

LOS ORÍGENES DE LA LEPRO EN COSTA RICA (1784–1821)

Ana Paulina Malavassi Aguilar*

Resumen

Este trabajo analiza las tres versiones diferentes que existen sobre la introducción de la lepra en la provincia de Costa Rica a lo largo del período colonial. Se enfatiza en el estudio de los motivos que llevaron a la alta burocracia colonial a visualizar la lepra como un problema sanitario a partir de 1784. Si bien para la época la principal medida profiláctica era el aislamiento, y entre 1784 y 1820 se dieron tres intentos para construir un lazareto general, estos fracasaron por falta de recursos y porque el grueso de la población aún no había asumido totalmente la idea de contagio de la lepra, hasta el extremo que muchas familias, en la medida de sus posibilidades económicas, protegían a sus miembros enfermos. Los leprosos que terminaban como mendigos procedían de familias con recursos muy limitados y, por tanto, incapaces de asumir la manutención de un miembro improductivo. Durante la colonia la idea de excluir a los leprosos del seno de la sociedad sana fracasó; además, la condición de marginados de los leprosos era bastante relativa.

THE ORIGINS OF LEPROSY IN COSTA RICA, 1784–1821

Abstract

This study examines three different versions of how, in colonial times, leprosy made its appearance in Costa Rica. Emphasis is placed on the motives behind high colonial bureaucrats viewing leprosy, after 1784, as a sanitary problem. Quarantine was seen as the principal preventative measure and between 1784 and 1820 there were three attempts at constructing a public sanatorium. These efforts came to nought because resources were scarce and because the population at large still had little awareness of how leprosy spread, many families choosing, within their economic limits, to protect afflicted members by looking after them at home. Lepers who ended up begging on the streets came from families with very limited resources, ones simply incapable of providing for a non-productive relative. During colonial times, the notion of cutting lepers off from the rest of society failed. Besides, their disadvantaged condition was a relative one.

* Ana Paulina Malavassi Aguilar (costarricense) obtuvo su maestría en Historia en la Universidad de Costa Rica en 1998 y actualmente es profesora en las Escuelas de Historia y Estudios Generales de la misma institución. Es autora de *Marginalidad y salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en Costa Rica, 1784–1845*, de la cual el presente artículo es un extracto. Su dirección de correo electrónico es amalavas@cariari.ucr.ac.cr.

En 1820, Santiago Bonilla, Procurador Síndico de la ciudad de Cartago, alarmado por la *indiferencia* de los habitantes de la provincia de Costa Rica para tomar medidas destinadas a cortar el avance de la lepra, vaticina un futuro apocalíptico y para ello se apoya en la velocidad con que —según él— ha avanzado la enfermedad en el lapso de ochenta años. Bonilla escribió:

[Si sólo] en ochenta años ha cundido este mal en más de trecientas personas cada una de estas en igual tiempo cundirá a otras trecientas y que en el dicho tiempo habrán contagiado a noventa mil personas... en menos de ochenta años será inhabitable esta provincia que sólo pensarlo se erisan los cabellos.¹

A pesar de tan tétrica exhortación, la lepra, a diferencia de otras enfermedades epidémicas que azotan durante la colonia, tiene una leve incidencia en el ámbito político, económico y social. Debido a sus características de contagio y evolución cobra una cantidad de víctimas relativamente pequeña con respecto a la población total, según se desprende de los registros oficiales. Además, los diversos estudios que se han realizado sobre el impacto de las enfermedades infecto-contagiosas introducidas por los españoles en Centroamérica en la catástrofe demográfica sufrida por las poblaciones autóctonas nunca hacen ninguna mención de la lepra.² ¿Cuándo y dónde empieza a manifestarse la lepra en la provincia de Costa Rica? ¿Con qué velocidad se expande? ¿Cuándo y por qué este mal comienza a percibirse como un problema sanitario? ¿Qué medidas profilácticas implementa la sociedad para enfrentarlo? La resolución de esta serie de interrogantes constituye el objetivo del presente artículo.

¹ Archivo Nacional de Costa Rica (en adelante ANCR), Guatemala, No. 1162 (1820–1831), f. 2v.

² Diversos estudios atribuyen la debacle demográfica al impacto de la viruela, el sarampión, el tabardillo y otro tipo de enfermedades; al respecto véanse los siguientes ejemplos: W. George Lovell, *Conquista y cambio cultural: la Sierra de los Cuchumatanes de Guatemala, 1500–1821* (Antigua Guatemala y S. Woodstock, Vermont: CIRMA y Plumsock Mesoamerican Studies, 1990), págs. 153–194; Eugenia Ibarra Rojas, “Las epidemias del Viejo Mundo entre los indígenas de Costa Rica antes de la conquista española: ¿mito o realidad? (1502–1561)”, en *Mesoamérica* 36 (diciembre de 1998), págs. 593–618; Wendy Kramer, W. George Lovell y Christopher H. Lutz, “La conquista española de Centroamérica”, en *Historia General de Centroamérica*, 6 tomos (Madrid: Ediciones Siruela, 1993), Julio Pinto Soria, editor del tomo, II, págs. 70–90; y Noble David Cook y W. George Lovell, editores, *Juicios secretos de Dios: epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial* (Quito: Ediciones Abya-Yala, 2000).

MANIFESTACIÓN Y PROPAGACIÓN

Desde el siglo XVIII la lepra adquiere características epidémicas en un barrio ubicado al noroeste de la ciudad de Cartago denominado Churuca o Chircagres, hoy conocido como San Rafael de Oreamuno. Sin embargo, a partir de la información emanada de las fuentes primarias, resulta muy aventurado tratar de establecer el momento y las circunstancias exactas de su introducción, a lo sumo se pueden conjeturar tres posibles explicaciones.

El 24 de abril de 1664 fallece el fraile mercedario Marcos Talavera, en el Valle de Aserrí y en casa del vecino cartaginés Jerónimo Leal.³ Según certifica el 16 de marzo de 1669, en Guatemala, Rodrigo Arias Maldonado, antiguo Gobernador de Costa Rica, el arribo del religioso durante su mandato tuvo como meta “reconvalecerse... por padecer del Mal de San Lázaro en el rostro y del cual falleció”.⁴ Si bien no se sabe con exactitud cuántos años mora el presunto religioso lazarinero en estas tierras, no cabe duda que la suya no es la vida de aislamiento y sufrimiento característica de los leprosos por aquellas fechas y en otros contextos.⁵ En Costa Rica, Talavera trueca sus misales y demás obras piadosas por la actividad comercial:⁶ presta dinero, lleva pacas de harina en mula hasta Caldera, compra y vende esclavos y realiza diferentes transacciones con los vecinos de Cartago, entre otras. En fin, el mercedario se relaciona con muchas personas que, según parece, no temen trabar contratos con el leproso; en consecuencia, todavía no existe conciencia sobre el peligro de contagio. De acuerdo con la evidencia histórica, la sociable vida del mercedario no esparce el mal entre los habitantes de la provincia, porque para el siglo XVII no hay más noticias sobre leprosos en Costa Rica.

