

CRUEL E INHUMANA: LA MUERTE SOCIAL DE LOS ENFERMOS DE LEPRA EN LA CARACAS COLONIAL 1747-1812*

SÁNCHEZ CABELLO, ROBERTO 

ININCO, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA

CORREO ELECTRÓNICO: robertoscabello@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo se basa en el análisis de registros documentales coloniales con el objetivo de reconstruir las prácticas, representaciones sociales y biopolíticas relacionadas con los enfermos de lepra en la provincia de Caracas a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Los resultados muestran cómo los efectos corporales degenerativos, el estigma y la reclusión a la que fueron sometidos los enfermos, conducían a una muerte social. Sin embargo, también se evidencia la existencia de redes de apoyo y asistencia, aportando nuevas perspectivas sobre las experiencias de los enfermos de lepra en el contexto colonial latinoamericano.

PALABRAS CLAVE: lepra, muerte social, biopolítica, siglo XVIII, Venezuela.

CRUEL AND INHUMANE: THE SOCIAL DEATH OF LEPROSY PATIENTS IN COLONIAL CARACAS 1747-1812

ABSTRACT

This paper is based on the analysis of colonial documentary records with the aim of reconstructing the practices, social and biopolitical representations related to leprosy patients in the province of Caracas from the second half of the eighteenth century. The results show how the degenerative bodily effects, the stigma and the reclusion to which the sick were subjected, led to a social death. However, the existence of support and assistance networks is also evidenced, providing new perspectives on the experiences of leprosy patients in the Latin American colonial context.

KEY WORDS: leprosy, social death, biopolitics, XVIII century, Venezuela.

*Fecha de recepción: 05-03-2025. Fecha de aceptación: 05-05-2025.

1. INTRODUCCIÓN

La muerte social es un fenómeno multidimensional. El concepto ha sido utilizado en diversas investigaciones científicas-sociales relativas a la esclavitud, el genocidio, las enfermedades degenerativas, la vejez, etc. Ante las diferentes perspectivas, el marco conceptual y metodológico para su estudio no se encuentra determinado ni demarcado con claridad. La investigadora Jana Králová (2015) realizó una definición del término basándose en investigaciones previas y Ghane, Shahsavari, Zare, Ahmadnia y Siavashi (2022) de la misma manera, esbozaron el concepto desde un enfoque evolutivo haciendo énfasis en la utilización del término en pacientes médicos. Con base en ambas investigaciones, los atributos de la muerte social en los enfermos de lepra se pueden clasificar en tres temas principales: la pérdida de la identidad social, la pérdida de las relaciones sociales (aislamiento social) y las deficiencias relacionadas con la degradación del cuerpo.

El estigma es definido por el Erving Goffman (1998), como una marca desacreditadora que genera reacciones de rechazo, discriminación y segregación. Nuestra hipótesis sostiene que la lepra representa un estigma que, al hacerse visible, y adicionalmente, al degenerar el cuerpo, empuja a los individuos hacia una muerte social en la vida cotidiana. Además del estigma, la reclusión de los enfermos en “instituciones totales” (Goffman, 1972: 18) hospitalarias, donde se ven sometidos al aislamiento físico y a una fuerte regimentación que controla su vivencia cotidiana y capacidad de agenciar su realidad, también conducen a una muerte social. La exclusión de los enfermos incurables en hospitales puede ser considerado un proceso de “aniquilación” (Berger y Luckman, 2003, p.145) entendido como, una terapia para la restitución del “orden de mundo” y la realidad social, implementada en aquellos cuyo encauzamiento a la normalidad se considera imposible.

La segregación y confinamiento de los enfermos contagiosos en hospitales especiales en las sociedades

estratificadas occidentales suele ser llevado a cabo por las instituciones del Estado y los grupos dominantes en asociación con especialistas de la salud. Estos últimos producen discursos con “efectos de verdad” que permiten operar desde una mirada legítima sobre los cuerpos de la población. Foucault (1996) ha definido este entramado de poder institucionalizado destinado a la protección de la vida del cuerpo social como biopolítica. Los gobiernos dirigen su preocupación hacia la protección de la vida como categoría política y ante todo fenómeno que pueda negar su existencia. En el caso de la lepra, la internación del enfermo en el hospital instituyó un límite físico-espacial que marcó una diferencia simbólica: el lado de afuera correspondía al espacio de la no-enfermedad (Rodríguez, 2010).

El presente estudio plantea realizar un esbozo etnográfico sobre las prácticas, representaciones, instituciones y actores sociales que rodearon a los enfermos lazarinos en la Caracas del siglo XVIII y primera década del siglo XIX por medio de los métodos de la antropología histórica¹. Se recurrirá al uso de fuentes primarias presentes en los archivos coloniales caraqueños, siendo estas, testimonio de la acción social y las ideas de los “otros pasados” sobre la enfermedad. Los documentos consultados reposan en el Archivo General de la Nación (AGN), específicamente en las secciones de “Real Hacienda”, “Gobernación” e “Intendencia del Ejército”, principales representantes del poder provincial en la región; y la sección “Civiles” del Archivo de la Academia Nacional de la Historia, donde reposan asuntos atendidos por el poder local, es decir, el Cabildo de la Ciudad. A través de “indicios” (Ginzburg, 1994), se intentará alcanzar la perspectiva de la población, las autoridades, elites y médicos de la sociedad colonial. Siendo la antropología una ciencia interpretativa (Geertz, 1992), se buscará reconstruir un contexto social y cultural que permita dar sentido al tratamiento que recibieron los enfermos en dicho tiempo y espacio.

2. DESARROLLO

2.1. La enfermedad de San Lázaro a los ojos de la medicina

Para aproximarse a la mirada médica sobre la enfermedad en la Provincia de Caracas se puede hacer referencia a algunas de las descripciones que circulaban en los libros de medicina durante de la segunda mitad del siglo XVIII (Leal, 2014; Sánchez, 2025; Soriano, 1999). La mayoría de los autores concordaban que la “lepra” o “elefancia”, como también se le nombraba, se caracterizaba por corromper “la hermosura del cuerpo: manifestándose... en ver que los ojos se comienzan a pelar alrededor, y las orejas, y narices, y labios, y el cuero con aspereza, y en todo el cuerpo unos granos, y se caen todo el pelo...” (Arredondo, 1705, p.114). El autor Félix Palacios, dividía las señales en internas y externas:

...las interiores son eructaciones, obstrucciones de vientre, sequedad de fauces, sed, sudores fétidos, la sangre que se les saca es fétida, crasa, viscida, untosa, adusta, con color tirante a negro, ó lívido, feculento, que hace encima a modo de costra, y colado suelen quedar arenas; el pulso débil, y frecuente, la voz ronca, el tacto borrado, permaneciendo en el movimiento una pereza, y debilidad de todo el cuerpo, la respiración dificultosa, y de mal olor, sueños turbulentos. Las exteriores son, el color de la cutis lívido, que se arrima a lo negro, rugosa, áspera, cubierta de escamas, unas veces purpureas, y otras albicantes, como si estuviese cubierta de cal; la cara parece áspera, llena de muchas nudosidades, o tubérculos móviles, y que no duelen, cerca de los oídos; los labios se ponen negros, ó lívidos, y se abren; y en fin, todas las partes del cuerpo padecen con tubérculos, escamas, etc. que dan horror el verlas (Palacios, 1792, p. 55).

Estas perspectivas eran adoptadas por los médicos de la provincia en gran medida. Como ejemplo, podemos nombrar el

caso del doctor Gaspar Juliac de Puerto Cabello, a quien en 1802 se le solicitó realizar el reconocimiento de los enfermos del puerto para ser remitidos al hospital y afirmó: “no he podido aprender sino lo que los autores de medicina europeos están copiando uno de otro en sus libros...” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII, f. 27vto.). Para él, las características de los enfermos eran: úlceras fétidas, voz ronca, nazal, el pellejo de la cara y cabeza grueso, arrugado, “rudo”, tuberculoso, las narices y ojos deformes, los labios espesos y elevados, el color general del cuerpo de un rojo negrido, el pelo canoso y caído, “aspecto repugnante que es inseparable del mal de San Lazaro” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII, ff. 82vto.-85vto.).

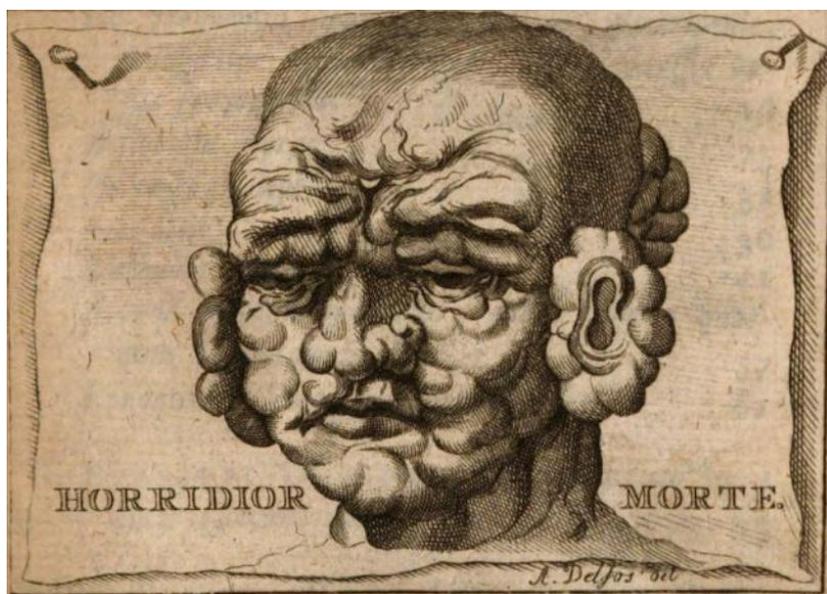


Figura 1. “horridior morte” (“más terrible que la muerte”).
Portada de *De Lepra Commentationes*, Gottfried Schilling (1778).

