que la sociedad tiene por ellos.<sup>16</sup>

Pero las autoridades y vecinos no sólo presionan para expulsar a los leproso, también interceden para tratar de mitigar sus sufrimientos. Desde el siglo XVII los leproso de Ecuador son trasladados hasta el leprosario fundado en Cartagena con muebles y bienes, lo que hace el viaje aún más dificultoso, esto obliga a las autoridades a recluirlos, junto con otros enfermos, primero en la Casa de Salud Pública y luego en el Hospicio donde los jesuitas atienden a los pobres de Quito. En 1800 por fin el Virreinato de Nueva Granada—ante las demandas locales—aprueba la construcción de leprosarios provinciales en Panamá, Guayaquil, Quito y Popayán.<sup>17</sup>

La construcción de leprosarios para albergar a los leproso deambulantes, difícilmente ayuda a la erradicación del contacto entre la comunidad sana y la pequeña comunidad de enfermos. A esas instituciones, mantenidas la mayoría de las veces con los frutos de la caridad pública, solamente ingresan los enfermos pobres y desamparados por sus familias. Aquí hay que considerar que la lepra es una enfermedad progresiva que provoca un largo período de desgaste físico, y usualmente no es causa de muerte: el leproso generalmente muere—al cabo de los años—a causa de las enfermedades oportunistas—principalmente tuberculosis—que encuentran campo fértil en su debilitado organismo. Esta característica convierte al lazaro en una pesada carga para sus familias y para la sociedad en general a falta de un sistema de seguridad social. Según

Skinsnes esto se constituye en un justificante para la marginación social.<sup>18</sup> En estas circunstancias, el camino de la mendicidad es la salida para una persona que, en avanzado estado de deterioro físico, ya no puede ocultar sus lacras y aún menos procurarse la subsistencia.

Sin embargo, con los leprosarios la mendicidad callejera no desaparece, a pesar del idílico objetivo de convertirlos en comunidades autosuficientes al dotarlos de tierra para el ejercicio de las faenas agrícolas. Las tres trucas iniciativas sugeridas por las autoridades de la provincia de Costa Rica persiguen deshacerse en el menor plazo posible de la manutención de los leprosos ofreciéndoles tierra abundante para la labranza y cría de ganado. Situación semejante se da en Lima—como ya lo indicamos—y en Cuba. El problema aquí es que la dotación de tierra no garantiza nada cuando no se cuenta con la mano de obra necesaria para usufructuarla. Los inquilinos de los leprosarios—por lo avanzado de la enfermedad—generalmente están incapacitados para el ejercicio del trabajo agropecuario.

Pero también parece que se dan excepciones. En Camagüey la autosuficiencia alimentaria llega a ser una realidad gracias al empeño del sacerdote José de la Cruz Espí—conocido popularmente como Padre Valencia—que dota a la institución de una amplia variedad de árboles frutales y hortalizas, cuya cosecha alcanza para satisfacer la demanda interna, así como para vender y regalar a los visitantes. Incluso la construcción de la Hospedería de San Roque en 1834, contiguo al leprosario y administrada por éste, coadyuva al mejoramiento de las rentas de la institución. En esta hospedería pernoctan los peregrinos que se dirigen al Santuario de Nuestra Señora de la Caridad del Cobre.

El caso del leprosario de Camagüey ilustra también que el temor de la gente hacia la lepra es relativo. Si bien es cierto que, desde principios del siglo XVIII algunas voces habían pedido públicamente su expulsión del vecindario, una centuria después los vecinos no temen consumir frutas y hortalizas cosechadas por leprosos, visitarlos, hospedarse contiguo a la institución y hasta asistirlos con ocasión de la Romería de San Lázaro. Si a esto agregamos que, en La Habana el

carnaval y las fiestas de San Lázaro<sup>20</sup> también promueven el contacto entre leprosos y sanos, y que las vendedoras ambulantes tienen libre entrada en el leprosario,<sup>21</sup> cabe preguntar: ¿son los leprosos cubanos realmente proscritos sociales?

El aislamiento de los leprosos cubanos no logra practicarse sistemáticamente, es sólo una quimera. Esto se da en parte porque el temor al contagio no es generalizado, y en parte porque el contacto es trascendental para la subsistencia. A excepción de la injerencia de las vendedoras, que básicamente suplen los antojos de los internos que disponen de algunas monedas para comprar sus productos, cada visita y cada actividad tienen como objetivo recaudar los fondos imprescindibles para garantizar la subsistencia de los enfermos. Esta última idea es reforzada con las intermitentes autorizaciones que se le dan a los internos de La Habana para que puedan salir a pedir limosnas a la ciudad, lo cual crea roces con algunos vecinos, pero generalmente ganan los leprosos, ya que estas autorizaciones se extienden cuando la institución atraviesa por serias dificultades económicas, incluso en algunas ocasiones los internos salen a mendigar por iniciativa propia para no perecer de hambre. En consecuencia, en la fase del encierro los leprosos continúan siendo mendigos en potencia. La mendicidad continúa siendo una herramienta vital a la que se puede recurrir en cualquier momento.