Talavera llega procedente de Panamá probablemente exiliado o quizás temeroso de ser recluido en una leprosería —si es que ya existía alguna en esas tierras— y con la esperanza de proseguir una vida normal en la provincia

³ Como dato curioso es interesante señalar que Jerónimo Leal es el principal deudor del difunto Talavera con 96 pesos y 1 real, ANCR, Mortual Colonial, No. 1286 (1664), f. 4.

⁴ ANCR, Mortual Colonial, No. 1286 (1664), fs. 50–51.

⁵ Desde el medioevo europeo los leprosos son estigmatizados como un grupo potencialmente peligroso y por ende confinados en leproserías.

⁶ Según reza el inventario realizado el 26 de abril de 1664, el acervo literario de Talavera es el siguiente: “un libro de la Tercera Orden... otro libro del desengaño de la vida... un libro de pliego entero de cosas morales... otro libro viejo de la oración mental... otro de la vida de Cristo... un misal... un libro pequeño de ejercicio espiritual... otro libro de instrucción de confesiones... otro libro viejo de las antigüedades desde las islas de la Gran Canaria... otro libro viejo intitulado monte calvario... otro libro viejo del menosprecio del mundo”, ANCR, Mortual Colonial, No. 1286 (1664), f. 3v.

de Costa Rica. Objetivo que logra, porque aparentemente la lepra aún no se conoce y consecuentemente sus habitantes son menos recelosos. Pero se pueden conjeturar otros motivos que justifican su arribo. Es muy posible que el mal del religioso sea cualquier afección cutánea menos lepra, ya que son diversos los males que se han catalogado a través de los siglos como lepra; además, por esas fechas el aislamiento es la única medida preventiva que se conoce contra la lepra que es tenida como una enfermedad incurable y altamente contagiosa, entonces es ilógico que Talavera se introdujera a Costa Rica —con la venia de las autoridades coloniales— a socavar la salud de sus moradores. Por tanto, parece que todo se reduce a un error de interpretación de Arias Maldonado y que efectivamente Talavera vino a reconvalecerse pero no de lepra, sino de una afección para la que se le pudo prescribir un cambio de clima y quizás nunca regresa al encuentro de sus hermanos mercedarios porque su cuerpo no sana o porque el éxito obtenido en el comercio lo hace olvidarse de los votos monásticos.

En mayo de 1798 el Gobernador Tomás de Acosta Hurtado de Mendoza (1797–1809) denuncia ante la Real Audiencia de Guatemala que la lepra se ha extendido peligrosamente en la ciudad de Cartago. Al referirse al origen del mal aclara que únicamente ha encontrado respuesta en la tradición oral, según la cual:

Por los años de 735 a 738 se manifestó este mal en una criada de doña Josefa del Muro, vecina de esa Ciudad, quien la puso en una casa de campo de la pertenencia de Francisco Aguirre en el Barrio llamado Churuca; y aunque con tal [sic] separación de la familia de Aguirre, no dejó de contagiarse casi toda ella, la qual contaminó a otras dos familias de aquel Barrio, y éstas la mayor parte de las que lo habitan; llegando a tanto exceso hoi.⁷

¿Quién es la supuesta criada? ¿De dónde es oriunda? ¿Cuándo muere? Estos interrogantes no se pueden contestar a partir de la información emanada del Archivo Nacional; además, existe una contradicción porque no se sabe si el dueño de la casa es Francisco Aguirre o Aguilar, ya que posteriormente Acosta menciona que la criada es llevada a la casa de Francisco Aguilar. Sin embargo, la tradición oral en pleno siglo XX es más explícita que los documentos: en 1972 la historiadora Sara Chinchilla visita Chircagres y corrobora que muchos nativos de avanzada edad aún recuerdan:

cómo, entre los antiguos moradores de esa región, era sabido el hecho de que la criada de la familia Pérez del Muro padecía de la enfermedad de San

⁷ ANCR, Guatemala, No. 740 (1806), f. 1v.

Lázaro y que ésta era *una joven traída de España*, y que no era ni india, ni mulata, ni negra.⁸

Sustentada en la tradición oral, esta explicación se perfila como la más viable para determinar cuándo y dónde aparece la lepra en Costa Rica.⁹ Sin embargo, en 1820 el procurador síndico de la ciudad de Cartago, Santiago Bonilla, plantea otra versión sobre el comienzo del mal lazarinero en la provincia. Afirma que se sabe:

por tradición que apenas hase setenta años que comensó en el varrio de Churuca. Más adelante agrega: Es notorio que son muchas las personas contagiadas en el brebe tiempo de ochenta años y que este contagio lo causó un *extrangero* leproso que se casó en dicho Barrio de Churuca.¹⁰

¿Setenta u ochenta años? La diferencia no importa, uniendo las tres versiones se tienen dos cosas en claro: la lepra aparece en Churuca y es introducida por un extranjero cuya procedencia geográfica no es tan importante como su condición foránea. La imputación de la introducción de las enfermedades a los extranjeros no es nueva en el campo de la historia de la salud e incluso ha servido a los políticos para fomentar o reafirmar sentimientos xenofóbicos en la población, tal como ha sucedido en los últimos años cuando el SIDA ha sido presentado como un invasor proveniente del Tercer Mundo que amenaza con socavar al Primero.¹¹ En este sentido, la concepción de la enfermedad como una invasión, un ataque procedente del exterior que mina la armonía de las sociedades, justifica su erradicación a través del empleo

⁸ Sara Chinchilla, “La lepra en Costa Rica: contribución a la historia de la medicina nacional” (Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica, 1972), pág. 20, énfasis agregado.

⁹ La tradición oral juega un importante papel en la estigmatización del leproso, así por ejemplo en el cantón de San Ramón “se llegó a decir que Don Julián Volio, había muerto de este mal, pues lo había contraído por una servidora doméstica, quien falleció de esta enfermedad. Lo anterior no ha podido ser probado con documentos, pero sí contado por personas entendidas y conocedoras de la historia del cantón”. Miriam Pineda González, “Cien años de salud en San Ramón” (Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica, 1979), pág. 78.

¹⁰ ANCR, Guatemala, No. 1162, f. 1, énfasis agregado.

¹¹ En *El SIDA y sus metáforas* (España: Taurus, 1996), págs. 144–145, Susan Sontag escribe: “La epidemia de sida sirve como una proyección ideal para la paranoia política del Primer Mundo. El llamado virus del sida no sólo es la quintaescencia del invasor del Tercer Mundo sino que equivale a cualquier amenaza mitológica”.

de cualquier medida profiláctica: aislamiento, cordones sanitarios y desinfección, entre otras.