A mayor cantidad o gravedad de dichos signos, mayor era la contagiosidad de esta enfermedad y por ende, la importancia

de ser separado de la sociedad. Lo mismo queda en evidencia en el esquema utilizado a nivel práctico por los médicos Felipe Tamaríz y José Domingo Díaz en la capital en el año de 1802 para catalogar a los enfermos y su destino: 1. “en sus principios” que conllevaba “no está en capacidad de contagiar”; 2. “en el segundo estado de la enfermedad” a lo que correspondía estar “en estado de contagio”; 3. “en el último grado de este mal” o “perfectamente lazarino” a lo que igualmente correspondía estar “en estado de contagio” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV, f. 356). Los dos últimos grados implicaban que el enfermo debía ser recluso.

2.2. Política y leyes en torno a los enfermos en la provincia de Caracas

En el siglo XVIII, para las autoridades e instituciones gubernamentales, tanto en la península como en las colonias americanas, la lepra era una enfermedad que había atravesado un proceso de “secularización”, separándose de las representaciones bíblicas de impureza y castigo divino. Esta secularización se expresaba en la implementación de leyes que daban la potestad a los médicos, protomédicos y “alcaldes de lepra” para decidir sobre el diagnóstico y reclusión de los enfermos en los hospitales, sin que ningún otro juez eclesiástico o secular pudiese determinarlo. Estas leyes, creadas durante el reinado de los Reyes Católicos, circulaban en la Provincia de Caracas en la Nueva Recopilación de Leyes de Castilla (1567), la *Recopilación de las Leyes de Indias* (1680) y la *Novissima Recopilación de las Leyes de España* (1805), las cuales eran utilizadas por las autoridades y la población en lo concerniente a los enfermos.

Las diligencias para la construcción del Hospital de San Lázaro en Caracas iniciaron el 18 de septiembre de 1747, cuando los vecinos del barrio “Carguatta” en Caracas, se presentaron ante el cabildo enunciando que unos enfermos “desdichados” se encontraban alojándose y “ranchando” en la calle y en terrenos

de su pertenencia, y que tanto estos, como sus familias, estaban en peligro de contagiarse ante el “grandísimo quebranto... de agudeza y perspicacia tan maligna”. Segundo, que al ubicarse en un paraje “tan carretero” en las puertas de la ciudad, estaban “dominados de toda la gente vagabunda” y entraban en contacto con los esclavos que diariamente circulaban para el “bastimento de las casas de sus dueños” (AGN, Real Hacienda, 828, s.f.). Entre estos dos grupos, señalaron:

...se hace un conjunto de hombres y mujeres tan pernicioso... que concentra el osio de la gente brutta, en que se hacen innumerables ofensas a dichos sin que puedan estorvar los expresados lazarinos por estar estos como se deja ver tan abattidos y postrados con su accidente, que apenas tienen aliento para proferir las contestaciones para pedir una limosna. (AGN, Real Hacienda, 828, s.f.).

Tercero, los vecinos argumentaban que los enfermos al “purificar sus cuerpos y sus paños” en las veredas del río Guaire, regaban sus “contagiosos desperdicios... de punta a punta” en la ciudad. Solicitaban que se organizara una comisión que desocupase a dichos enfermos al “servicio de dios, la causa pública y el amparo de nuestra quieta y pacífica posesión”. La respuesta del Cabildo fue que la solicitud, conforme a la Real Cédula de San Idelfonso de 21 de septiembre de 1742, quedara en manos del Gobernador de la Provincia (AGN, Real Hacienda, 828, s.f.).

Tras una dilatada gestión, se recluyeron los primeros enfermos hombres en 1752 cuando se terminó la primera sección del edificio, 1756 cuando se terminó la segunda sección del hospital. Adyacente al hospital se construyó una iglesia y un cementerio en 1759 (AGN, Real Hacienda, 828, s.t.). A partir de dicha fecha hasta el fin del período colonial, seis décadas después, el gobierno y administración de la institución quedó en manos del poder laico y militar de la provincia, respondiendo a los intereses

de las instituciones que lo sustentaron a través del tiempo, es decir, el Cabildo, la Gobernación, la Intendencia del Ejército y la Real Hacienda. Las Ordenanzas de la institución, fueron elaboradas por el gobernador y el mayordomo del hospital en 1759, con base en la tradición legal de los hospitales de San Lázaro de Málaga, Cartagena de Indias, La Habana y Sevilla (AGN, Real Hacienda, 827). El sustento económico del hospital recayó en la creación de dos impuestos, el de juego de gallos y bebida de guarapo “dulce” y no del “fuerte”. Estos ramos permitieron que la institución contará con muy buenos ingresos a través de su existencia. Por dicho reglamento el hospital debía recibir a todos los enfermos de los poblados de la Provincia, no solo de la ciudad de Caracas (Archila, 1961, p. 456- 457).

Con la construcción del Tribunal del Protomedicato en el año de 1777², la responsabilidad del control de los enfermos fue traspasada a esta figura que fungía de “Alcalde leprosos”. No sería hasta el año de 1791, cuando la situación de los enfermos y el hospital en la ciudad de Caracas fue suficientemente alarmante, que el procurador general del cabildo, dirigió una carta al gobernador, solicitando la correcta actuación del protomédico Felipe Tamaríz. Las preocupaciones del ayuntamiento eran primero, que la populosa ciudad se iba “infestando del mal de Lazaro por el poco resguardo, y precauciones con que se vive; muchos (enfermos) se ocultan entro [sic] sus casas contaminando del mismo mal a sus mismas familias” (AANH, Civiles, 9-3743-7, f. 1-2). En consecuencia, se exigía al protomédico el que tomase:

...relacion jurada de todos los medicos y cirujanos que curan en esta ciudad, y arrabales, que declaren los que estan contaxiados de mal de Lazaro con distinción los que estan sin remedio, y los que los pueden tener y en cuantos meses pueda ser la cura y tambien de los que esten sospechosos, y evaquada dicha relacion jurada que pase dicho Protomedico a rreconoserlos acompañado con dos de los mismos facultativos a su satisfaccion y evaquada

esta diligencia, y extampada lo certifica a continuacion dicho Protomedico pasandola a manos de Vuestro Señor para que obre lo que alla lugar, y que estas diligencias se hayan de practicar cada seis meses indispensablemente; imponiendo a dichos medicos y Cirujanos que en caso de no cumplir con su obligacion, y que ocultando los que se hallen contaxiados de dicho mal ó tenga alguna sospecha justificada que sea seran privados de sus oficios (AANH, Civiles, 9-3743-7, ff. 1-2).

Se llevaron a cabo reuniones con la participación del Teniente de Gobernador y Auditor de Guerra, los dos Alcaldes Ordinarios, el Síndico Procurador General, el Protomédico Felipe Tamariz, cinco médicos y cinco cirujanos para tomar “las medidas convenientes a detener las enfermedades contagiosas y estorvar sus progresos señaladamente la de la lepra sobre que no cave el menor disimulo, tolerancia, ni condescendencia” (AANH, Civiles, 9-3743-7, f. 15). Se certificaron 19 denunciados, colocándose los enfermos de gravedad en el hospital y el resto quedó en la mira de ser reconocidos nuevamente en 4 o 6 meses para informar de su progreso. (AANH, Civiles, 9-3743-7, ff. 15-21). El protomédico Felipe Tamariz continuó ejerciendo el cargo hasta finales del período colonial, por lo que puede suponerse que su ejercicio en los años siguientes, pudo seguir en esta línea de acciones.

En el año de 1802 tuvo lugar otra fase política, cuando las autoridades e instituciones tomaron una posición drástica y aplicaron un plan sistemático en cuanto a la recolección de los lazarinos de la ciudad y toda la Provincia de Caracas. Los protagonistas fueron el gobernador Manuel de Guevara Vasconcelos, el protomédico Felipe Tamariz y el médico José Domingo Díaz con el apoyo de la Intendencia del Ejército. La orden, que marca el punto de partida, data del 16 de febrero de 1802 y fue redactada por el gobernador, y dirigida al protomédico y su asistente:

La adjunta relacion comprende varias personas que segun algunos informes bastante veridicos, padecen el mal comunmente llamado de lazarino y conviniendo reconocerlas a todas con la mayor escrupulosidad prevenga a vuestros medicos lo executen inmediatamente, exponiendo bajo su honor y conciencia el verdadero estado en que se hallan para tomar la providencia correnpondiente y evitar la propagación de una enfermedad tan perniciosa, y para lo sucesivo prevenir a vuestros medicos y Protomedicos a todos los facultativos le den parte de los yndividuos que con el exercicio de su ministro descubran \contagiados/ del mismo \mal/ pasandome esta noticia puedan tomarse en las providencias correspondientes conducentes a exterminar un riesgo tan perniciosos para la humanidad (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV, f. 199).

Tamariz y Díaz realizaron los reconocimientos y el día 23 de febrero entregaron una relación de las personas referidas, señalando el lugar de residencia de cada una, su grado de enfermedad e indicando cuáles debían pasar al hospital (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV, ff. 356-357). En los meses sucesivos, comenzó a replicarse esta dinámica decenas de veces como un proceso sistemático, según el gobernador para asegurar a “la población de un mal tan orroroso” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CVII, f. 116). En el contexto de dichas gestiones, José Domingo Díaz seria premiado con el nuevo cargo de “Medico de la Ciudad”, bajo el cual se le “autoriza para que entrando en cuales quiera casas en donde sospeche que pueda haber algún enfermo de males contagiosos o epidemias los reconozca y dé parte al gobierno con todas las circunstancias que le parecieren necesarias para evitar que se propague el mal” (Alegría, 1956: 498).

El proyecto no se limitó a la ciudad capital, gracias a la ayuda de los tenientes locales se recibieron enfermos de Puerto Cabello,

San Carlos, Paraguaná, Maracaibo, Pueblo Nuevo, Barinas, Nirgua, Maracay, San José de Tiznados, Turmero, La Victoria, Chaguaramos, Caurimare, Petare y El Guapo (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV-CLXXXI; AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CLXXX-CCXLVII). De 1802 a 1807, período en el que gobernó Manuel de Guevara, se identificaron 117 casos de “lazarinos”, compuestos por denuncias, órdenes de reclusión, traslados y certificaciones médicas. A partir de febrero de 1802, se inició enérgicamente la búsqueda de enfermos, hasta que poco a poco se experimentó un decrecimiento en los registros debido a que, puede deducirse, se redujo el número de enfermos no recluidos en la provincia y/o estos comenzaron a esconderse y escapar debido al temor de ser confinados.