Así como en Europa los lazarinos con suficientes recursos económicos logran evadir la reclusión, en América se reproduce el mismo patrón: usualmente las personas acomodadas optan por aislarse por su cuenta. Sin embargo, la indigencia no es el destino de quien no consigue permanecer al lado de los suyos en la fase previa al establecimiento de los leprosarios, la vida en comunidad se torna una opción nada despreciable. En 1820 se revela que en Alajuela—villa de la provincia de Costa Rica—habita un grupo de leprosos procedentes de Cartago<sup>22</sup> que cuentan con suficientes bienes propios para su manutención. Esos bienes consisten básicamente en ganado y tierra, a partir de los cuales los infectos obtienen cueros para fabricar diversos objetos, leche que convierten en queso, y diversos productos agrícolas, cuyos excedentes son comerciados en los

mercados de las villas de Heredia, San José y Cartago. Tan rentable actividad comercial crea una situación pasajera de pánico en el cabildo alajuelense que teme el desarrollo de una gran epidemia de lepra en la provincia de Costa Rica.

La situación de esa próspera comunidad de leprosos no dista mucho de la de sus homólogos neogranadinos a finales del siglo XVIII, donde se dice que existen más de 300 leprosos que esparcen su mal a través de los lienzos que elaboran y venden a sus vecinos, y que por falta de recursos no ha sido posible remitirlos al Hospital de San Lázaro en Cartagena.<sup>23</sup> ¿Por qué los neogranadinos, que desde hace casi tres siglos están familiarizados con la lepra y la estigmatización de sus víctimas, osan consumir los productos provenientes de un grupo estigmatizado como portador y difusor de un mal tenido por “asqueroso”?<sup>24</sup> ¿Será acaso que la noción de contagio de la lepra, a través del contacto directo con el enfermo o con las cosas que este ha manipulado, es patrimonio casi exclusivo de eruditos neogranadinos como José Celestino Mutis y Pedro Fermín de Vargas<sup>25</sup> o de burócratas cartagineses con algún barniz intelectual o por lo menos con un conocimiento empírico en materia de salud como Tomás de Acosta?<sup>26</sup>

El intento de procurar una respuesta a estos interrogantes no es tarea fácil porque se necesita información mucho más profunda sobre el caso neogranadino. No obstante, en Costa Rica la anuencia de sus pobladores a consumir bienes elaborados por manos contaminadas se justifica fácilmente, ya que la lepra es un problema que recién empieza a descubrirse. Además, es evidente que el contagio es una idea manejada por la alta burocracia que paulatinamente va permeando al resto de la sociedad.<sup>27</sup> Por otra parte, debe considerarse que encontrándose en la ciudad de Cartago el principal foco de infección de lepra, es ahí donde el celo burocrático y comunal es mayor. Pero por ser la lepra un problema desconocido en Alajuela, un grupo de enfermos cartagineses, fastidiados de soportar la vigilancia y el desprecio de sus vecinos, opta por emigrar a aquellas tierras en procura de su subsistencia, topando con tan buena suerte que les queda un excedente para mercar. Con todo, su buena estrella pronto es

opacada por la injerencia de los cabildantes alajuelenses que, por medio de la correspondencia llegada desde la capital colonial, se han enterado que no es recomendable que los sanos y los leprosos siquiera se rocen.

Lamentablemente no se tiene noticia sobre la suerte posterior de esta comunidad y tampoco sobre las características de sus miembros. ¿Se alejarían a otro punto allende la Meseta Central dode la lepra aún fuera desconocida, o permanecerían en Alajuela a pesar de las quejas de los cabildantes? ¿Estaría la comunidad en cuestión formada sólo por leprosos o, por solidaridad y como estrategia de sobrevivencia, emprenderían el camino del éxodo familias enteras en unión de sus miembros enfermos?

Las peripecias de este particular grupo de leprosos cartagineses dan luz para conjeturar una explicación al caso neogranadino. Cuando Pedro Fermín de Vargas emite su denuncia no especifica la ubicación exacta de los 300 leprosos cuya actividad productiva tanto le inquieta, en consecuencia, es posible que estén diseminados por todo el Reino o quizás reunidos en un gremio, lo que sí queda claro es que no son moradores de Cartagena; en consecuencia, es muy posible que en el Reino de Nueva Granada como en la provincia de Costa Rica el acoso contra los enfermos se concentre básicamente donde el mal ataca con mayor rudeza y es mejor conocido por la presencia de un leproscario: Cartagena, y allende sus fronteras todavía queda la posibilidad de vivir en libertad.