Cuando una epidemia aparece es común buscar un chivo expiatorio, generalmente un elemento poco grato al grueso de la población, por ello no es extraño que cuando el cólera empieza a atacar a los norteamericanos en 1832 los grupos estigmatizados como difusores del mal sean los pobres,¹² los inmigrantes y las prostitutas.¹³ No obstante, existen también factores objetivos que contribuyen a alimentar los sentimientos xenofóbicos, como la complejidad de las corrientes comerciales y el grado de celeridad de los medios de transporte que favorecen la difusión de los agentes patógenos.¹⁴ Los habitantes de la provincia saben que los extranjeros son portadores potenciales de enfermedades, por ello son muy explícitos al señalar que la lepra es introducida por un extranjero.

Al interior de la misma provincia de Costa Rica la lepra se aprehende como una irrupción externa, un enemigo procedente de los vecindarios aledaños. En 1820, cuando el Procurador Síndico de la ciudad de Cartago solicita ayuda a los Ayuntamientos vecinos para reunir a todos los lazarinos de la provincia en un pueblo, el de Alajuela responde que está dispuesto a colaborar “a proporción del número de lazarinos que se hallan en este distrito”, aclarando no obstante que “los que se hallan en esta jurisdicción contagiados son vecinos de la ciudad de Cartago”.¹⁵ Por su parte el Cabildo de San José, aunque no oculta que la enfermedad está presente entre sus habitantes, se muestra muy molesto porque los lazarinos de Heredia están importunando en

¹² Sontag escribe: “El hecho de asociar la enfermedad con los pobres —que son, desde el punto de vista de los privilegiados, extranjeros dentro de casa— refuerza la asociación de la enfermedad con lo extranjero: con un lugar exótico, a menudo primitivo”. *El SIDA y sus metáforas*, pág. 135.

¹³ Robert M. Swenson, “Las pestes, la historia y el SIDA”, en *Historias* 21 (octubre de 1988–marzo de 1999), pág. 8.

¹⁴ Con los avances tecnológicos la difusión de los agentes patógenos se torna mucho más compleja y somete a una prueba de fuego la eficacia de las políticas sanitarias. Según Hervé Harant, *Las epidemias* (Barcelona: Oikos-Tau, 1971), pág. 79, “Por el hecho de la rapidez de los transportes aéreos, las enfermedades infecciosas que antaño tenían tiempo de declararse a bordo de los buques, hoy día ya no se manifiestan sino cuando los sujetos se encuentran integrados en una nueva colectividad. *El avión mata al lazareto*. De donde resulta una patología de importación que actualmente ha de vigilarse estrechamente y muy de cerca”. Énfasis agregado.

¹⁵ “Actas Municipales de Alajuela 1820–1823”, en *Revista del Archivo Nacional de Costa Rica* (en adelante *RANCR*) 1–12 (enero–diciembre de 1993), pág. 67

sus dominios.¹⁶ Pero la Municipalidad más explícita es la de Ujarrás, la cual alega que el trío de lazarineros que vive en su jurisdicción procede de Cartago, por tanto se niega rotundamente a colaborar con el proyecto de Bonilla.¹⁷

Lo importante no es saber la fecha y el lugar exacto de la aparición de una enfermedad, sino el momento en el cual la sociedad toma conciencia de las implicaciones políticas, sociales y económicas que conlleva la misma. En el caso bajo estudio eso sucede en las dos últimas décadas del siglo XVIII en el seno de la burocracia colonial. 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 leprosos a un punto aislado de la misma; la solicitud es aprobada el 27 de junio del mismo año. El problema de la lepra sale a la luz en un contexto caracterizado por la preocupación de las autoridades eclesiásticas de prestar socorro a los pobres a través de una institución de beneficencia: el Hospital San Juan de Dios, que el 23 de septiembre de 1784 recibe el aval de la Audiencia.¹⁸ Sin embargo, la realización de estrategias para acabar con la difusión de la lepra no es fruto de las preocupaciones sociales de la Iglesia.

A partir de 1750 la provincia de Costa Rica empieza a experimentar un incremento poblacional y económico, sustentado principalmente por un proceso de colonización agrícola emprendido por un campesinado libre que, en búsqueda de nueva tierra para labrar, empieza a desplazarse desde el Valle del Guarco hacia el oeste de la Meseta Central. Con este proceso se incrementa el excedente agrario propio de la provincia, el cual incentiva la agricultura comercial, la cría de animales, el surgimiento de nuevas poblaciones y las exportaciones a los mercados hispanoamericanos.¹⁹ En el contexto de este proceso de búsqueda de nuevos derroteros, los leprosos se constituyen en una pesada carga porque su estado físico, aunado al rechazo social, los torna en seres improductivos; de ahí que el 15 de marzo de 1784 el gobernador Flores y el Cabildo de Cartago resuelvan:

¹⁶ “Actas Municipales de San José julio 24 de 1820 a diciembre 20 de 1821”, en *RANCR* 1–12 (enero–diciembre de 1975), págs. 155–156.

¹⁷ ANCR, Guatemala, No. 1162, f. 7.

¹⁸ Eugenia Incera Olivas, “El hospital San Juan de Dios: sus antecedentes y su evolución histórica (1845–1900)” (Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica, 1978), pág. 1.

¹⁹ Iván Molina Jiménez, *Costa Rica (1800–1850): el legado colonial y la génesis del capitalismo* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1991), págs. 19–65; y Víctor Hugo Acuña e Iván Molina, *Historia económica y social de Costa Rica (1750–1950)* (San José: Editorial Porvenir, 1991), págs. 54 y 72.

que por pura necesidad y bien público se estraigan de esta ciudad y sus barrios... todos quantos se hallaren tocados ya del Mal de San Lázaro.²⁰

Dichos enfermos formarán un poblado en el punto denominado Cusó cercano al arroyo de Toyogres (inmediaciones de la ciudad de Cartago), donde podrán recibir el auxilio de sus familias si estas lo tuvieren a bien y contarán con tierra suficiente y productiva para que produzcan sus subsistencias. En términos de Foucault, la burocracia colonial está proponiendo la formación de una “comunidad pura” donde el leproso se perderá;²¹ sin embargo, como se verá más adelante, las condiciones para el éxito del exilio-clausura aún no están dadas.

La primera lista oficial de leprosos data de 1784; no obstante, es poco común encontrar este tipo de documento a lo largo del período colonial, porque las autoridades echan mano a este recurso únicamente cuando despierta en ellas el celo de deshacerse de los lazarinos. Estos listados adolecen de muchos yerros: son discontinuos en el tiempo y en el espacio, excluyen a los enfermos que han huido a los montes, omiten las características de los sujetos (sexo, edad, estado civil) y algunos son tan imprecisos que ni siquiera citan el nombre del infecto sino el del jefe de familia, en consecuencia estas estadísticas constituyen apenas una aproximación a la población lazarina. Estos registros son oficiales en la medida que son ejecutados por individuos (facultativos o empíricos) debidamente autorizados por el cabildo interesado en confirmar las sospechas de la comunidad.