2.3. Estigma en la vida cotidiana

Muchos enfermos, antes de ser recluidos en el hospital, paraban a las calles a mendigar, estorbaban el comercio y la circulación de personas en los espacios públicos y generando denuncias. Esto se puede ejemplificar con el caso del esclavo Juan Antonio de Laya en 1745, quien, ante un pleito civil por su libertad, declaraba:

Mi amo el Sargento Juan de Laya... me lanzo de su casa por que habiendome sobrevenido la enfermedad de lazarino y empezándome a curar, y como quiera que no hallando mejoría y por esto el dicho mi amo con pocas esperanzas de que yo le sirviese de provecho por el defecto de dicha enfermedad, y para alibrarme del contagio de ella me hecho de la referida casa como llevo dicho para que yo vuscase la curación y que desde luego no remetiría conmigo ni me obligaría a su servicio dejandome libre de la esclavitud (AANH, Civiles, 2-394-4, f. 1).

Aunque dicho caso es previo a la erección del hospital, permite divisar el modo en que algunos lazarineros esclavos

llegaban a los espacios públicos de la ciudad. Una vez construido el hospital, los amos tuvieron la posibilidad de remitir a los enfermos a dicha institución, rompiendo su relación con ellos. Tal es el caso de Don José Gonzales, el cual declaró sobre un antiguo esclavo suyo que se fugó del hospital y había sido capturado:

habra tres años ó mas, que lo puse en el Hospital de esta ciudad... a mis otros criados en la Hacienda de Santa Lucia donde tiene su muger é hijos... los puede contaminar á todos. Yo no estoi obligado á pagar nin[gun] costo de su cojida, conduccion, ni mante[nzion] pues ya ese negro no es mio, y corre de [cu]enta del publico (ANH, Civiles, 11-4311-1, ff. 3-3vto.).

Los enfermos pertenecientes de los estratos intermedios de la estructura social, como los indios y los pardos que gozaban del beneficio de la libertad, estaban sometidos al estigma en el ámbito familiar, amical, vecinal y laboral, de donde provenían las denuncias dirigidas a las autoridades para su reclusión en el hospital. Tal fue el caso de Maria Coromoto Paiba: "...de Calidad mestisa, avecindada en efta jurisdiccion, manifestandome hallarse grabemente enferma, y que los vecinos inmediatos asu casa, huian de tratarla, por ser su enfermedad contagiosa: advirttiendo yo por su semblate, y señal de que su mal, es lazarino..." (AGN, Gobernación y Capitanía General, CVII, ff. 168-168vto.).

Las denuncias hacia los lazarinos blancos con cargos públicos, eclesiásticos, militares y "Dones" de la ciudad, generalmente eran hechas por sus semejantes en términos estamentales. Un caso que arroja bastantes detalles es el del Teniente del Valle de Choroní, Don Antonio Gómez, denunciado por el párroco de la localidad. El mismo muestra una atmósfera de "secretismo", rumores, y rechazó que se creaba alrededor del enfermo entre sus semejantes. Sus antiguos afines se negaban a apadrinarlo o representarlo "en el estado que se hallaba", ya que el mal era "muy contagioso" y según los rumores "Se ha

agravado ya tanto, que me aseguran tiene el cuerpo llagado; lo que se verifica por que no oye Missa, ni practica por si ninguna diligencia personal”. El teniente gracias a su condición y bienes, se había apartado en su morada y había “...severamente prohibido asus vecinos no pasasen por su calle, porque se bañava todos los [días] con agua tivia, y despues por un arbañal las hacia fluir a la calle”, con cuya respuesta había “persuadido, a que ningun otro vecino lo pasara a noticia” (AGN, Gobernación y Capitanía General, XLII, ff. 33-34).

Otro caso que arroja detalles importantes sobre las representaciones que se achacaban a los enfermos es el del teniente Francisco Cazorla, vecino de Valencia, que fue denunciado en 1810 por su esposa doña Francisca Salazar, alegando que estaban en riesgo de contagio tanto ella como sus hijos, de los cuales el más pequeño ya presentaba signos de la enfermedad. Según sus palabras al “observar el incremento que tomaba el mal de mi marido en terminos de haber llegado al extremo de ulzerarse todo su cuerpo me vi precisada a abandonar mi casa” (AANH, Independencia, 77-352, ff. 1). Posteriormente Cazorla se “fugó”, los hijos y los bienes de Francisca quedaron en manos de la hermana del teniente, colocándola en la situación de “mendigar”, lo cual era “injusto”, pues,

...las leyes eclesiasticas estiman por muy suficiente para la separacion del matrimonio la lepra contagiosa de qualquiera de los conyugues; y las politicas del Pais condenan a los lazarinos a una perpetua clausura en donde se asegure la salud de los demas (AANH, Independencia, 77-352, ff. 1-2vto.).

La defensa de Cazorla argumentaba que según la “ley 4ta titulo 6 libro 1ro de la Recopilación de Castilla” y los “Juzgados Militares de Colón”, eran los enfermos “pobres” quienes debían pasar a ser recluidos en los hospitales de San Lázaro, y que los “pudientes” podían “conservarse en sus propias casas” con el

mismo cuidado que se debe guardar en los “hospitales publicos” (AANH, Independencia, 77-352, ff. 26v-27, 70). Este argumento fue negado por el apoderado de Francisca, afirmando que “los esclavos y sirvientes que habian de asistir a Don Francisco quedarían expuestos a ser infestados de su dolencia, contra toda razon, justicia y humanidad” (AANH, Independencia, 77-352, f. 43).

El abogado del teniente daba fuerza a su pedimento diciendo que era “bien sabido que todos los hombres huyen naturalmente del trato y comunicación con los desgraciados que padecen de este mal o que solamente estan sospechado de tenerlo” (AANH, Independencia 77-352, f. 48). El debate se extendió por meses, y la parte de Francisca Salazar insinuaba en relación con la peligrosidad y gravedad del enfermo:

como deberá ya estar su cuerpo demasiado ulcerado (segun la naturaleza de la Epidemia) exalando por el mas minimo de sus poros el pestifero veneno, y haciendo partcipe de él al vecindario de Valencia contra el expreso teneor de la ley; de una caridad bien ordenada y de la más sabia economía? (AANH, Independencia, 77-352, f. 56v).

Cazorla solicitaba un tiempo prudencial para acomodar sus responsabilidades legales, después de eso podría dirigirse a la capital,

...retirándose de la sociedad que lo repugna o lo rechaza a buscar otra que le sea más grata en el hospital en la que seguramente hallará más libertad, más tranquilidad, mas reposo y mas consuelo en el seno y compañía de sus compañeros desgraciados (AANH, Independencia, 77-352, f. 48).

El proceso se diluiría en el contexto de la gesta independentista.

2.4. Ocultamiento y encubrimiento

Como contraparte del estigma, puede observarse que los lazarinos tendían a ocultarse. Como declaró el procurador del cabildo en 1791 “muchos (enfermos) se ocultan entro[sic] sus casas contaminando del mismo mal a sus mismas familias” (AANH, Civiles, 9-3743-7, ff. 1-2). El teniente de Puerto Cabello, en el marco del proyecto emprendido en 1802, declaraba comprometerse a “averiguar el numero cierto de los muchos Lazarinos públicos, y encubiertos que tiene este vecindario y su jurisdiccion” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII, ff. 73-73vto.).

Esto se daba gracias a los afectos de los enfermos, que pudieron ser colegas, familiares e incluso algunos amos, como fue el caso de don Crisóstomo Tovar cuando José Domingo declaró sobre su esclava: “...pase ayer tarde a reconocerla, nos respondió por la señora que habia salido... y aun no habia vuelto, pedimos que la tuvieran para hoy, vinimos a las siete, y quarto, y se contesto lo mismo que ayer por la tarde” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CIX, f. 57). El gobernador ordenó al alcalde que la presentaran, pues la “ocultan sus amos al parecer segun los informes de los medicos” (AGN. Gobernación y Capitanía General, CIX, f. 77). La operación resultó infructuosa, pues dicho alcalde contestó que: “segun informan sus propios amos y caseros desde muchos dias hizo fuga sin saber de su paradero” (AGN. Gobernación y Capitanía General, CX, f. 93).

Como ejemplo de ayuda entre familiares, se puede mencionar el caso de “don Josef Belisario vecino en San Sebastian, asistido de sus hermanas doña Maria y doña Josefa quienes le tienen oculto en una habitacion en lo interior de su casa” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVII, f. 353). O el caso de Rafaela Salas, vecina de Caracas que cuando la fueron a verificar por primera vez el 23 de febrero de 1802, declararon los galenos: “Nos dixo su madre que estaba en el Pueblo de la Victoria”. (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV, f. 356) Posteriormente, en

la segunda visita el 24 de marzo, “contesto su madre que esta en el campo y que en la semana la presentaria” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CVII, f. 305). El gobernador ordenó al alcalde que pasara al día siguiente junto a los dos médicos a casa de Salas, y le advirtió que:

...para no malograr la diligencia procure ocupar antes una puerta falza que cae a una quebrada, por la que se ha escapado siempre que la van a solicitar: dado este paso, se reconocera toda la casa prolijamente hasta encontrar la y hallada... la hara vuestro señor pasar al instante al respectivo Hospital. (AGN, Gobernación y Capitanía General, CVIII, f. 30).

En el caso de algunos enfermos de estamentos altos podían ocultarse en sus propiedades si las mismas estaban alejadas y podían contar con condiciones económicas y apoyo de sus semejantes para que abogaran por ellos. En el caso del subteniente José Nin, después de ser declarado lazarino “aunque en sus principios”, consiguió una certificación médica alternativa que diagnosticaba que “se halla padeciendo de una afeccion cutanea cuyo origen ha sido un mal venereo bien caracterizado” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII f. 10). Con esta, pidió pasar a los Valles de Aragua para “de algun modo restablecer su quebrantada salud”, y aunque tanto el gobernador como el teniente Joaquin Salgado conocían su certificación anterior, se le consideró acreedor de la licencia que solicitó (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII, f. 280). Dos años después, se le diagnosticó como “perfectamente lazarino” y se ordenó su reclusión (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXLVIII, f. 132 y 142).