Al interior de los leproscarios la vida no es nada fácil. A la ausencia de comida y vestuario suficientes, debe agregarse la ausencia de atención médica y el surgimiento de conflictos con los vecindarios aledaños. Aunque algunos leproscarios a lo largo del período colonial llegan a contar con los servicios temporales de algún facultativo, esto no garantiza ninguna mejoría en el estado de salud de los internos, a falta de una cura efectiva para la enfermedad. Sin embargo, despuntando el siglo XIX una buena nueva llega hasta los lugares más recónditos del Imperio Español: el doctor Baltasar de Villalobos—director del Hospital de San Lázaro de Lima—ha encontrado la cura para la lepra. La noticia causa expectación, pero las ilusiones pronto se desvanecen. El doctor Villalobos es

acusado de charlatanería, debiendo enfrentar un largo proceso judicial. A mediados del siglo pasado un leprólogo peruano se da a la tarea de analizar—a través del prisma del diagnóstico retrospectivo—los diversos testimonios aparecidos en el documento judicial, concluyendo que efectivamente el procedimiento aplicado por el galeno casi 150 años atrás fue efectivo, pero no para curar lo que hoy se conoce como lepra, sino para curar o hacer más llevadera la amplia gama de afecciones cutáneas que desde la Antigüedad se englobaban bajo el concepto lepra.<sup>28</sup>

Un aspecto interesante que está presente a lo largo de toda la discusión, es la falta de higiene imperante en los hospitales para leprosos. Por ejemplo en el Hospital de San Lázaro de Lima: la dotación de ropa limpia es inexistente y no se acostumbra a mudar las camas, lo cual—se considera—contribuye a agravar el estado de salud de los internos. Pero esto no es ninguna novedad, por estas fechas la muerte acecha en los hospitales debido a las deplorables condiciones higiénicas; de ahí que muchas familias, en la medida de sus posibilidades, asuman el cuidado de sus enfermos.<sup>29</sup> Por otra parte, la tendencia a mezclar los leprosos con otros enfermos, da pie para dos suposiciones: la noción sobre el contagio de las enfermedades es muy vaga y/o los hospitales son una especie de “vertederos” humanos.

Lo cierto es que, antes de la revolución bacteriológica, verificada a finales del siglo XIX, los médicos desconocen a ciencia cierta las formas clínicas de las enfermedades, sus orígenes y las medidas profilácticas que deben tomarse. Es en este ambiente de plena incertidumbre que se da el debate entre contagionistas y anticontagionistas. Los primeros, fieles creyentes del contagio directo y, por ende, del aislamiento, las cuarentenas y los cordones sanitarios. Los segundos, enemigos de toda medida aislacionista y fervientes defensores de la higiene pública, ya que para ellos la enfermedad se origina en las emanaciones o efluvios que despiden los enfermos, o bien en los gases que emanan de pantanos u otros sitios contaminados y que contaminan el aire. La corriente anticontagionista domina durante casi todo el siglo XIX. Siendo los orígenes de las enfermedades tan confusos, no es extraño entonces

que los leprosos de Ecuador hayan tenido que convivir con enfermos de viruela y sarampión, que los cubanos (La Habana y Camagüey) hayan visto decrecer sus exiguas rentas por tener que compartirlas con enfermos mentales, y que los pocos leprosos de Louisiana hayan sido destinados al Hospital de Caridad tras el cierre del leprosario.<sup>30</sup>

La ubicación geográfica de los leprosarios da fe de la poca estima y temores que algunos sectores sociales poseen contra los leprosos. La escogencia del sitio para albergar a los infectos del llamado Mal de San Lázaro usualmente es conflictiva. Así por ejemplo, en Costa Rica la cercanía a poblaciones y la dirección de los vientos, son elementos que se valoran con sumo detalle en el momento de escoger los terrenos para construir los proyectados leprosarios y así evitar el peligro de contagio para los sanos. Por otra parte, el leprosario de La Habana se sitúa en un vecindario habitado por los miembros menos deseados de la sociedad:

*“No podía ser más inhumano y desgarrador el cuadro que constantemente se ofrecía a la vista de los pacientes de Lepra rodeados por el Cementerio, el Hospital de Dementes, la Casa de Variolosos y las célebres canteras de Presidio.”<sup>31</sup>*

Se trata de un vecindario donde se combinan la muerte física y la muerte social, donde hay tumbas para los muertos y también para los vivos. Es un sitio donde la sociedad entierra a todos aquellos elementos que le causan tribulación e impotencia. Sin embargo, esto no es óbice para los conflictos comunales, que afloran cobijados por el supuesto miedo al contagio, pero que en realidad se originan en la disputa por el espacio vital. Por ejemplo, los enfermos de La Habana en varias ocasiones sufren el corte del suministro de agua por las poblaciones vecinas, que alegan que los leprosos están contaminando las fuentes con su presencia.<sup>32</sup> En parte es posible que medie el temor, pero también debe considerarse que Cuba históricamente ha padecido problemas de suministro y distribución de agua; de ahí que, la comunidad sana no esté dispuesta a compartir un bien tan preciado como escaso con un grupúsculo de desterrados sociales.