En 1784 se reportan nueve casos confirmados de lepra en Churuca y se “sospecha” la existencia de otros en La Puebla, El Tejar y Taras. A estas alturas del siglo XVIII la enfermedad parece concentrarse en Cartago, puesto que ni se reporta ni se sospecha la existencia de otros allende los dominios de la capital colonial. Para 1806 se registran por lo menos 20 familias afectadas por la lepra en Cartago: una en El Arrabal, otra en Aguacaliente y el resto en Chircagres donde el número de afectados se ha incrementado significativamente. En el resto de la provincia se reportan 12 casos bastante dispersos. La dos últimas listas que se tienen para la colonia datan de 1821, pero lamentablemente sólo recogen el nombre de los enfermos cartagineses que se distribuyen así: dos en El Arrabal, seis en la Ciudad y 21 en Churuca. En síntesis,

²⁰ “Actas Capitulares de Cartago de 1777 a 1785”, en *RANCR* 1-6 (enero-junio de 1954), pág. 233.

²¹ Michael Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (México: Siglo Veintiuno, 1989), pág. 202.

durante las dos primeras décadas del siglo XIX la lepra ya está arraigada en Cartago, con su principal foco de infección en Churruga y empieza a extenderse por el resto del Valle Central; empero, la incidencia del mal es mínima con respecto a la población total.

OSTRACISMO Y ÓBOLO

Durante el período bajo estudio, en el Imperio español, dos viejas teorías explican la causa de las enfermedades: el humorismo y los miasmas. La primera es planteada por el médico griego Hipócrates (¿460–377? a. C.) y ampliada por su paisano Claudio Galeno (¿131–201? d. C.); sus seguidores sostienen que en el cuerpo coexisten cuatro partes líquidas en continuo movimiento (sangre, bilis, pituita y flema) que cuando se encuentran equilibradas son sinónimo de salud (eucracia) y cuando están alteradas provocan la enfermedad (discracia).²² La teoría miasmática propone que existen sustancias pútridas presentes en el aire y en la materia que son capaces de originar enfermedades; estas sustancias tienen complejos orígenes: la tierra, el cuerpo humano y las cloacas, entre otras.²³

En esta carrera por determinar si la enfermedad tiene causas endógenas, exógenas o es una combinación de ambas, poco a poco la noción de contagio va arraigando entre algunos observadores, aunque triunfará hasta la década de 1880 cuando el bioquímico francés Luis Pasteur y sus discípulos demuestren que existe un agente infeccioso determinado para cada enfermedad; no obstante, la identidad plena de una enfermedad se alcanza hasta que se descubre la vía por la cual se transmite.²⁴ En el caso específico de la lepra el bacilo que la

²² F. E. Moscoso Puello, *Apuntes para la historia de la medicina de la isla de Santo Domingo* (Santo Domingo: Universidad Central del Este, 1983), págs. 50–52 y 122.

²³ En *Las epidemias*, pág. 10, Hervé Harant señala que los partidarios de la teoría miasmática creían que: “Algunos vapores misteriosos que salían de las entrañas de la tierra viciaban la atmósfera. Esta ‘putridez’ no hacía más que engendrar la ‘putridez’ del organismo enfermo... Se quiso buscar incluso el reconocimiento en cada grupo de infecciones, de supuestos ‘miasmas’. Unos procedentes de los cadáveres, de las inmundicias, de las cloacas. Los otros, del hombre sano o del hombre enfermo: el miasma ‘nosocomial’ estaba acusado de provocar el tifus, diversas afecciones purulentas y la fiebre puerperal”.

²⁴ Al respecto véanse los siguientes trabajos: Esteban Rodríguez Ocaña, *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social* (Madrid: Ediciones Akal, 1992); Harant, *Las epidemias*; y Andrew Cunningham, “La transformación de la peste: el laboratorio y la identidad de las enfermedades”, en *Dynamis* 11 (1991), págs. 27–71.

produce es descubierto en 1873 y su carácter bacteriológico es comprobado seis años más tarde,²⁵ pero la identificación completa de la enfermedad es bastante reciente, porque se ha especulado mucho entre los científicos sobre las posibles vías de transmisión del mal e incluso de los tipos de lepra que existen. En consecuencia, la identidad de la lepra ha sufrido una serie de mutaciones porque el conocimiento sobre la misma es enriquecido constantemente por nuevas investigaciones que determinan los actos médicos que deben efectuarse para combatirla.

Antes de la revolución bacteriana, la prevención —canalizada a través del aislamiento y la cuarentena— se torna en la principal medida profiláctica adoptada por los gobernantes para prevenir o combatir las enfermedades infecto-contagiosas. En este sentido, la exclusión del leproso se justifica en términos culturales,²⁶ no se sabe qué produce la lepra pero se sospecha que su propagación se puede evitar cortando todo contacto del enfermo con la comunidad sana. La política de confinamiento en leproserías es ensayada tempranamente por los colonizadores españoles en el Nuevo Mundo debido a la presencia de una importante cantidad de enfermos; de ahí que, desde 1513 funcione el Hospital de San Lázaro en Cartagena de Indias, que según parece aloja a gran cantidad de proscritos, porque al poco tiempo de su apertura, por real disposición, se le concede la renta del derecho de anclaje de los navíos y, en 1610, se abre el nuevo Hospital de San Lázaro de Cartagena. La atención a los internos en estas instituciones es muy deficiente.²⁷

La imposición del exilio-clausura en la provincia de Costa Rica es un proceso complejo e sin acabar. Entre 1784 y 1821 se presentan tres proyectos

²⁵ El médico noruego Armauer Hansen (1841–1912) descubre el agente causante de la lepra en 1873 y seis años después, influido por los experimentos de Robert Koch, demuestra la naturaleza bacteriológica de la lepra, hallazgo que es reforzado en el mismo año por los experimentos del médico alemán Albert Neisser (1855–1916). *Crónica de la medicina* (Barcelona, España: Plaza y Janes Editores, 1993), pág. 310.

²⁶ En *Inutiles au monde: Truands et misérables dans l'Europe moderne (1350–1600)* (París: Editions Gallimard/Julliard, 1980), pág. 223, Bronislaw Geremek sostiene que “la actitud se explica como una medida de defensa contra una enfermedad peligrosa y misteriosa”.