2.5. La reclusión en el Hospital de San Lázaro

En 1752, el hospital se proyectó alejado del centro poblado, “en los ultimos terminos desta ciudad por la parte

de el sur en el varrio que llaman del Rosario en una Península de tierra alta” (AGN, Real Hacienda, 828), lo que era acorde a la *Recopilación de las Leyes de los Reinos de Indias*, la cual especificaba que “se pongan los Hospitales... para los enfermos de enfermedades contagiosas en lugares levantados, y partes que ningún viento dañoso, pasando por los Hospitales, vaya a herir en las poblaciones” (*Recopilación de Indias*, libro IV, título IV, ley. 2).

A nivel interno, como ya se mencionó, la institución se regía por una serie de ordenanzas que pautaban los deberes y derechos de los internos, así como los roles que debía cumplir cada actor social dentro de la organización. La máxima autoridad del instituto era el mayordomo, seguido por el procurador, la cocinera y los porteros, los “bedeles” y el resto de los enfermos. El mayordomo era el encargado de llevar la data de gastos y egresos, dando cuenta de ello al gobernador y la real hacienda. Era el responsable de contratar al procurador y la cocinera, quienes vivían en una casa adyacente al edificio y estaban encargados de suministrar diariamente las provisiones y atender las necesidades de los enfermos. Dicho procurador debía dar cuenta al mayordomo sobre los comunicados de los bedeles, llamar al capellán y al médico en caso de que un enfermo empeora su salud o estuviese próximo a morir.

Los dos enfermos “bedeles”, uno por cada sección de hombres y mujeres, debían ser escogidos entre los enfermos y aprobados por el mayordomo. Eran consideradas las personas “de mayor racionalidad”, que podían mandar, gobernar y reducir a “buenas obras” la actuación de sus semejantes, fiscalizándoles lo que fuese digno de corrección y, de ser necesario, reprenderlos en “la pressa y cepo que hay para este fin”. Debían cuidar que no hubiese embriaguez, juegos indebidos como “dados”, música “poco decente”, ropa “poco honorable”, armas, disturbios y comunicación entre individuos de ambos sexos, además de promover la devoción y práctica religiosa, reprendiendo a todo

aquel que blasfemara o mostrase poco respeto a Dios, cuidando de que todos asistieran a las misas, rezaran y recibieran las enseñanzas de las sagradas escrituras (*Ordenanzas de San Lázaro* en Archila, 1961).

La comunicación con el exterior estaba sumamente restringida. Las ordenanzas establecían que los bedeles y el procurador debían vigilar que los enfermos estuviesen “recogidos, y no salgan, ni tengan comercio alguno con las gentes de fuera que pueda ser causa de mayor extensión... si a los enfermos se ofreciere algo que comprar, lo harán por mano del Procurador de la Casa...”; las limosnas, debían ser dadas a este último o colocadas en el “Caxon” de la iglesia, evitando que se dieran las monedas por medio de la reja que conectaba el interior del hospital con el interior de la iglesia adyacente, como lo hacían algunos feligreses “sin prevenir el riesgo que en ello puede haver por el contacto”. Los bedeles debían nombrar mensualmente a dos enfermos “de los que están menos dañados” de porteros interiores, para que recibiera la providencia diaria (*Ordenanzas de San Lázaro* en Archila, 1961). Hacia finales del siglo XVIII por solicitud de los enfermos, se construyó una pequeña reja para que los mismos calmaran sus ánimos y se comunicaran con sus afines en el exterior, y en 1800, se sustituyó por otra reja de palo con forma de “rastrillo” a través de la cual podían comunicarse varios al mismo tiempo (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CLXI, ff. 130 y 313).

2.6. La vida de los reclusos: rutinas, atención médica y espiritual

En sus primeros años, como lo reflejan las ordenanzas, la atención médica solo estaba planteada eventualmente para los lazarinos con episodios de “gravedad” o de otra enfermedad. Debido a que los médicos no acudían al llamado para asistir a los enfermos “no obstante de ofrecerles la paga por las visitas, contra toda caridad, y obligación de sus Ministerios”, en 1758 el

Gobernador Ramírez de Estenóz instituyó una real orden pautando que los médicos que se negasen, serían castigados “con todo el vigor de la ley” (AGN, Real Hacienda, 844, f. 16). Posteriormente en la década de los 1780 se instituyó las figuras de Médico y Cirujano del Real Hospital, haciéndose visitas semanales, y para finales del período colonial, en 1810, Felipe Tamaríz dejó testimonio de que había un meritorio, dos practicantes y además, solicitaba dos practicantes y un meritorio más para poder dar abasto a los “124 enfermos que se asisten diariamente” (AANH, Civiles, 17-6855-6. s.f.).

Los tratamientos más recurrentes dados a los enfermos consistieron en “sajas” con ventosas de vidrio y “sangrías” con las cuales se “depuraba” el organismo de los humores melancólicos que causaban la enfermedad, así como enemas, “sudores”, “vómitos” y “purgas” que actuaban bajo el mismo principio. Cordiales o “confortativos del corazón” para animar la compostura de los convalecientes, repeler la cólera y la melancolía, y varios tipos de ungüentos, aceites, emplastos y sustancias para la piel de los afectados. A esto se agregó el uso de aguardiente, con distintos fines, asociados a la purificación del cuerpo y a la “clarificación” de la sangre (AGN, Real Hacienda, 831, ff. 13vto.-22vto.).

El menú dentro del instituto siempre fué el mismo. La dieta de todos los enfermos consistía en:

...tres comidas ordinarias en cada día a horas competentes...
el almuerzo a las ocho de la mañana, que se ha de componer de un coco de cacao endulzado con papelón, y un pedazo de carne azada, y un pan será la sena a las ocho de la noche; y la comida ha de ser a las doze del día, una olla carne de baca bien aderezada con las verduras y vituales de que usa el paiz y un principio de carne frita con platanos maduros y miel de caña dulce de postre con el pan necesario de maíz, casabe o de trigo a proporción de los sujetos que estén recogidos, de suerte, que a cada enfermo toque un platto de carne bien proporcionado respecto de que el valor de

ella en esta ciudad es corto... (*Ordenanzas de San Lázaro*, en Archila, 1961, p. 587).

Las pequeñas variaciones durante el año tenían lugar los días festivos de Semana Santa cuando la carne de res era sustituida por caraotas, frijoles o pescado, y la última semana de navidad cuando eran comprados otros víveres como hallacas y dulces. También, para los enfermos de gravedad se sustituía la carne de res por “gallinas y otros mantenimientos delicados” como mazamorra de harina, huevos y azúcar (*Ordenanzas de San Lázaro*, en Archila, 1961; AGN, Real Hacienda, t. 824).

En cuanto a la higiene, de manera habitual, a cada enfermo debía dársele “un par de javon en cada semana” (*Ordenanzas de San Lázaro*, en Archila, 1961, p. 587). También les eran otorgadas ropas y sábanas de cama particulares, dos mudas eran siempre dadas en Navidad como obsequio (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CLXXVI, f. 285). Los reclusos eran responsables de lavarlas a través de una cañería que corría por el interior del hospital. El procurador por su parte estaba encargado de hacer que no les faltase dicho recurso acuífero bajo ninguna circunstancia (*Ordenanzas de San Lázaro*, en Archila, 1961).

Un último aspecto a resaltar, la mayor parte de las rutinas y el tiempo dentro de la institución estuvo ocupado por las actividades de tipo religioso, esto tenía como objetivo preparar el alma de los enfermos para la “vida eterna”, lo que representaba un consuelo ante el sufrimiento “temporal” dado por su condición. Debían rezar el santo rosario tres veces al día a las 7:00 am, 11:00 am y 7:00 pm; asistir diariamente al santo sacrificio de la misa; todos los viernes de 1:00 pm a 5:00 pm rezar el “...viacrucis en los claustros interiores, por lo que se les pondrán cruces, y estampas de los pasos de la Pasión de Nuestro Señor Jesucristo... Y... asistirán a la salve que se canta todos los sábados por la tarde”. Finalmente, un enfermo “... hábil y bien instruido en los misterios de la santa fé”, se encargaba de enseñar en voz alta una

vez a la semana al que se reconociere no estar muy bien instruido en la doctrina cristiana. El que se negase, debía ser puesto preso en los cepos que estaban dispuestos para ello. Un beneficio espiritual del instituto, era el de recibir los santos sacramentos, sepultura digna en el camposanto y una misa rezada oficiada por el capellán al momento de fallecer (*Ordenanzas de San Lázaro*, en Archila, 1961).

2.7. Solicitudes, quejas e informes sobre el hospital

En un informe que data del 11 de junio de 1803, el ministro de real hacienda Lorenzo de Sata, comunicó que los enfermos solicitaban que las visitas médicas se hicieran a las 4:00 pm para que no coincidieran las comidas con el efecto de las medicinas y reiteraban un pedimento de que se creara una botica en el hospital para estar bien abastecidos. Adicionalmente:

(...) expusieron las necesidad que tenían de ropas de cama; lo indispensable que era construir un cuarto que sirviese de deprofundis para que los difuntos no esten interin, se etierran en las mismas habitaciones de los vivos; que las mujeres pidieron le hiciese quanto antes la obra propuesta para las rexa de un locutorio; que algunas cuyas manos \ les ha inutilizado su mal/ suplicaron se pagase algo a las demas enfermas pudientes para que les lavasen su ropa a estar obligadas todas por el reglamento de este Hospital a hacerlo por si; y que en los techos de sus habitaciones habra muchas goteras, lo que les aumentaba sus males... para proporcionar el [remedio] que exige la comunicacion entre hombres y mugeres discurrieron levantar a una altura competente la pared que divide las dos habitaciones, poniendole en su sima puntas de vidrio (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCII, f. 274).

El ministro declaró que en todo “se les dió esperanza de remedio”, aunque sabemos que nunca fue realizada una reja para comunicación con el exterior en la sección de las mujeres, ni

una botica en el hospital. De hecho, en las últimas décadas del periodo colonial esto representó un problema para los galenos y pacientes que veían casi inútiles los efectos de las medicinas debido a su baja calidad, adulteración y dilatada entrega, aunado a la no disponibilidad en los dispensarios de la ciudad (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCII, f. 270).