En síntesis podemos afirmar que durante el período colonial, no se percibe una continuidad en la estigmatización de los leprosos con respecto al medioevo; es decir, no se da una asociación entre la lepra y la corrupción moral. Esto último queda plenamente demostrado ante la ausencia de un discurso de la Iglesia con respecto a dicha enfermedad. Por otra, si bien es cierto que se trasplanta la idea sobre la necesidad de aislar al enfermo, la cual materializa en la creación de diversos leprosarios en deplorables condiciones higiénicas y con pésima atención a los internos, el aislamiento—meta suprema de los defensores de la teoría contagionista—se torna ilusorio. En los cuatro casos analizados la mayor parte de la sociedad asume una posición indiferente ante la lepra, que será vislumbrada como un gravísimo problema sanitario sólo por ciertos sectores ilustrados, que al final sólo lograrán la apertura de enclenques leprosarios, que se convertirán en el refugio de los que ya no pueden valerse por sí mismos. Tendrán que pasar aún muchos años para que la sociedad mayoritariamente haga suya la siguiente enunciación:

*“¿Qué es un leproso?... Un enfermo desfigurado por la asquerosa fetidez que exhalan su piel y sus secreciones, un hombre que va perdiendo, ora las orejas, la piel, los labios, los dedos, etc. y un enfermo que despide tanta hediondez, es indudable que, si no contagia, enferma, produciendo náuseas, lipotimias de momento si es que a la larga no mina naturalezas las más refractarias... deben forzosamente recogerse en Hospitales apropiados.”<sup>33</sup>*

### 3. CONCLUSIÓN

Durante el período analizado, la segregación del leproso—fruto del pánico de algunos a la parsimoniosa y prolongada destrucción del cuerpo—se da en las peores condiciones higiénicas y humanitarias, afectando solamente a los pobres. En América como en Europa, la estigmatización es selectiva, ensañándose con los menos favorecidos; aunque en Europa los ricos cuentan con la opción de los hospitales, donde reciben un trato superior al ofrecido por los leprosarios. En

estas circunstancias es muy difícil aceptar que el leprosario surge por el instinto de conservación de los infectos y su deseo de vivir en comunidad. El leprosario es sólo una imposición que, sin llegar a garantizar el bienestar colectivo, es relativamente eficaz para el desterrado. La vida en comunidad—a pesar de las múltiples carencias materiales—garantiza el apoyo mutuo y facilita la organización para luchar por la reivindicación de los derechos arrancados. Ante el constante clamor de los internos, la sociedad no puede obviar su existencia—meta intrínseca de la exclusión—y se ve obligada a buscar diferentes vías para mitigar el dolor de las víctimas de la intolerancia.

En el momento actual, cuando las enfermedades infecciosas emergen y reemergen ¿qué enseñanzas podríamos sacar de toda esta perorata? La estigmatización de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas o desfigurantes, como peste, lepra, sífilis y ahora sida, se ha dado en diferentes tiempos y espacios. El miedo a verse afectado hace a algunos negar el problema y señalarlo como problema de otros, obligando frecuentemente a que se tomen decisiones en condiciones que no son óptimas. En ese sentido, la estigmatización de las enfermedades solamente sirve para culpar al enfermo por su situación, y en vez de ayudar al bien público, lo entorpece porque el enfermo prefiere ocultarse, antes que sufrir el agravio público. El estigma y el temor a sus consecuencias forman un círculo vicioso. Finalmente, el estigma sirve para ocultar las deficiencias del sistema, básicamente en materia de infraestructura sanitaria. La solución, en consecuencia, consiste en eliminar el estigma, pero ¿cómo eliminarlo?

### NOTAS

1. Los casos analizados con base en fuentes secundarias son Lima, Cuba y Ecuador.
2. Obregón en sus trabajos básicamente sostiene que el proceso de profesionalización de la medicina en Colombia—iniciado en la séptima década del siglo XIX—estuvo íntimamente relacionado con la medicalización de la lepra o su redescubrimiento como enfermedad infecciosa.