²⁷ 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, Boyaca: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 1972), págs. 105, 149 y 154. El autor no especifica ni la fecha ni la fuente de donde toma el dato sobre la concesión del derecho de usufructo sobre las rentas producidas por el impuesto de anclaje. La atención a los internos es tan insuficiente que en 1756 el Cabildo de Cartagena acusa a los doctores del Hospital de San Lázaro, Bernabé Guillén y Francisco Javier Pérez, por tener abandonados a los enfermos.

destinados a desterrar de la vida pública a los leprosos confinándolos en una “comunidad pura” alejada de los principales centros de población. En 1784 el Gobernador Juan Flores ordena extraer todos los leprosos existentes en la ciudad de Cartago y sus barrios hacia un pueblo (ocho casas) que ha mandado edificar para ellos en Cusó. Su objetivo es muy claro: poner término a una “epidemia contagiosa que se va propagando con notable perjuicio”.²⁸ En nombre del bien público, corresponde a todos los indios y ladinos de los pueblos y barrios de Cartago correr con los costos de la preparación y la fabricación de las ocho casas pajizas que, tal como denuncian los afectados el 25 de octubre de 1786 ante Luis Blanco Desasido, juez encargado de pedir cuentas a Flores de sus acciones:

nunca fueron habitadas ni se logró el éxito que se decía y... solas y deciertas se perdieron y arruinaron.²⁹

En el juicio de residencia los afectados valoran las pérdidas en 320 pesos y exigen la satisfacción a su trabajo; empero, el fallo de la Real Audiencia emitido el 20 de octubre de 1794 es favorable a Flores,³⁰ el “bien público” termina imponiéndose. Varios factores se conjugan en el fracaso del proyecto del gobernador. La infraestructura que se diseña no reúne los requisitos mínimos para la habitación de seres humanos: apenas recién construidas las casas se inundan y, aparte de tierra para cultivar, no se ofrece al enfermo el acceso a ningún otro tipo de servicio (iglesia, mercado, curandero). Asimismo, se está obviando que si el deterioro físico de los enfermos es muy avanzado no podrán usufructuar la tierra que se les ofrece. Por otra parte, las ideas de contagio prevalecientes en la época determinan que no se puede establecer un pueblo de lazarinos en un punto que quede a barlovento de los centros de población para evitar que la brisa transporte la “peste” y, precisamente, Cusó queda a barlovento de Cartago.³¹

En las postrimerías del siglo XVIII la noción del contagio de la lepra apenas empieza a calar entre la mayoría de la población; por tanto, el aislamiento aún no se vislumbra como una necesidad y de ahí que los tres fallidos proyectos de exclusión partan del seno de la alta burocracia colonial. El guber-

²⁸ ANCR, Municipal No. 465 (1784), f. 23.

²⁹ ANCR, Cartago No. 814 (1786), f. 1.

³⁰ ANCR, Cartago No. 1096 (1794), f. 165v.

³¹ Véase la explicación que da Tomás de Acosta sobre la ubicación del pueblo propuesto por Flores en “Expediente sobre la lepra en Costa Rica: años de 1798–1814”, en *RANCR* 5–6 (marzo–abril de 1939), pág. 230.

nador Tomás de Acosta, desde 1798 y hasta su muerte en 1810, intenta infructuosamente obtener permiso de la Audiencia para fundar un pueblo de lazarineros en la Candelaria. Este proyecto es bastante interesante porque, a diferencia del de Flores, plantea la construcción de un pueblo mejor diseñado donde un capellán *in situ* prestará auxilio espiritual a los leprosos y durante dos años, mientras estos se organizan y se ponen a cultivar la tierra, la comunidad sana les suministrará granos y ganado. El proyecto de Acosta se malogra por entramamiento burocrático, puesto que durante 16 años (1798–1814) espera providencia en la Real Audiencia. Mientras tanto, los miembros del Protomedicato guatemalteco se toman su tiempo para discutir el plan y, el 28 de agosto de 1807, dictaminan, sin conocimiento de causa y guiados únicamente por los relatos de Acosta, que como la lepra ya casi está extinguida en Europa:

la lepra producida entre corto número de vecinos de la Ciudad de Cartago, no es de calidad contagiosa y... por lo tanto no es temible su propagación.³²

En 1820 el procurador síndico de Cartago, Santiago Bonilla, cuyas palabras se citan al principio de este artículo, propone solicitar ayuda a los Ayuntamientos de Ujarrás, San José, Heredia y Alajuela para reunir a todos los leprosos en un punto común alejado de los centros de población. Bonilla justifica su preocupación con base en la obligación que tienen los cabildos de velar por la salud de sus vecinos,³³ aunque en el fondo su objetivo es netamente económico:

sino se toman los medios pronto y eficaces de contener este contagio... en pocos años ninguna otra provincia admitirá tener comercio ni comunicación alguna con la de Costa Rica temerosas de quedar sumerjidas en el mismo contagio.³⁴

El fracaso del plan del procurador síndico va más allá de la “indolencia” que tanto pregona. Bonilla, al igual que Flores y Acosta, sustenta su oferta en el recurso a la caridad cristiana; es decir, a falta de recursos estatales para hacer frente al problema, se apela a la tradición católica de brindar ayuda al meneste-

³² de Acosta, “Expediente sobre la lepra en Costa Rica”, pág. 245.

³³ Según el artículo 321 de la Constitución de Cádiz (1812), es obligación de los Cabildos velar por la salubridad de los vecindarios como por el buen funcionamiento de las instituciones de beneficencia.

³⁴ ANCR, Guatemala No. 1162, f. 9v.

roso y desvalido. Con esto se pretende no sólo financiar cada uno de los proyectos sino despertar entre la población un sentimiento de exculpación: cada vecino al colaborar, en la medida de sus posibilidades, estará cumpliendo con la obligación cristiana de dar limosna y a la vez estará quedando libre, junto con su descendencia, de la amenaza de la lepra.³⁵ Pero el discurso persuasivo de Bonilla no logra calar entre los habitantes de Cartago y aún menos en el resto de la provincia. Las suscripciones son mínimas porque probablemente los habitantes de Costa Rica prefieren seguir buscando la salvación eterna a través de los métodos tradicionales (fundación de capellanías, donaciones a cofradías, pago de misas y compra de bulas de la Santa Cruzada)³⁶ conformándose con desterrar al leproso de los vecindarios.

La negativa del pueblo a colaborar tiene causas todavía más profundas que deben buscarse en la estructura socioeconómica de la colonia. Si bien el proyecto de Tomás de Acosta no se materializa por la falta de visión del Real Protomedicato, probablemente, si hubiera sido aprobado, también hubiera fracasado porque sus exigencias van más allá de las posibilidades reales de la provincia. Para ayudar a mejorar las condiciones del destierro Acosta propone, el 31 de mayo de 1798 en su exposición a la Real Audiencia, que durante dos años se exigirá:

más que una cabeza de cada ciento, así como del ganado bacuno como del mular y cavallar, y una fanega de cada cincuenta de los granos que se cosechen.³⁷

Durante el período bajo estudio la escasez de alimentos básicos se torna cíclica debido a las características estructurales del mercado interno: imperio de la agricultura de subsistencia con un excedente escaso que por diversos medios es atrapado por los exportadores, de ahí que el abastecimiento interno

³⁵ ANCR, Guatemala No. 1162, f. 2v.