En mayo de 1804, cuatro enfermas en representación de las mujeres del hospital enviaron una carta donde exponían la gran necesidad que tenían en cuanto a la “frecuencia de sacramentos y los desordenes que suseden de esta falta que son funestos tanto en lo corporal como en lo espiritual”. A su respecto, la casa debía ser vista no “Como Hospital sino como un Convento por ser huna enfermedad bitalisia”. Se quejaban de que las próximas a morir carecieran de estos servicios porque el capellán por “sus muchos años como por estar hasidentado de un hoydo, sentido que presisamente ha de ser perpicas para este sijilo del sacramento de la confirmacion” no podía atenderlas apropiadamente, a lo que adjudicaba también el que no pudiesen tranquilizar sus “animos ni dar buen ejemplo algunas compañeras que distraydas de su hultimo fin cometen como sabe vsted barios desordenes” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, ff. 261-261vto.). En esta ocasión, el intendente atendió a la solicitud, ordenando que hicieran entender al capellán que si tenía dificultades, enviara a “otro sacerdote que supla sus veces, a fin de no privar a aquellas de la frecuencia de los santos sacramentos y de los auxilios que les son tan necesarios en los ultimos instantes de su vida” (AGN, Intendencia de Ejército, CCXI, f. 470).

Los hombres, por su parte, también enviaron una carta el mismo mes haciendo presente una solicitud. La misma tenían que ver con la reja a modo de “rastrillo” que les habían colocado en 1800, pues había sido modificada poniéndoles una “rexitá ó por mejor desir huna claravolla como la que estaba anterior que solamente tenía de longitud una vara y de latitud tres quartas” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 368)

(80cm x 50cm aproximadamente). Consideraban que era una obra,

Cruel e inhumana pues no nos parece justo tratar con tanto rigor, o con tanta severidad castigar a unos hombres, que no tienen otro delito, que el allarse adolecidos de una enfermedad que quiso Dios embiarnos por sus incomprensibles juicios de la que no esta esento ninguna Humana Criatura (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 368)

Solicitaban que se les restituyese la anterior, pues permitía “hablar dos o tres con sus mugeres, padres, ermanos, y demas consanguineos congregandose.” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 368). En los días siguientes los enfermos debido a su descontento derribaron el paredón y escondieron la reja que les colocaron, además, llevaron a cabo “renglones de letra disfrazada y pinturas... en la pared de la primera puerta interior... que indican el sentimiento que les causa el haberseles quitado el rastrillo” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 306).

El mayordomo y el contralor sugerían que se pusiese la anterior, pues de lo contrario se “triplicarían” los costos de cualquier gestión, “por que violentos é inconformes con el nuevo locutorio lo desvaratarán quantas veces se les erija, sin poderse jamas saber quienes son los autores del echo por executarlos en las horas de silencio en que nadie afuera los siente”. El mayordomo agregaba además, que era afín al clamor de los enfermos pues le parecía una decisión “justa no privarles del consuelo de poder comodamente tratar con sus familias y parientes por medio de la reja que antes tenían”. La resolución final del Intendente fue librar orden de que colocaran la reja que anteriormente servía como locutorio (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXI, ff. 368-369).

Dos cartas individuales de enfermos pueden explicar

otras de las dificultades que experimentaban ante la reclusión. El capellán Mariano Muñoz, fue denunciado después de que llegase de la isla de Trinidad, una vez que pasó al Hospital de San Lázaro para ser reconocido, fue ingresado en el mismo, sin tiempo para arreglar asuntos personales. Desde allí, intentó procesar su salida del hospital y traslado a España, sin éxito. En el proceso perdió sus papeles, por lo que escribió al gobernador:

Pido rendidamente mande se me devuelvan los documentos que tengo presentados en que constatan la enfermedad que padesco, reiterandole a VS la misma para que se me paguen los sueldos debengados para pagar las deudas que tengo contraidas y que los acreedores me piden el cumplimiento de ellas y me veo sesgonado en no tener con que satisfacer a las obligaciones que son generalmente mui sensibles a todo hombre de honor (AGN, Gobernación y Capitanía General, CVII, ff. 158, 269-270).

No se pudo ubicar otra información sobre el devenir de su solicitud. Puede que le hayan devuelto sus papeles, o nó, pero ante los impedimentos, el presbítero optó por fugarse del hospital.

Por su parte, el subteniente José Nin, después de siete días de su ingreso, expuso la necesidad que tenía de muebles y ropas de cama dentro de la institución pues se encontraba desprovisto de todo (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXIV, f. 264). El 11 de octubre dirigiría otra carta al intendente, solicitando una consideración especial:

Señor Yntendente... La adversa suerte del subteniente del Regimiento Ynfanteria de la Reyna don Josef Nin, vino a parar a la triste situacion del Hospital de San Lazaro, del manejo de Vuestro Señor, por lo que espera de su begnino corazon el alibio que apetece en medio de su enfermedad; para que se sirva ordenar a los comisionados en dicho Hospital, permitan la entrada a cualquiera persona que vaya a visitarlo, de lo que quedaria sumamente reconocido”

(AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXIV, f. 386).

Este pedimento se producía en el contexto de la solicitud ya mencionada enviada por los enfermos para la reconstrucción de la reja que les servía de locutorio. Dado que la reja permitía la comunicación con el exterior, se negó su petición, pero se propuso que se pidiera a los enfermos que “distingan a este sugeto, dándole la preferencia en los casos de tener sus visitas, dejándole solo con ellas en la reja, en atención a las circunstancias que en el concurren” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, t. CCXIV, ff. 386-387).

Existe un informe del cual vale la pena hacer referencia que data del 2 de mayo de 1804, escrito por los facultativos Santiago Limardo y José María Gallegos. El mismo se veía motivado por la “facilidad con que recaen los convalecientes, y la frecuencia y prontitud con que vuelven a este hospital los mismos que salen de él”. Enuncia que entre las razones se encontraban algunas de carácter comportamental de los enfermos, como “las costumbres perniciosas... de aquellos que se entregan a la bebida”, “alimentos no sanos”, “las de una vida vacilante y consumida por la miseria” (AGN, Intendencia de Ejército y real Hacienda, CCXI, f. 16); y otras que eran atribuidas a la institución:

...un aire mal sano impregnado de halitos inmundos y pestíferos que se levantan de las enfermedades pútridas y malignas, de los excrementos, de las úlceras, y aun de los remedios mismos; de un edificio bajo, humedo, estrecho, y mal dirigido, cercano a un cementerio que contiene millares de cadáveres podridos... las de una vigilia casi continua a que obligan las voces y alaridos de los moribundos; las de los errores en la dieta, y excesos que comenten en la clandestina introducción de alimentos y bebidas nocivas; las de los descuidos de los enfermeros y practicantes (AGN, Intendencia de Ejército y real Hacienda, CCXI, f.

16)

Debe acotarse que, para la fecha, el hospital contaba con la mayor sobrepoblación de su historia, con alrededor de 150 enfermos, sobre esto señalaban:

...ha sido de un año á esta parte tan crecido el numero de los enfermos... que los recursos... se han ido estrechando y disminuyendo en terminos que han faltado camas para los entrados, y sobre unas tablas... se les ha acogido en el suelo. A este prodigioso número ha contribuido en gran parte, el de los convalecientes que regresan con sus achaques en peor estado que al principio. Amontonados así los enfermos hasta no permitir ponerse entre unas camas y otras, se multiplican las dificultades de curarles. La atmosfera que los rodea se hace de peor condicion el olor fetido que por si solo desazona trastorna y abate las fuerzas de un hombre sano, y robusto, acaba de consumir debiles esfuerzos de un agonizante... el aire mefitico que constantemente se arroja de los pulmones, como veneno, sufoca á los mas alentados (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 16)

El informe muestra una cara de la situación poco alentadora, según ellos “por más eficaces que sean las medicinas, los males se ensordecen, resisten pertinazmente y arruinan la esperanza del enfermo y del facultativo que presencia tantos desastres” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 16).

2.8. Fugas, relaciones no autorizadas y guardias armados

En un borrador escrito por el intendente al gobernador Carbonell el 16 de mayo de 1796, se comentaba que “...desde que se establecio el Hospital de Lazarinos en esta ciudad, se ha experimentado que estos enfermos, cuio accidente aviva sus pasiones, y cuia reclusion los fastidia demaseado, se han huido frecutemente, por lo que fue preciso levantar á mucha altura las

tapias...” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CXVI, f. 5). Los registros muestran que fueron diversos los métodos empleados, principalmente en las horas nocturnas, rompiendo el tejado y descolgándose al exterior con una cuerda, abriendo huecos en las paredes de tapia, por los albañales (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CXVI, f. 5; Gobernación y Capitanía General, t. CIX, ff. 123 y 292), o se valían: “del ardid de formar escalas de cuerdas y palos para saltar aun las paredes mas altas, Haciendo o brescando [sic] llaves maestras para abrir las puertas” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CXCI, f. 305). El 15 de noviembre de 1803, época en la que había aumentado considerablemente el número de reclusos, el gobernador comentó: “este desorden se está ya experimentando casi diariamente, sin que para precaverlo sean bastantes las más estrechas providencias, y medidas que al intento se están tomando” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCV, f. 236).

Algunas fugas eran momentáneas y otras extendidas. Había lazarinos que solo buscaban salir por un rato. Acorde con esto, el 16 de mayo de 1796, el intendente comentó que en ocasiones anteriores, “en pocos días han regresado boluntariamente... como verosimilmente lo haran los que ante de anoche se han profugado” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CXVI, f. 5). Felipe Tamariz, en un informe de 1803, acotó que “algunas personas fidedignas le han informado haber visto de noche Lazarinos y Lazarinas escudereadas de personas de fuera del Hospital paseandose por las calles”, lo que confirma, que algunos aprovechaban las horas nocturnas para reunirse con sus afines (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCII, f. 274).

Otros escapaban sin intenciones de volver. Como en el caso del presbítero Mariano Muñoz, a quien el alguacil mayor no pudo seguir persiguiendo después de que embarcara con destino a España (AGN, Gobernación y Capitanía General, CV, f. 93). O el caso de don José Poleo, quien fue encontrado viviendo en

una hacienda de Mamera después de un año y medio de fuga, gracias a una carta anónima que llegó a manos del alcalde (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXXXIV, f. 167). Sabemos que otros enfermos se fugaban para ir a los baños de aguas termales en Mariara, donde tenían acceso a este valioso recurso terapéutico y su plan era trasladarse después a la hacienda de un hermano del enfermo don José Poleo en San Juan de los Morros (AGN, Gobernación y Capitanía General, CX, f. 80).