- Los médicos colombianos en su afán por convencer al gobierno de su competencia científica y de cimentar su autoridad cultural, exageraron la incidencia de la lepra, exacerbando el temor colectivo hacia la enfermedad y convenciendo a los gobernantes que la lepra era un serio obstáculo para alcanzar sus máximos sueños: orden y progreso. Diana Obregón, "Federico Lleras Acosta", [www.banrep.gov.co/blaavirtual/credencial/fede/htm](http://www.banrep.gov.co/blaavirtual/credencial/fede/htm); *ibid.*, "La elusiva búsqueda de una vacuna para la lepra: controversias entre ciencia pura, ciencia aplicada e higiene", en *Colombia Ciencia y Tecnología*, Vol. 19, Número 1, 2001, pp. 26-39.
3. Este juicio sobre la lepra aparece en un comunicado dirigido el 25 de septiembre de 1820 al Cabildo de Cartago—capital de la provincia de Costa Rica—por el Procurador Síndico Santiago Bonilla. Archivo Nacional de Costa Rica (en adelante ANCR) Guatemala 1162, f.1.
  4. Guenter B. Risse, "Medicine in New Spain", en Numbers, Ronald L. (ed.), *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*. United States: University of Tennessee Press, 1987, pp.20-21, 27, 37, 42, 51, 154-155.
  5. Sandra Orellana, *Indian Medicine in Highland Guatemala. The Pre-Hispanic and Colonial Periods*, United States: University of New Mexico Press, 1987, p.154, la autora se apunta por el origen español porque la enfermedad era endémica en Extremadura y muchos españoles procedían de allá. A esta posición se añade el leprólogo ecuatoriano Gualberto Arcos, quien advierte que los *cultos* españoles no tuvieron la culpa de la introducción, porque fueron contagiados por los árabes. Además, el problema no hubiera sido tan grave si a América no hubieran arribado negros, árabes y judíos cargados de enfermedades; al respecto véase: Gualberto Arcos, *La lepra en el Ecuador*, Ecuador: Imprenta de la Universidad Central, 1922, p.2; *ibid.*, *La lepra. Investigaciones en las leproserías del Ecuador*, Ecuador: Imprenta de la Universidad Central, 1939, p.9. Los leprólogos españoles, después de darle muchas vueltas al asunto, concluyen que a la difusión de la lepra contribuyeron europeos, chinos, judíos y negros africanos, pero no hay que olvidar que los tres últimos grupos "*han sido los primeros causantes de la difusión de la lepra en el mundo*"; véase: Félix Contreras y Ramón Miquel, *La lepra en España*, España: spi, 1973, pp.97-108. El leprólogo cubano Miguel González, redime de toda culpa a los indígenas, acepta que el mal pudo venir con los españoles, pero fueron los negros—carentes de hábitos de limpieza—los encargados de difundir el mal, situación que fue reforzaba en el transcurso del siglo XIX con la llegada de chinos también desaseados; véase: Miguel A. González Prendes, *La lepra en Cuba*, Cuba: Publicaciones del Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 1963, pp.29-50. El leprólogo peruano Juan Cascajo Romero prefiere inculpar a los negros; véase: Juan Cascajo Romero, "El pleito de la curación de la lepra en el Hospital de San Lázaro de Lima", en *Anuario de Estudios Americanos*, Número 21, 1948, pp. 147-263. El científico alemán Tulio von Bülow, al analizar el problema histórico-patológico de la lepra en Costa Rica, concluye que "*la lepra no ha sido enfermedad del amerindio*"; véase: Tulio von Bulow, "Apuntes para la historia de la medicina en Costa Rica Durante la Colonia", en *Revista de los Archivos Nacionales*, Números 9-10, 1945, pp. 463.
  6. Desde 1513 funciona el Hospital de San Lázaro en Cartagena de Indias, que aloja a una importante cantidad de proscritos y que desde 1610—para solventar sus penurias—es favorecido con la concesión del derecho de usufructo sobre las rentas producidas por el impuesto de anclaje. Antonio Martínez Zulaica, *La medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. De Europa a América a través del filtro español: una gesta y un drama*, Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica, 1972, p.105. Para una cronología relativamente completa sobre la fundación de leprosarios en América Colonial véase el anexo 1.
  7. La crónica escasez de médicos y de fondos, así como las presiones populares y de la élite, obligan a los municipios a adoptar medidas contrarias al Protomedicato, como la autorización para el ejercicio de empíricos y curanderos, iniciativa salomónica que hasta la Inquisición termina aceptando, porque después de todo la función social cumplida por estos

- médicos sin credenciales es innegable. David Sowell, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira. Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-Century Andes*, United States: Scholarly Resources Inc., 2001, pp.24 y 30.
8. David Sowell, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira*, pp.xv, 18, 20 y 31. Para más detalles sobre el sincretismo de las prácticas médicas indias, españolas y negras que dieron origen a la medicina tradicional mestiza, cuyo máximo exponente fue el curandero, véase: Noemí Quezada, *Enfermedad y maleficio. El curandero en el México colonial*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.
  9. La patología humoral de Galeno llega con los conquistadores al Nuevo Mundo y, aunque cuestionada desde el Renacimiento, logra mantener su vigencia hasta mediados del siglo XIX. Según este concepto en el cuerpo existen cuatro humores o jugos localizados en partes específicas: bilis amarilla (hígado), sangre (corazón), flema (cerebro) y bilis negra (bazo y testículos) que cuando se alteran o desequilibran producen enfermedades (discracia). Varios, *Crónica de la medicina*, (2a.ed.) España: Plaza y Janes Editores, 1993, p.55.
  10. David Sowell, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira*, pp.9-10. Guenter Risse, *Medicine in New Spain*, pp.27, 37 y 50.
  11. Generalmente las fuentes consultadas hablan de hospitales y lazaretos; sin embargo, partimos de la premisa que para el período analizado solamente se edifican leprosarios y no hospitales o lazaretos en América. Los conceptos "leprosario" y "lazareto" no son equivalentes sino progresivos, uno sucede al otro. Con base en la experiencia europea se han detectado diferencias infraestructurales e ideológicas que determinan el paso de una institución a otra. A lo largo del siglo XVII aparecen en el Viejo Continente complejas obras arquitectónicas cuyo fin es albergar y tratar a los leprosos hasta entonces deambulantes o amparados en leproserías. Estas construcciones están divididas en cuatro naves que dan a un patio central; cuentan con complejos sistemas de ventilación y para la extracción de basuras y aguas residuales; están rodeadas por altas murallas y amplios canales; se ubican en lugares remotos; y, dentro de ellas el enfermo dispone de asistencia adecuada. Cuando la lepra deja de ser un problema sanitario en Europa, en el transcurso del siglo XVIII, algunas de estas instalaciones se transforman en manicomios y hospitales. El lazareto europeo es una obra debidamente planificada, cuyo fin obvio es consumir la exclusión del leproso del cuerpo social, lo cual es imposible conseguir con la leprosería que no es más que un refugio nocturno para el leproso mendigo. El paso de la leprosería al lazareto devela todo un cambio en la percepción social hacia la lepra. Varios, *Crónica de la Medicina*, pp.94, 166 y 207.
  12. Durante el período colonial la lepra no se constituye en un fenómeno exclusivo de Costa Rica, Cuba, Lima y Ecuador, al contrario— como puede percibirse en el anexo I—está presente a lo largo de todo el continente; no obstante, hasta el momento, sólo hemos hallado información para los países citados.
  13. Para el caso costarricense disponemos de una amplia investigación, basada en fuentes primarias, que cubre el período 1784-1845. Véanse: Ana Paulina Malavassi Aguilar, "Análisis de los discursos oficial y popular en torno a la cuestión de la lepra en Costa Rica, 1784-1845", en: *Montalbán*, noviembre 2002; *ibid.*, "Cotidianidad marginal. La lúgubre y frugal vida al interior del Lazareto General del Estado de Costa Rica (1833-1850)", *Revista de Historia*, Número 38, 1998, pp. 143-165; *ibid.*, *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública. Leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003; *ibid.*, "Los orígenes de la lepra en Costa Rica (1784-1821)", *Mesoamérica*, Número 41, 2001, pp. 77-97.
  14. Juan Cascajo, *El Pleito de la Curación de la Lepra en el Hospital de San Lázaro de Lima*, pp.13-15. Según se deduce de lo relatado por Juan Cascajo, el hospital de Lima se construye por iniciativa privada: un español hijo de un leproso, arrepentido por haber dejado abandonado a su padre allende los mares, decide construir un sitio para albergar a los leprosos de Lima, contando con el apoyo de la Iglesia en