³⁶ Las diversas vías de reparación de las transgresiones a la ley divina, con miras a alcanzar la gloria y las bienaventuranzas eternas, utilizadas por los cartagineses del siglo XVII son analizadas por Carmela Velázquez: “Las actitudes ante la muerte en el Cartago del siglo XVII” (Tesis de maestría, Universidad de Costa Rica, 1996), págs. 151–177. El trabajo de Arnaldo Moya, “El rito mortuorio en el Cartago dieciochesco”, en *Revista de Historia* 24 (1991), págs. 23–52, complementa en alguna medida el anterior. Marvin Vega Blanco, “Las capellanías en Costa Rica: siglos XVII y XVIII”, en *Revista Asogehi* 2 (julio–diciembre de 1996), págs. 167–191, analiza someramente la lógica que rige estas fundaciones y su impacto socioeconómico y al final ofrece tres valiosos listados cronológicos con los nombres de los fundadores de dichas instituciones.

³⁷ “Expediente sobre la lepra en Costa Rica”, pág. 231.

deba procurarse por medios coactivos.³⁸ En estas circunstancias es ilusorio creer que las loables exigencias del gobernador pudieran concretarse. Por su parte, Bonilla va más allá y solicita dinero. El 25 de septiembre de 1820 el procurador síndico sugiere a los otros miembros del Cabildo cartaginés “abrir una subscripción voluntaria en que cada vecino se obligue a contribuir cada mes qual con un medio real, qual con un real y qual con más o menos según su plicable”.³⁹ Sin embargo, la petición se da en un contexto caracterizado por la escasez de dinero;⁴⁰ de ahí que no falte el suscriptor que, en vez de reales, ofrezca alimentos o animales; asimismo, aunque son muchos los oferentes son muy pocos los que al final entregan su contribución.

En una época caracterizada por la abundancia de tierras, el destierro o la expulsión de los infectos a lugares remotos, es asumido por las autoridades coloniales como la medida más adecuada para tratar de acabar con un problema que científicamente no tiene salida. En ese sentido, cada uno de los proyectos señalados tiene como meta la formación de comunidades lazarias autosuficientes subvencionadas por familiares y particulares. La disponibilidad de tierra también favorece el imperio de las políticas locales. Aunque los intentos para formar un “lazareto general” fracasan, los cabildos buscan la manera de expulsar a los leprosos de sus dominios, siempre con la idea de recargar en los particulares su sostén. En 1820 el Cabildo de Ujarrás planea desterrar, al sitio llamado Navarro, a tres familias leprosas que han llegado procedentes de Cartago y “convida al vecindario para que allude con su persona o numerario”.⁴¹ Por su parte, el Ayuntamiento josefino desde hace algún tiempo viene confinando a sus leprosos en Pavas donde viven en condiciones deplorables en espera del auxilio de las almas caritativas.

Para que el exilio-clausura sea efectivo es imprescindible —tal como lo sostiene Geremek— garantizar a los leprosos “los medios de subsistencia que los aisle de las aglomeraciones”,⁴² las autoridades coloniales están conscientes

³⁸ Al respecto véanse los trabajos de Patricia Alvarenga Venutolo, “Crecimiento económico y crisis agrícolas: estudio del abastecimiento de la ciudad de Cartago 1700–1821”, en *Costa Rica colonial* (San José: Ediciones Guayacán, 1989), págs. 105–138; y “Resistencia campesina y formación del mercado de bienes básicos. Cartago, 1750–1820”, en *Revista de Historia* 31 (enero–junio de 1995), págs. 41–65.

³⁹ ANCR, Guatemala No. 1162, f. 2.

⁴⁰ Iván Molina Jiménez, *Comercio y comerciantes en Costa Rica (1750–1840)* (San José: EUNED, 1992), págs. 35–44.

⁴¹ ANCR, Municipal No. 445 (1820), fs. 6v–7.

⁴² Bronislaw Geremek, *Les marginaux parisiens aux XIVe et XVe siècles* (Paris: Flammarion, 1976), pág. 193.

de ello pero fracasan por las razones ya apuntadas. A falta de un sitio apropiado para su confinamiento, la exclusión de los leprosos se torna ambigua: mientras algunos son desterrados por sus familias otros son protegidos por estas y, en tanto unos cuentan con los recursos suficientes para subsistir, otros están precisados a implorar la caridad cristiana. El mendigo leproso es un miembro más de la sociedad colonial, un proscrito que paradójicamente obtiene su alimento de las migajas de la comunidad que lo ha expulsado. Durante la colonia los lazarineros aún están muy lejos de llegar a constituirse en una comunidad pura y aislada y el exilio-clausura es una fantasía.

LOS LEPROSOS Y EL CONTROL SOCIAL

El chisme entre la comunidad y la denuncia por las autoridades del barrio (celadores) constituyen los principales métodos para detectar la presencia de los leprosos. La desgracia de padecer una lesión cutánea o el simple hecho de ser descendiente o pariente de un leproso crea recelo en la comunidad y propicia las habladurías hasta el extremo que cualquiera puede formular sus inquietudes al celador del barrio, quien se encargará de elevarlas al cabildo, órgano responsable de nombrar las comisiones destinadas a examinar a los sospechosos. Así por ejemplo, en 1821 en el vecindario josefino se presume que Fructuoso Jiménez es leproso porque, aparte de presentar “lacrinas cutáneas” y falta de cejas, “muchos” de sus familiares —se afirma— han sufrido la enfermedad; alguien —cuyo nombre no se da a conocer— lo denuncia ante el cabildo,⁴³ el cual encarga al licenciado Benigno Castro la tarea de confirmar o desterrar las sospechas. El dictamen favorece a Fructuoso que es declarado sifilítico.⁴⁴

Los tres proyectos destinados a crear un sitio para recoger a los lazarineros, si bien no suscitan una cacería humana, refuerzan temporalmente los controles existentes. Es significativo que las listas que se tienen de leprosos se hayan elaborado al calor de la discusión de esos planes, cuando los gobernadores y los cabildos recuerdan con mayor insistencia a los celadores un fragmento de sus obligaciones: vigilar la sanidad del barrio y denunciar a los sospechosos de padecer lepra y a quienes se relacionen con ellos.⁴⁵ Obviamente esta política

⁴³ ANCR, Municipal No. 485 (1819–1821), f. 49.

⁴⁴ “Actas Municipales de San José. Julio 24 de 1820 a diciembre 20 de 1821”, en *RANCR* 1–12 (enero–diciembre de 1975), págs. 178, 183 y 185.