En caso de ser encontrados por la justicia, los enfermos falsificaban su identidad. El alcalde que encontró a Antonio Aular declaró: “Lo hallé hace días en el Valle de Mariara, que estaba oculto, y aunque lo examiné, me engaño diciendome, que era de Goacara, y que aun no se sabia su enfermedad” (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXII, f. 27). Lo mismo ocurrió con Josef Rodríguez, localizado el 12 de julio por el teniente de Paraguaná, a quien dio una “certificacion... falza y supuesta” con la que logró escapar nuevamente (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXIII, f. 40). La violencia también fue otra opción para evadir la captura, como se dio en el caso del esclavo Bernabé el 11 de julio de 1798 a quien “en su cojia fue presiso aporiarlo le dieron dos ronpeduras de cabeza por los brazos por aberse resestio con una lansa tirando lansasos así del alcalde como a los soldados que lo cojieron”. En dicha oportunidad se le dio atención médica y fue devuelto al Hospital (AANH, Civiles, 11-4311-1, ff.1-4).

Además de las fugas, los otros desórdenes atendidos y castigados por las autoridades eran los encuentros prohibidos entre hombres y mujeres. Como indican las ordenanzas del hospital, ambas secciones se hallaban divididas mediante “una pared en medio, en que no permitirán... que los enfermos salten los muros en los trascorales, y si alguno lo hiciere darán cuenta al Mayoral para que dispongan su castigo” (Ordenanzas de San Lázaro, en Archila, 1961, p. 588). Escalar la pared que los dividía, romper las tejas del techo y pasar al otro lado, o abrir un hoyo en las tapias, fueron otros medios utilizados por las parejas lazarinas

para encontrarse frecuentemente (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCII, ff. 274-274vto.).

Para controlar estos desórdenes se tomaron distintas medidas, pero la principal fue la conformación de distintos cuerpos de guardias a través del tiempo. Las ordenanzas de 1761, indican que para la clausura y privación del contacto con la gente, se mantenía “una guardia de la tropa del batallón fixo de esta ciudad en el alojamiento que al intento se hizo fuera del dicho Hospital, y que con el tiempo puede no haberla”. En ese caso,

...para entonces ordenamos, e instituimos que se haya de poner y ponga a vivir en dicho alojamiento a un hombre anciano de satisfacción y buenas costumbres y cuide y sirva de portero... para que no salgan dichos enfermos ni tengan comercio alguno fuera (Ordenanzas de San Lázaro, en Archila, 1961, p. 588).

La vigilancia por parte de los porteros se mantuvo durante décadas, hasta que, en los primeros años del siglo XIX, la sobrepoblación y las constantes fugas obligaron a las autoridades a conformar un cuerpo de guardia, compuesto por cuatro soldados y un cabo que se encargaban de realizar rondas por los alrededores e interior del hospital (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXIX, f. 360; AGN, Gobernación y Capitanía General, CXX, f.17). Posteriormente, se creó el cuerpo de “celadores nocturnos”, que debían vigilar de noche cuando tenían lugar las acciones de los lazarinos. Dichos cuerpos presentaron varios problemas en su desempeño, entre los que figuraron el miedo que sentían sus integrantes ante el contagio, el descuido de sus funciones, reyertas internas, el poco respeto que infundían a los enfermos y el miedo que sentían ante un posible ataque de los lazarinos. Sobre esto comentaba uno de los guardias:

...estos hombres por los efectos voraces del mal que padecen, y por la privación y arresto perpetuo que se les

impone estan continuamente furiosos de forma que si llegamos á hacer aprehender á alguno que trate de hirce, no dudamos que se conmovieran y amotinandose, nos veremos [en necesidad] de defender nuestra vida, mas al fin; podremos acaso resistir á una multitud loca y frenetica no debemos prudentemente temer la suerte de algunos vedeles que han sido victima de su hira, y prueba de ello és, que á un vedor le dieron de azotes en terminos que de ellos murio. Al que esta en el dia de ropero se le hán amotinado por dos ocaciones, y ha salido en la una con la ropa rota, y toda llena de sangre de ellos. De aqui deducimos señor contralor, que es imposible que un solo individuo, porque los dos destinados á este encargo, se nos há mandado alternemos a media noche pueda resistir y contener la violenta pasion de los lazarinos... (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXI, ff. 93-94).

El contralor informó que tales afirmaciones tenían a su “ber mas fuerza de miedo que de razon y fundamentos solidos” señalando que:

...la circunstancia de estar armado el celador le liberta del asalto de que se temen mayormente cuidandose al tiempo de la requisita que hacen el Procurador y su ayuda a las diez de la noche de recojerles a los enfermos. qualquiera arma, palo, o otra de que intentaran valerse; y...que ya en la actualidad no hay ni subsisten los individuos lazarinos que se arrojaban á cansar á motinamiento y otros desafueros y violencias por haver muerto los que quedaban de esta condición, y sobre todo el solo sonido de disparar una arma de fuego basta para atemorizar y contener a todos los lazarinos por mas arrogantes que se muestren en su maniobra y empresas de torpe comunicacion y fugas (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXI, ff. 84-85).

Los guardias debían hacer requisas para “cuidar que los enfermos no tengan armas prohibidas, ni traigan a la sintta puñal ni cuchillo” (Ordenanzas de San Lázaro, en Archila, 1761, p. 589). Una vez se hicieron recurrentes las huidas del hospital, también tenían el objeto de “recoger las llaves falzas, varra pico i otro insrumento de que se valen dichos lazarinos para facilitar sus fugas” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CXCI, f. 305). Vale acotar que desde que se creó de la institución, se dotó con cepos para realizar castigos ejemplarizantes. Uno de los celadores lo confirma en 1803 diciendo: “En dias pasados se han escapando por un agujero a los fondos del corral... los puse en el cepo... en la actualidad tengo puesto en el cepo a tres enfermos que en una noche de esta semana los cogí en el salon de las mugeres.” (AGN, 1803, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCIII, ff. 252-253).

Los cuerpos de guardia fueron sumamente inestables e ineficientes, hasta que, de manera definitiva, el 27 de abril de 1805, el gobernador y los ministros de real hacienda resolvieron “suprimir las rondas a las personas que las hacen en el Hospital San Lázaro, por no producir los efectos favorables que se esperaban” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, 1805, CCXXI, f. 498). Los últimos registros encontrados alusivos a estos cuerpos, son de marzo de 1806, cuando se intentó conformar una vez más un equipo, pero esta vez se advirtió al contralor que no “buscase a otras personas que no esten afecto a la milicia”. Bajo tal orden, se contrató a “José Francisco Serrada y José Nieves Montes... Milicianos del Batallón de Pardos de esta capital con veinte años de servicios cada uno” (AGN, Intendencia del Ejército y Real Hacienda, CCXXXVI, ff. 240 y 313). Desconocemos la suerte con la que corrió tal comisión, pero es evidente que las autoridades veían la necesidad de contratar personas que tuviesen disciplina y conocimiento en el ejercicio coactivo de la fuerza para el control de los reclusos.

3. DISCUSIÓN

3.1. Biopolítica y control de los lazarinos

El control sanitario de la enfermedad de San Lázaro en la segunda mitad del siglo XVIII y primera década del siglo XIX, se logró a partir de la paulatina conformación de una red institucional compuesta por el Cabildo, la Gobernación, el Protomedicato, la Intendencia del Ejército y la Real Hacienda. Dicha red concentró los intereses de las elites locales y las autoridades coloniales, el poder económico, la fuerza coactiva y los conocimientos médicos y sanitarios que dieron forma a la biopolítica en lo que se refiere a la lepra. La misma buscaba asegurar la salud de la población y los intereses de los grupos dominantes de la sociedad, dejando las calles y fuentes de agua libres de enfermos contagiosos y eliminando el riesgo de que el mal se esparciera entre las familias de la ciudad y provincia de Caracas.

Desde la perspectiva de los entes del Estado y gran parte de los habitantes, la identificación negativa del lazarino no era cuestionable, era concebido como un peligro sanitario para la vida de la población. El contagio a partir del contacto con un enfermo fue considerada la principal causa de la enfermedad, a la cual se dirigieron los temores, acciones preventivas y medidas para enfrentarla. Desde una racionalidad económica acorde con las reformas borbónicas, las ciudades como Caracas, Valencia y los puertos como La Guaira y Puerto Cabello, eran importantes centros donde estaban erigidas las principales instituciones políticas y comerciales de la Provincia, por lo que debía cuidarse la salud de sus residentes. La enfermedad, debido al deterioro corporal que causaba, al estigma que provocaba y la incapacidad laboral en que colocaba a las personas, multiplicaba la pobreza entre la población, y sus afectados, además, estorbaban la circulación y el libre comercio en los espacios públicos.

En la segunda mitad del siglo XVIII, en Caracas, tuvo lugar la construcción de la Cátedra de Medicina y el Tribunal del Protomedicato, que permitieron la formación de médicos locales

sobre la base de los saberes oficiales europeos y la estructuración de un cuerpo cerrado de especialistas. En el caso de la lepra, gracias a ellas se homogeneizó y refinó la mirada en torno a la enfermedad entre un grupo de médicos que operaban como funcionarios locales a la par de las autoridades, confirmaban o negaban la enfermedad entre los afectados y orientaban las acciones que debían tomarse en cuanto a estos y el hospital. La medicalización de las acciones estatales, fue entonces una de las más importantes estrategias biopolíticas utilizadas para el control del mal de lazarinos.

Puede decirse que el “modelo de la lepra” descrito por Foucault (1998), fue el primero y principal en aplicarse a partir de 1752 con la construcción del Hospital de San Lázaro. Operaba principalmente a través del mecanismo coactivo del aislamiento y la reclusión. En términos de Berger y Luckman (2003), consistía en una terapia para el mantenimiento de la realidad social afín a la “aniquilación”, es decir, a un conjunto de acciones que hacían desaparecer, alejar y negar aquello que amenazaba el universo simbólico de los grupos dominantes. El hospital fue utilizado como un instrumento técnico que permitió establecer una partición rigurosa, una puesta a distancia y una regla de no contacto entre los sanos y los enfermos, aislando a los últimos en un edificio cerrado a las afueras de la ciudad, conforme a las leyes españolas de los siglos precedentes y el deseo de las élites caraqueñas. Resalta, como con el transcurrir del siglo, las políticas y el poder pasaron del control de la enfermedad en espacios públicos, carreteras y fuentes de agua, al control de los espacios privados de la urbe, adentrándose entre las casas y las familias, para extraer a los enfermos y hacerlos recluir.