tal empresa. Lamentablemente no contamos— por el momento— con otras fuentes para esclarecer si sólo intervino la filantropía o acaso algún tipo de presión comunal.

15. Miguel González, *La lepra en Cuba*, pp.58-60, 133, 342 y 357.
16. Miguel González, *La lepra en Cuba*, pp.376-385.
17. Gualberto Arcos, *La lepra. Investigaciones en las leproserías del Ecuador*, pp.16-17.
18. Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, United States: Westview Press, 1989, p.8.
19. Miguel González, *La lepra en Cuba*, pp.355-358.
20. Para las romerías de San Lázaro, celebradas en los primeros días de enero, el pueblo de Camagüey acostumbraba participar de una procesión que recorría el interior del leprosario, donde los enfermos permanecían rezando de rodillas. Para estas mismas fechas, "el público visitaba el centro hospitalario, llevándole a los enfermos dinero, ropas, víveres y efectos de todas clases... Existía también la piadosa costumbre de que damas, de la mejor sociedad camagüeña, acudieran, durante los días 5 y 6 de Enero, a servirles por ellas mismas las comidas, aseándoles las celdas y camas, bañando a los pacientes y vistiéndolos con ropas nuevas". Miguel González, *La lepra en Cuba*, p.369.
21. El reglamento del Hospital de San Lázaro de La Habana, emitido en 1831, establece que: "En cada año habrá dos días de comunicación general entre los enfermos de la Casa y las demás personas del pueblo. Estos días serán el primero de Carnestolendas y el Domingo infra octava de la fiesta de San Lázaro. En ellos podrán los enfermos entrar y salir por todas partes, y entrar los sanos al Establecimiento, desde el amanecer hasta que se ponga el sol." La fiesta de San Lázaro, de hecho, se celebraba desde 1718. En 1825 se pone coto a la vieja costumbre de permitir el ingreso a vendedoras negras "a todas horas con tableros llenos de pedazos de carne frita de vaca y de cerdo dejándola manosear por largo rato por los enfermos." Miguel González, *La lepra en Cuba*, pp.143, 145 y 309.
22. Para el período colonial solamente se reportan casos de lepra en algunos pueblos ubicados en Cartago, siendo el principal foco de infección la Chircagres, barrio de mestizos.
23. La voz de alarma es dada por Pedro Fermín de Vargas, al respecto véase: Emilio Quevedo y Amarillys Zaldúa, "Antecedentes de las reformas médicas del siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada: una polémica entre médicos y cirujanos", en, *Quipu*, Volumen 3, Número 3, 1986, pp. 315-316.
24. Un contemporáneo de Pedro Fermín de Vargas, José Celestino Mutis, en 1801 dirige un informe al rey en el cual evalúa el estado de la salud y de la medicina en el reino y, entre otras cosas, le informa que la pésima ubicación de las ciudades, aunada al mal régimen alimentario de sus moradores, favorece el desarrollo de epidemias y de contagios mayores como la lepra y la caratosa que son calificadas como enfermedades "asquerosas"; citado por: Emilio Quevedo y Amarillys Zaldúa, "Antecedentes de las Reformas Médicas del Siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada", p.316.
25. José Celestino Bruno Mutis y Bosio nace en España en 1732 donde estudia medicina, astronomía, matemáticas y botánica, en 1760 viaja a Nueva Granada para servir como médico del virrey iniciando una verdadera revolución al difundir las ideas científicas y filosóficas de la Ilustración. Mutis es el primero en estudiar, en forma sistemática, la riqueza botánica del Reino de Nueva Granada, descubriendo las bondades curativas de la quina frente a la malaria. Mutis también se constituyó en un ferviente crítico de los métodos de curación practicados por los sectores populares, a los que culpaba de las pésimas condiciones sanitarias de la población. Pedro Fermín de Vargas, por su parte, nace en Nueva Granada en 1762, destacado prócer de la Independencia y miembro de la generación criolla ilustrada forjada por Mutis, colaborador de la Expedición Botánica dirigida por Mutis por veinticinco años, destinada a explotar la riqueza natural del Reino de Nueva Granada.