⁴⁵ En la sesión del 6 de octubre de 1820 los cabildantes de San José, luego de lamentarse por el avance de la lepra, acuerdan encargar “á los vecinos y á los Pedáneos que deben cuidar de la sanidad de su respectivo barrio... [y denunciar] los que sepan o

fomenta el celo comunal hasta el extremo de prestarse para canalizar o provocar disensiones de carácter personal; por lo mismo, no es extraño que el Cabildo josefino oculte el nombre de los delatores de Fructuoso para tratar de evitar futuras rencillas.⁴⁶

¿Lograría algún enfermo escapar a la vigilancia y al chisme? Difícilmente, pero al no existir un leproario (el primero se inaugura en febrero de 1833) muchos leprosos continúan conviviendo con sus familias. En 1784 en casa de Tomás Granados, celador de Churuca y encargado del proyectado Barrio de San Lázaro, vive una leprosa: su hija Polonia.⁴⁷ ¿Qué pasa con esta mujer luego del fracaso del proyecto del gobernador Flores? Probablemente se queda en su casa a pesar de las quejas de los vecinos, si es que las hay. A estas alturas, para la mayoría de los pobladores de la provincia, la noción del peligro de contagio es muy vaga y más bien se impone la protección, si no el ocultamiento, en el seno del hogar. Del mismo modo, a pesar de las diversas medidas que se implementan para obligar a los lazarinos a abandonar los poblados, algunos las obvian, tal es el caso de Ana Alvarado. El Cabildo de Cartago en sesión celebrada el 9 de julio de 1821 acuerda, como lo había hecho antes en otros casos de lepra y tisis:

se de a las llamas todos los despojos y casa en que vivía Ana Alvarado, que ha fallecido es estos días de resultas de su enfermedad lazarina... en precaución de que sus despojos y casa no contagien al restante del pueblo.⁴⁸

¿Quiénes son los leprosos? Al respecto las fuentes primarias son sumamente parcas, en escasas ocasiones se da el nombre del enfermo, características como edad, estado civil, etnia, oficio, posición económica e incluso a veces el sexo son una incógnita para el investigador. A pesar de todo la deducción permite clarificar algunos puntos. Para el siglo XVIII la distribución étnica y espacial de la población de la Provincia de Costa Rica ya se ha definido: el Valle Central es el asiento preferido de los criollos y de los mestizos; numéricamente los últimos superan a los primeros. Aunque el sector occidental del

tengan noticia se hallan contagiados en la población o en comunicación con ella”, en ANCR, Municipal No. 485, f. 26v.

⁴⁶ Para el período colonial no se tiene noticia de denuncias fomentadas por el afán de venganza, pero para una etapa posterior sí.

⁴⁷ ANCR, Guatemala No. 483 (1784–1841), f. 1.

⁴⁸ Comisión Nacional del Sesquicentenario de la Independencia de Centro América, *Actas y correspondencia del Ayuntamiento de Cartago 1820–1823* (San José: Imprenta Nacional, 1971), pág. 92.

Valle alberga la mayor parte de la población, es en Cartago —la capital provincial— donde el prejuicio que conduce a la separación étnica-espacial se manifiesta en todo su esplendor.⁴⁹ Presumiendo que la lepra hubiera sido introducida por una criada española, se declara en plena ciudad capital y en el seno de una importante familia de comerciantes criollos. La reacción no se hace esperar, la enferma es desterrada a un reducto de mestizos: Chircagres, donde todos los moradores —según opina Tomás de Acosta en 1806— son “gentes de campo”.⁵⁰ Con la adopción de esa medida se espera dejar libre a la ciudad de Cartago, asiento principal de españoles y criollos de un mal que, no obstante, se extiende por la periferia: Churuca, Tejar, Arrabal, etc. entre mestizos, pardos y criollos pobres, hasta alcanzar la capital así como Alajuela, Heredia y San José.

Si bien no existe una predisposición étnica a contraer la lepra, esta se asienta entre las etnias predominantes en el Valle Central: mestizos y criollos. La comunidad lazarina, durante la Colonia, no reporta miembros indígenas; por lo menos, eso es lo que se desprende de las estadísticas oficiales, lo cual se explica por lo reducido de la población indígena y por su relativo aislamiento de los focos de infección. En 1786 los indígenas de Quircot, forzados por Juan Flores a colaborar en la construcción del barrio de San Lázaro, expresan durante el juicio de residencia contra el ex gobernador que: “nosotros y nuestro pueblo estamos mui distantes de los contagiados [lazarinos] que por ello no esperábamos algún daño”.⁵¹

En 1820 el Cabildo de Ujarrás manifiesta que en la villa no hay ningún caso de lepra autóctono,⁵² en tanto que el de Escazú declara que entre sus moradores no hay ladino o indio contagiado de lepra.⁵³ Cartago es el principal foco de infección; de modo que, no resulta extraño que en 1820 los lazarineros que habitan en Alajuela sean “vecinos en la ciudad de Cartago... que... tienen bienes propioz, con los que se han mantenido y pueden mantenerse en lo

⁴⁹ Sobre la distribución étnico-espacial de la población durante la colonia véanse los siguientes trabajos: Molina Jiménez, *Costa Rica (1800–1850)*, págs. 60–65; Elizabeth Fonseca Corrales y Claudia Quirós, “Economía y formación de las estructuras agrarias”, en *Desarrollo institucional de Costa Rica: de las sociedades indígenas a la crisis del 30* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1991), págs. 138–139; y María de los Angeles Acuña y Doriam Chavarría, “El mestizaje la sociedad multirracial en la ciudad de Cartago (1738–1821)” (Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica, 1991), págs. 144–167.

⁵⁰ “Expediente sobre la lepra en Costa Rica”, pág. 234.

⁵¹ ANCR, Cartago No. 814, fs. 22v–23.

⁵² ANCR, Municipal No. 445, f. 7.

⁵³ ANCR, Guatemala No. 1162, f. 5.

sucecibo”.⁵⁴ Esto demuestra que no todos los leprosos terminan como mendigos; algunos continúan con sus actividades agrícolas y comerciales hasta que el avance de la enfermedad lo permita; en tanto que, otros encuentran protección en sus familias. Los infectos que huyen de Cartago hacia la jurisdicción de Alajuela poseen, según reza la memoria de la sesión del municipio alajuelense verificada el 17 de octubre de 1820:

ganadoz, lleguas, y mulas... veinte o treinta caballerías... que tienen suyas propias, y aún cerradas la mayor parte de ella... estoz curten cueros de todas claces, hacen sapatoz, botas, cabesadas en cuero y serda; siembran arroses, frigoles, mayses y hacen queso y... lo ban á expender todo a la villa de Eredia, San José y Cartago.⁵⁵

Importante comunidad de ganaderos, agricultores y artesanos cuya producción va más allá del autoabastecimiento. Obviamente esta próspera actividad comercial despierta temor en el Cabildo alajuelense, ya que sus miembros creen que si los leprosos continúan con sus prácticas comerciales en “pocos días” habrán contagiado a toda la sociedad.⁵⁶ En consecuencia, los lazarinos tienen el derecho y la obligación, para que la comunidad sana descargue de su manutención, a trabajar para sí, pero no para los demás. La situación de estos leprosos cartagineses residentes en Alajuela en 1820 no dista mucho de la de sus homólogos neogranadinos a finales del siglo XVIII, según se desprende del relato de Pedro Fermín de Vargas quien, al analizar las precarias condiciones de salud de la población, observa que en Nueva Granada 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.⁵⁷

¿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

⁵⁴ ANCR, Municipal No. 444 (1820), f. 22v.