Vale la pena acotar que el “modelo de la peste” (Foucault, 1998) también tuvo presencia entre los medios utilizados por las autoridades y médicos. El mismo consistió en “fijar” a los enfermos en el espacio de la ciudad, vigilando y evaluando su estado para contener su “potencial contagioso”. Esto sucedía

con los afectados que eran declarados “en sus principios”, como en el caso de Agustina Gonzales y Francisca Armario de Puerto Cabello en 1801, a quienes se pidió:

...cuiden de su salud y para que no dañifiquen a los de este vesindario... se astendrán del trato y roze con los demás vecinos, conteniéndose de ello dentro de los limites de sus respectivas casas sin dar lugar a quejas hasta que hagan ver al tribunal hallarse libres de la mencionada lepra, haciéndole saber al supra dicho Doctor Don Gaspar Juliac para que este a la mira y reconoser a una y otra en ciertos tiempos... (AGN, Gobernación y Capitanía General, CXVIII, ff. 86vto.-87).

Para el Estado, el contacto social entre individuos sanos y enfermos, era lo que propiciaba el contagio, por lo que romper las relaciones de los enfermos con su entorno circundante, era elemental para frenar el avance de la enfermedad entre la población.

3.2. Pérdida de identidad, de conexión social y deterioro corporal

La enfermedad de San Lázaro era una enfermedad que principalmente puede asociarse a la llamada hoy en día “lepra moderna” o enfermedad de Hansen, pero también a otras enfermedades deformantes como la sífilis o el “carare” presentes en la Provincia (Sánchez, 2025). La misma se caracterizaba, entre otros signos, por deformar la superficie de la piel, el rostro y la voz, importantes medios de identificación de los individuos en las interacciones cara a cara en la vida cotidiana. Quienes se veían afectados por sus efectos degenerativos, eran expuestos a un deterioro de su imagen corporal identitaria.

El mal también condicionaba el desenvolvimiento motor en el quehacer cotidiano de los individuos y su vida productiva, limitándolos corporalmente en una sociedad donde los oficios de

la mayor parte de la población eran manuales. Indicio de esto es la solicitud hecha por las enfermas en 1804 señalando que “algunas cuyas manos les ha inutilizado su mal” no podían lavar sus ropas; la acotación en el caso de Maria Cecilia en 1794 a quién fue necesario transportar desde Turmero en “hamaca... por no poder ir de otro modo según lo reventada que esta” (AGN, Gobernación y Capitanía General, LII, f. 86). A causa de ello, muchos enfermos debieron perder fuentes de ingreso, roles familiares y laborales, colocándolos en los casos más extremos en la mendicidad, “abattidos y postrados con su accidente” en las calles (AGN, Real Hacienda, 828), o entregados a la “bebida” y una “vida vacilante y consumida por la miseria” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 16). Al ser esta una enfermedad no demasiado “mortal” comparada, por ejemplo, con la viruela en el período colonial, el individuo podía estar expuesto a una muerte social por largo tiempo antes de alcanzar su muerte biológica, si es que los medios de subsistencia de los cuales lograba apropiarse se lo permitían.

Estos estragos que la enfermedad causaba en el cuerpo de los enfermos, facilitaban su colocación en el marco de una “otredad perturbante”. Su imagen generaba en los “otros sanos” impresión y miedo, despertando fantasmas culturales, particularmente religiosos, produciéndose un ostracismo automático que presionaba a las autoridades a tomar medidas. Aunque no encontramos datos de una influencia religiosa directa en cuanto al accionar en torno a los enfermos, vale la pena mencionar que, el preponderante imaginario religioso que circulaba en la sociedad, estaba cargado de referencias a los cuerpos “horrorosos” con la piel y la cara deformes en oposición a los cuerpos “prístinos”, hermosos, sanos y “perfectos”, en asociación con los habitantes infernales y celestiales respectivamente (Nieremberg, 1675). Estas ideas unidas al temor por la contagiosidad, conformaban una semiosfera alrededor de los enfermos que generaba “temor, repugnancia y rechazo”, como afirmaba el abogado del Teniente

Cazorla.

Quienes tenían mayor dificultad para ocultar sus marcas tenían mayor dificultad para evitar el estigma. Dada su incurabilidad, era prácticamente imposible para los afectados reencauzarse a la imagen ideal y estética deseada de la sociedad, por lo que debían someterse a la imagen que los “otros legítimos” construían sobre ellos, siendo desterrados del territorio de la normalidad. Esto conducía al agrupamiento entre sus semejantes para facilitar la vivencia cotidiana. Por este motivo encontramos datos que denotan la presencia de grupos de leprosos en las calles para pedir limosnas, de conjuntos que se organizaban para escapar del hospital, esconderse en la propiedad lejana de un lazarinero “pudiente” o emprender un viaje de grupo en busca de una cura en las aguas termales.

La enfermedad incidía en la “proxemía” definida culturalmente entre los lazarineros y el resto de la población, poniendo en crisis el espacio social circundante de los afectados en diferentes ámbitos, como el familiar, comunitario, amical y laboral. Dicha reacción condicionaba, pero no limitaba totalmente, las relaciones de los enfermos y sanos. Vale la pena resaltar cómo algunos habitantes de la Provincia “ocultaban” a sus familiares enfermos, encubrían o apoyaban a sus colegas de altos estamentos o mantenían a sus esclavos dentro de su propiedad. Lo dicho es indicio de que, para la época, la enfermedad era entendida por muchos como una desgracia, un hecho injusto o no merecido, lo que conducía a algunos actores sociales a brindarles su apoyo en la medida de sus intereses y posibilidades, lo que también puede asociarse al ejercicio de la caridad en la cultura de la época. Estas ideas debieron ser compartidas también por muchos enfermos, como demuestran las palabras de los reclusos del hospital en 1804 atribuyendo su condición a “los incomprensibles juicios de dios, la que no esta esento ninguna Humana Criatura”, (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 368). Estas últimas palabras, son un llamado a las autoridades de parte de

los enfermos, para ser reconocidos como humanos debido al maltrato que se les daba, específicamente, el de ser aislados.

3.3. Reclusión y muerte social en el recinto hospitalario

En términos de Goffman (1961), el Hospital era una “institución total”, de tapias con considerable altura, puertas cerradas, candados y cepos, en donde casi todos los aspectos de la rutina cotidiana en su interior se encontraban reglamentados e impulsados por instancias exteriores a la voluntad de los internos. En este sentido, resalta la importancia de las *Ordenanzas de San Lázaro*, normas de carácter explícito combinadas con un sentido de obligatoriedad que homologaban la conducta de los individuos, les proporcionaba criterios de comportamiento, derechos y deberes, establecía las rutinas y ritmos de descanso, alimentación, aseo, liturgia y acceso terapéutico; legitimaban el castigo de quienes incurrían en algún tipo de falta y fijaban una jerarquía vertical por medio de la cual los internos debían regirse. Los bedeles, el procurador, el mayordomo y finalmente el gobernador, eran quienes conformaban una pirámide que hacían fluir las decisiones y control de la institución. Vale la pena resaltar que el carácter militar y laico de la administración, le hizo optar por medios coactivos como requisas, personal armado y castigos corporales para mantener el control social de los reclusos.

El hospital fue un espacio de aislamiento y desconexión social para los enfermos. Para la gran mayoría que entraba en contra de su voluntad, implicaba una ruptura con sus relaciones cotidianas, amistades, familiares, además de su ambiente, sus negocios y sus privilegios, si los tenían. El temor a estas limitaciones llevó a muchos lazarinos a evitar la reclusión ocultándose, huyendo, defendiéndose a través de procesos legales, falsificando su enfermedad, su identidad e incluso utilizando la violencia. Una vez reclusos, hubo muchos enfermos de diferentes estratos (pardos, esclavos, “Dones”, clérigos, etc.) que buscaron escapar momentánea o permanentemente del instituto. La muerte

social que implicaba el aislamiento se buscaba superar a través de la fuga para restituir parte del orden de mundo, procurando mantener o retomar parte de las relaciones sociales y la vida en el exterior. El no poder comunicarse con sus familiares era considerado por los enfermos, un castigo “cruel e inhumano” (AGN, Intendencia de Ejército y Real Hacienda, CCXI, f. 368). La ruptura con la comunidad de residencia es un factor elemental que conlleva a la pérdida de los sistemas de referencia proporcionados por la convivencia grupal. Esta separación potencialmente vulneraba los lazos familiares, las actividades cotidianas, los roles, responsabilidades, hábitos compartidos y relaciones afectivas desorientando la identidad de los individuos reclusos en el hospital.

El panorama que reflejan las cartas de los enfermos lazarinos de 1804, la de los cirujanos Santiago Limardo y José María Gallegos, y los informes de los guardias dan indicios de que en algunos momentos, sobre todo los de sobrepoblación en la primera década del siglo XIX, la vida cotidiana dentro del hospital pudo ser especialmente dura, habiendo fallas en todos los ofrecimientos que se daban. La atención espiritual era deficiente debido a los problemas de salud del capellán, los alimentos con de mala composición, los medicamentos retrasados y de muy baja calidad, carentes de los posibles valores suntuarios y valores de uso, los aposentos con techos rotos y goteras, las camas insuficientes, los muertos y hedores malsanos, los alaridos de los moribundos que no permitían dormir y la ruptura casi total de la comunicación con el exterior a exceptuar por una “rexa” donde varios lazarinos hablaban a la vez con sus familiares (sólo en el caso de los hombres), hizo del interior del recinto un espacio que muchos no estaban dispuestos a soportar. No debe dejarse pasar el hecho de que la reclusión en régimen de aislamiento por tiempo prolongado, acarrea efectos psicológicos negativos y perjudiciales que pueden llevar a desquiciar a los internos. El ambiente de “fastidio”, “pasiones violentas” y “furia” entre los reclusos y

el incremento de la fuerza coactiva para su manejo, son otras reacciones que dan cuenta de la preponderante inconformidad de los lazarinos ante su encierro y el afán por parte del Estado por mantenerlos apartados de la sociedad.