Al respecto véase: Emilio Quevedo, "Institucionalización de la medicina en Colombia, 1492-1860, antecedentes de un proceso", en *Historia de la ciencia en Colombia*, t. VII, Colombia: Colciencias, 1993, pp.100-122.

26. Aunque la formación de Tomás de Acosta es esencialmente militar, su labor en favor de la salud pública es tan importante como la económica, por lo menos así lo visualiza el Cabildo cartaginés en 1810 cuando infructuosamente envía un memorial a la Audiencia solicitando que Acosta no sea trasladado a Santa Marta, argumentando entre otras cosas que: "el dicho Gobernador había promovido el fomento de la agricultura, procurando que la factoría de tabacos de Costa Rica proveyese á Lima y á Méjico; abierto caminos y acequias, tratado de evitar la propagación del mal de Lázaro, propagado la vacuna y practicado la caridad visitando á los enfermos y regalándoles las medicinas que hacía venir de Guatemala por no haber botica en Costa Rica." Máximo Soto Hall, "Rasgos biográficos. A vuela pluma", en *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*, San José, Costa Rica: Imprenta Nacional, 1902, p.255.
27. Desde la Antigüedad la lepra ha sido juzgada como fuente de mutilación, desviación y exclusión. Estos temores han justificado el secuestro de los leprosos en algunos estadios históricos. No obstante, las ideas prevalentes en Europa desde la Antigüedad sobre la contagiosidad de la lepra no son asumidas automáticamente por los habitantes de Costa Rica. El hecho que la lepra sea visualizada como problema sanitario hasta finales del siglo XVIII por las altas autoridades coloniales, en tanto que el grueso de la población se mantiene indiferente e incluso tolerante ante la presencia de leprosos en sitios poblados, da fe que la aceptación de estas ideas es paulatina. Por otra parte, una vez que el leprosario es abierto en 1833, se mantiene la retinencia de algunas familias a internar a sus miembros enfermos, en tanto que otras no tienen empacho en ocultar a quienes, decepcionados por las precarias condiciones halladas en la novel institución, deciden huir. Para profundizar sobre estas ideas véanse los siguientes trabajos: Ana Paulina Malavassi Aguilar, "Análisis de los discursos oficial y popular en torno a la cuestión de la lepra en Costa Rica, 1784-1845"; *ibid.*, "Cotidianidad marginal. La lúgubre y frugal vida al interior del Lazareto General del Estado de Costa Rica (1833-1850)"; *ibid.*, *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública. Leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*, Costa Rica; *ibid.*, "Los orígenes de la lepra en Costa Rica (1784-1821)".
28. Aparentemente de los doce casos recogidos en el expediente, solamente uno resultó ser realmente lepra. Por otra parte, el procedimiento de Villalobos—aunque nunca lo quiso revelar—parece que no fue nada innovador, simplemente se limitó a utilizar con certeza la farmacopea del siglo XVIII: unguentos, bebedizos, sangrías, purgantes, emplastos y aceites. Para mayor detalle sobre este interesante caso, véase: Juan Cascajo, *El pleito de la curación de la lepra en el Hospital de San Lázaro de Lima*.
29. Stuart Woolf refiriéndose a la situación de los asilados en los hospitales de la Toscana napoleónica enfatiza que eran pobres, "pues ninguna familia con recursos se arriesgaría a poner en peligro la vida de un pariente ingresándolo en un hospital. Era frecuente en los hospitales que la enfermedad se prolongase y sobreviniese la muerte por muchos motivos, casi todos atribuidos a la falta de condiciones higiénicas." Stuart Wolf, *Los pobres en la Europa Moderna*, Barcelona: Editorial Crítica, 1989, p.109.
30. Gualberto Arcos, *La Lepra*, p.17. Miguel González, *Historia de la lepra en Cuba*, pp. 135-136 y 357. Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, p.51.
31. Miguel González, *La lepra en Cuba*, p.145.
32. Miguel González, *La lepra en Cuba*, pp.66-67 y 71.
33. Esta cruda afirmación fue pronunciada por el doctor Ambrosio González del Valle el 5 de Noviembre de 1879 en una encendida discusión suscitada en el seno de la Academia de Ciencias de Cuba con respecto a la contagiosidad de la lepra y la pertinencia del aislamiento como medida profiláctica. Miguel González, *Historia de la lepra en Cuba*, p.184.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arcos, Gualberto, *La lepra en el Ecuador*. Ecuador: Imprenta de la Universidad Central, 1922.
- \_\_\_\_\_. *La lepra. Investigaciones en las leproserías del Ecuador*. Ecuador: Imprenta de la Universidad Central, 1939.
- Brody, Saul Nathaniel, *The Disease of the Soul. Leprosy in Medieval Literature*. United States: Cornell University Press, 1974.
- Bülow, Tulio von, "Apuntes para la historia de la medicina en Costa Rica durante la Colonia". *Revista de los Archivos Nacionales*, Números 1-2, 1945, pp. 43-63; Números 3-4, 1945, pp. 128-141; Números 9-10, 1945, pp. 458-475; Números 11-12, 1945, pp. 570-593.
- Calder, Ritchie, *La medicina y el hombre*. España: Plaza y Janes Editores, 1965.
- Cascajo Romero, Juan, "El pleito de la curación de la lepra en el hospital de San Lázaro de Lima". *Anuario de Estudios Americanos* 21 (1948): 147-263.
- Contreras Dueñas, Félix y Ramón Miquel y Suárez Inclán, *Historia de la lepra en España*. España: s.p.i., 1973.
- Cunningham, Andrew, "La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades". *Dynamis*, Número 11, 1991, pp. 27-71.
- González Bueno, Antonio, *El entorno sanitario del camino de Santiago*. Madrid, España: Cátedra, 1994.
- González Prendes, Miguel A., *Historia de la lepra en Cuba*. Cuba: Publicaciones del Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 1963.
- Gussow, Zachary, *Leprosy, Racism, and Public Health. Social Policy in Chronic Disease Control*. United States: Westview Press, 1989.
- Jütte, Robert, *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge University Press, 1994.
- Kraut, Alan M., *Silent Travelers. Germs, Genes, and The "Immigrant Menace"*. United States: The Johns Hopkins University Press, 1994.
- Malavassi Aguilar, Ana Paulina, "Análisis de los discursos oficial y popular en torno a la cuestión de la lepra en Costa Rica. 1784-1845". *Montalbán*. Noviembre 2002.
- \_\_\_\_\_. "Cotidianidad marginal. La lúgubre y frugal vida al interior del Lazareto General del Estado de Costa Rica (1833-1850)". *Revista de Historia*, Número 38, 1998, pp. 143-165.
- \_\_\_\_\_. *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública. Leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003.
- \_\_\_\_\_. "Los Orígenes de la lepra en Costa Rica (1784-1821)". *Mesoamérica*, Número 41, 2001, pp. 77-97.
- Martínez Zulaica, Antonio, *La medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. De Europa a América a través del filtro español: una gesta y un drama*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica, 1972.
- Obregón, Diana, "Federico Lleras Acosta". [www.banrep.gov.co/blaavirtual/credencial/fede.htm](http://www.banrep.gov.co/blaavirtual/credencial/fede.htm).
- \_\_\_\_\_. "La elusiva búsqueda de una vacuna para la lepra: controversias entre ciencia pura, ciencia aplicada e higiene". *Colombia Ciencia y Tecnología*, Volumen 19, Número 1, 2001, pp. 26-39.
- Orellana, Sandra L., *Indian Medicine in Highland Guatemala. The Pre-Hispanic and Colonial Periods*. United States: University of New Mexico Press, 1987.
- Risse, Guenter B., "Medicine in New Spain". En: Numbers, Ronald L. (ed.) *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*. United States: University of Tennessee Press, 1987.
- Romero Salazar, Alexis, "Percepciones acerca de los cambios del estigma de la lepra". *Convergencia*, Número 23, 2000, pp. 197-217.