⁵⁵ ANCR, Municipal No. 444, f. 22v.

⁵⁶ “Actas Municipales de Alajuela. 1820–1823”, en *RANCR* 1–12 (enero–diciembre de 1993), pág. 67.

⁵⁷ Pedro Fermín de Vargas, “Memoria sobre la población del Reino”, en Pedro Fermín de Vargas, editor, *Pensamientos políticos y memoria sobre la población del Nuevo Reino de Granada* (Santa Fe de Bogotá: Biblioteca Popular de Cultura Colombiana, 1944), págs. 89–91, citado por 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 *Quiju* 3: 3 (septiembre–diciembre de 1986), págs. 315–316.

un mal tenido por “asqueroso”?⁵⁸ ¿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 o de burócratas cartagineses con algún barniz intelectual o por lo menos con un conocimiento empírico en materia de salud como Tomás de Acosta?⁵⁹ Ensayar 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 porque 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.

El siguiente razonamiento, aunque burdo, explica la suerte de la comunidad de leprosos cartagineses asentada en Alajuela: en las inmediaciones de la ciudad de Cartago se encuentra el principal foco de infección de lepra, por ende en la capital colonial el celo burocrático y comunal es mayor ante la difusión de un mal cuyas lacras son palpables, pero en Alajuela la lepra aún es un problema desconocido; esto da confianza a un grupo de enfermos, fastidiados de sopor-tar la vigilancia y el desprecio de sus vecinos, para emigrar a aquellas tierras en

⁵⁸ 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”. José Celestino Mutis, *Estado de la medicina y de la cirugía en el Nuevo Reyno de Granada en el siglo XVIII y medios para remediar su lamentable atrazo* (Santa Fé de Bogotá: Biblioteca Nacional, Sección Libros Raros y Curiosos, 1801), Manuscrito 169, folios 388–395, citado por Quevedo y Zaldúa, “Antecedentes de las reformas médicas”, pág. 316. El Procurador Síndico Santiago Bonilla considera igualmente que la lepra es un mal asqueroso y así se lo comunica al Cabildo cartaginés el 25 de septiembre de 1820: “Esta enfermedad es la más asquerosa, las más temible, la más lastimosa y la más contagiosa”, en ANCR, Guatemala No. 1162, f. 1.

⁵⁹ 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 vuelapluma”, en *Revista de Costa Rica en el Siglo XIX* (1902), pág. 255.

procura de su subsistencia, topando con tan buena suerte que les queda un excedente para mercar. Pero 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 lejos del Valle Central donde 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 supervivencia, emprenderían el camino del éxodo familias enteras en unión de sus miembros enfermos?

Las peripecias de este particular grupo de leprosos cartagineses da 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. En Cartagena y más allá de sus fronteras todavía queda la posibilidad de buscar refugio.

En Costa Rica, mientras unos leprosos sólo pueden aspirar a subsistir de las migajas de la caridad cristiana —como los confinados al paraje de las Pavas—⁶⁰ otros corren con mejor suerte. En octubre de 1784 cuando el profesor de cirugía Gregorio García efectúa los primeros reconocimientos de lazarineros en Cartago, comprueba que —tal como sospechaban las autoridades locales desde hacía varios días— Felipe Jiménez, vecino de Chircagres, casado con María Arias e hijo de Manuel Jiménez, está contaminado de la “epidemia lasarina”.⁶¹ De la mortual del padre de Felipe, fechada en 1795, se desprende información muy valiosa. Felipe expira antes que su padre, aunque en fecha indeterminada; sin embargo, cuando este último fallece, los cuatro hijos de Felipe (Manuel Joseph, Carlos, Raphaela y Florencio) aún son menores de edad, por lo cual se infiere que Felipe muere relativamente joven. El caudal de Manuel Antonio Jiménez asciende a 29,759 pesos y 6 reales, correspondiendo a los deudos de Felipe 318 pesos y 2 y medio reales. En

⁶⁰ El 19 de marzo de 1819 los cabildantes josefinos convienen en socorrer a “los apestados de San Lásaro confinados en las Pavas” con el fruto de una limosna voluntaria que será recaudada por el Procurador Síndico Manuel Alvarado. ANCR, Municipal No. 485, f. 47.

⁶¹ ANCR, Guatemala No. 483, fs. 1 y 5v.

la hijuela se incluyen 57 pesos que se le habían adelantado al difunto ¿acaso como auxilio durante la enfermedad? El resto de la herencia está compuesto por un platanar en Poás, ganado, un telar, instrumentos de labranza, un arpa, una carga de algodón y otros bienes.⁶² Aunque no se sabe cual es la suerte de Felipe una vez que se le dictamina la lepra el 10 de octubre de 1784, se puede intuir, por el monto de la fortuna de su padre —nada despreciable para la época— que no muere en condiciones de miseria. Sus hijos quedan bajo la tutela del abuelo. La solidaridad familiar se impone a la asistencia social, la cual de por sí aún no existe.

Las listas de lazarinos para el período colonial, aunque no permiten analizar el avance de la lepra por sexo y edad, dejan claro que el mal afecta tanto a hombres como a mujeres y que, en algunas ocasiones, más de un miembro de la familia puede estar afectado e incluso se dan casos en que una familia entera es declarada lazarina. El contagio es propio del contacto continuo pues durante la colonia la exclusión es más teórica que práctica.

CONCLUSIÓN

A falta de una institución sanitaria que permita retirar del seno de la comunidad sana al enfermo de lepra, la exclusión ordenada contra éste se torna relativa y ambigua. La muerte social es innegable: el lazarino no puede asistir a los actos religiosos libremente, no puede aspirar a ser miembro del Cabildo o guardián de su barrio, no puede ir a la taquilla ni a la gallería, la visita al mercado queda vedada; en fin, su vida social sufre una metamorfosis. Sin embargo, no es extraño que algunos enfermos, a pesar de la oposición del vecindario, hagan caso omiso de la expulsión decretada, permaneciendo en sus casas y propiedades. Pero tampoco falta el leproso que emigra a otros lugares en busca de mejores horizontes o el menesteroso que ronda por los pueblos implorando una limosna.

En la teoría, todos los lazarinos —sin excepción— deben ser expulsados de los poblados; en la práctica, el que tiene recursos económicos propios o encuentra apoyo en su familia permanece y el pobre y desamparado se va, aunque cada día regrese a solicitar las migajas de la caridad cristiana. El exilio-clausura fracasa debido a la debilidad de los poderes públicos, que impide crear los mecanismos básicos para formar y sostener un lazareto general, dando paso a las iniciativas locales que se reducen a la simple expulsión de los poblados sin ninguna garantía de auxilio material o espiritual. El contacto prosigue.

⁶² ANCR, Mortuales Coloniales No. 865 (1795), fs. 10v–12.