3.4. Asistencia, alternación y normalización de la condición social

Desde sus inicios, el hospital se planteó como un espacio en donde a cambio del sometimiento a las reglas y condiciones de funcionamiento, los enfermos que ingresaban recibían asistencia cotidiana, espiritual y médica. Aunque solo se han encontrado hasta la fecha datos que sustentan el que los enfermos entraban en contra de su voluntad, sobre todo en el período colonial tardío cuando se masificó la reclusión en la provincia, es posible que también algunos pudieran entrar voluntariamente a la institución, y que otros optaran por quedarse ya que veían en su interior una serie de beneficios.

En cuanto a la asistencia cotidiana, era un espacio que ofrecía alimentos, agua, morada, ropa, elementos de higiene y muebles que podían aprovecharse. Esto era una enorme ventaja sobre todo para los lazarinos pobres y de estamentos bajos, los cuales estaban más expuestos a una muerte social en el exterior. La asistencia espiritual también era presentada por el reglamento como una de las principales garantías, esto era importante, ya que daba a los enfermos que se sentían en un tránsito hacia la muerte la oportunidad para disponer de los santos sacramentos, preparar su alma para la entrada “cielo” y para los más creyentes un posible medio para sanar su alma y cuerpo. Además, ofrecía una oportunidad para mantener el acceso al pasto espiritual que presumiblemente habían perdido por no poder entrar a las iglesias. Finalmente, en cuanto a la atención terapéutica, el hospital ofrecía servicio médico de manera gratuita, lo que era prácticamente imposible conseguir por otro medio, ya que los galenos, cirujanos y curanderos cobraban por sus servicios en las afueras del hospital

y solo algunos podían costearlo. Esto hacía del recinto un espacio privilegiado para recibir tratamientos paliativos para la lepra y las demás enfermedades que pudieran presentarse a quien ingresara y se mantuviera en la institución. Representaba una oportunidad para un buen morir espiritual y corporal.

Además de ser un recinto para la “aniquilación”, también puede ser interpretado como un espacio donde se daba un proceso de “alternación” (Berger y Luckman, 2003, 143), en el cual los individuos, a partir de la resocialización de sus prácticas cotidianas, eran encauzados hacia un estado de equilibrio y control de lo negativo. Dicha “alternación” pudo tener un valor de uso y un valor suntuario. En el caso en el valor de uso, los beneficios cotidianos como el aseo, los alimentos, un lugar para descansar y tal vez medicamentos como algunos ungüentos, pudieron contribuir a reducir el malestar de los enfermos y mejorar su salud corporal. En el caso del valor suntuario, la atención espiritual y parte del cuidado médico pudieron haber operado bajo una suerte de “eficacia simbólica” conduciendo a mejorar el estado de ánimo, a recobrar el orden de mundo de los desafortunados y en consecuencia, a generar bienestar.

Socialmente, el espacio interior del recinto presentaba otro tipo de ventajas: tenía la posibilidad de crear un efecto de “normalización” entre los enfermos. Los internos, al estar rodeados de sus semejantes, de alguna manera superaban el estigma por estar rodeados de sus iguales. Como expuso el abogado de Cazorla había una sociedad más “grata en el hospital en la que seguramente hallará más libertad, más tranquilidad, mas reposo y mas consuelo en el seno y compañía de sus compañeros desgraciados” (AANH, Independencia, 77-352, f. 48). Incluso, puede mencionarse que, en contra de las normas, los lazarinos fueron capaces de mantener y/o crear relaciones de pareja entre las secciones de hombres y mujeres, lo cual fue recurrente durante toda la existencia del Hospital, convirtiéndolo momentáneamente en un espacio para el disfrute y el encuentro íntimo-afectivo, el

cual vale aclarar, era castigado en caso de ser descubierto.

Mientras los enfermos eran empujados hacia una muerte social por la mayor parte de la sociedad de los sanos en el exterior, el ambiente hospitalario en su interior puede haber tenido un potencial para generar bienestar en oposición. En términos materiales, ofrecía soluciones prácticas al problema de la subsistencia y la atención médica; en términos sociales, ofrecía un espacio de interacción para el relacionamiento personal entre semejantes; y en términos simbólicos, ofrecía una solución al problema de la muerte y el tránsito del alma hacia el “más allá”.

4. CONCLUSIONES

Gracias al estudio de las fuentes primarias y los métodos de la antropología histórica se pudo hacer una aproximación etnográfica a las prácticas y representaciones en torno a los enfermos de San Lázaro en la Provincia de Caracas a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Se da cuenta de la muerte social a la que estuvieron expuestos los lazarinos, expresada con una tajante separación social entre los enfermos y el resto de la sociedad. Se expusieron datos sobre los pobladores en general y se dio especial atención a la actuación de las autoridades, médicos e instituciones coloniales, ya que jugaron un papel fundamental en el control de los enfermos por medio del aislamiento, debido a que el contacto de estos con la población, era concebido como la principal vía de expansión de la enfermedad en la provincia.

En términos biopolíticos, se pudo identificar la red de instancias que hacían fluir el poder y las decisiones en torno a los enfermos para proteger la vida de la población, la cual estuvo conformada por las principales instituciones laicas y militares de la provincia.

Destaca la implementación del hospital como un medio técnico para cuidar la salud de la población, y con el transcurrir de los años, producir individuos sanos en su interior. En este proceso, los médicos por medio de su saber legítimo jugaron un papel

fundamental, estableciendo que la separación de los enfermos de la sociedad era la mejor manera de prevenir el contagio.

La hipótesis de que el estigma en la vida cotidiana y la reclusión de los enfermos en el hospital de San Lázaro conducía a una muerte social asociada al deterioro de identidad social, de conexiones sociales y la degradación corporal, parece confirmarse. También se revelaron otros matices en cuanto al auxilio de los enfermos por parte de sus allegados, de la considerable asistencia prestada por el hospital y del apoyo mutuo entre enfermos, lo que da cuenta de la complejidad en las respuestas sociales ante la enfermedad y la coexistencia de prácticas de exclusión y solidaridad.

Sería pertinente profundizar aún más en futuras investigaciones, sobre el aspecto de la atención espiritual y corporal que se daba en el Hospital de San Lázaro de Caracas. Esta institución se planteaba como un lugar que ofrecía solución al problema de la enfermedad y la muerte dentro de la sociedad, e incluso era capaz de generar bienestar en los enfermos.

NOTAS

- 1 Nos referimos a la utilización del componente práctico-metodológico de la etnografía, donde se realiza una “descripción densa” del contexto simbólico en el cual se insertan las representaciones y prácticas de los actores de una sociedad a partir del contacto directo con fuentes primarias de información. El registro documental suple el papel del informante de campo. Posteriormente se recurre al método etnológico, donde se hace uso de teoría científica para analizar y profundizar en la interpretación del fenómeno estudiado.
- 2 El Protomedicato era una institución española que se encargaba de fiscalizar el ejercicio de la medicina, concediendo o negando licencias para trabajar, asesorando en materia

sanitaria a las autoridades e inspeccionando las boticas de medicamentos. En Caracas, fue creada por Lorenzo Campins y Ballester, para restringir el ejercicio de los “brujos y curanderos” que quitaban prestigio a los médicos recién laureados de la Cátedra de Medicina de la Universidad de Caracas, también instituida por él en 1763 (Amodio, 1997). Ambas instituciones permitieron la formación y profesionalización de médicos criollos que actuaron como funcionarios sanitarios en las últimas décadas del período colonial.

ARCHIVOS CONSULTADOS

Archivo General de la Nación (AGN)

Archivo de la Academia Nacional de la Historia (AANH)

BIBLIOGRAFÍA

- Amodio, Emanuele. (1997). Curanderos y médicos ilustrados. La creación del Protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII. *Asclepio*, 49(1), pp. 95-129. Madrid.
- Alegría, Ceferino. (1956). Apuntes Documentales para la Historia de la Salud Pública en Venezuela. *Rev. Sal. Púb.* 2(9) . 495-560. Caracas.
- Archila, Ricardo. (1961). Historia de la medicina en Venezuela: época colonial. Caracas, Venezuela: Tipografía Vargas.
- Foucault, Michel. (1996). Genealogía del racismo. Buenos Aires, Argentina: Altamira.
- Foucault, Michel. (1998). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
- Geertz, Clifford. (1992). La interpretación de las culturas. Barcelona, España: Gedisa.
- Ginzburg, Carlo. (1994). Indicios. Raíces de un paradigma de inferencias indiciales. En Carlo Ginzburg, Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia (pp. 138-175). Barcelona, España: Gedisa.

- Goffman, Erving. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Goffman, Erving. (1998). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Golnar, Ghane; Hooman, Shahsavari; Zahra, Zare; Shirin Ahmadnia y Babak Siavashi. (2021). Social death in patients: Concept analysis with an evolutionary approach. *SSM Popul Health* (14), 1-5. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100795.
- Králová, Jana. (2015). What is social death?. *Contemporary Social Science: Journal of the Academy of Social Sciences*, 10(3), 235-248. doi:10.1080/21582041.2015.1114407.
- Leal, Ildefonso. (2014). *Libros y Bibliotecas en Venezuela Colonial (1633-1767) Tomo I*. Caracas, Venezuela: Ediciones ANH.
- Nieremberg, Juan Eusebio. (1675). *De la diferencia entre lo temporal, y eterno*. Madrid, España: En la Imprenta Real.
- Palacios, Félix. (1792). *Palestra pharmaceutica chymico-galenica, en la cual se trata de la elección de los simples, sus preparaciones chymicas y galenicas*. Madrid, España: Imp. de la Viuda de Joaquín Ibarra.
- Rodríguez, Paula. (2010). La Medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, (70), 1-27. España.
- Sánchez, Roberto. (2025). *El Real Hospital de San Lázaro de Caracas. Medicina, vida cotidiana y control social de los enfermos de lepra en la Caracas colonial (1747-1812)*. Caracas, Venezuela: Fundación Bancaribe para la Ciencia y la Cultura.
- Soriano, Cistina (1999). *Libros y lectores en Caracas durante la segunda mitad del siglo XVIII (Tesis de pregrado)*. Caracas, Universidad Central de Venezuela.