- Sontag, Susan, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. España: Santillana, S.A. Taurus, 1996.
- Soto Hall, Máximo, "Rasgos biográficos. A vuelo pluma". *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional, 1902: 253-255.
- Sowell, David, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira. Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-Century Andes*. United States: Scholarly Resources Inc., 2001.
- The New Encyclopedia Britannica* (vol. 28). United States: University of Chicago, 1991.
- Varios, *La Biblia*. (4ª ed.) España: Ediciones Paulinas y Verbo Divino, 1978.
- \_\_\_\_\_, *Crónica de la Medicina*. (2a.ed.) España: Plaza y Janes Editores, 1993
- Woolf, Stuart, *Los pobres en la Europa Moderna*. Barcelona: Editorial Crítica, 1989.
- Quevedo, Emilio, "Institucionalización de la medicina en Colombia, 1492-1860, antecedentes de un proceso", en *Historia de la ciencia en Colombia*, t. VII. Colombia: Colciencias, 1993.
- Quevedo, Emilio y Amarillys Zaldúa, "Antecedentes de las reformas médicas del siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada: una polémica entre médicos y cirujanos". En *Quiju* 3: 3 (septiembre-diciembre 1986): 311-334.
- Quezada, Noemí, *Enfermedad y maleficio. El curandero en el México Colonial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.