

***SALUD Y REPÚBLICA:* DE LA SALUD CÍVICA A LA SALUD PLANETARIA A TRAVÉS DEL LAZARETO**

Oriol Farrés Juste

Universitat Autònoma de Barcelona

oriol.farres@uab.cat

<https://orcid.org/0000-0001-7634-1096>

Ester Massó Guijarro

Universitat de Granada

ester@ugr.es

<https://orcid.org/0000-0002-4535-4748>

Recibido: 20 marzo 2024; Devuelto para correcciones: 5 junio 2024; Aceptado: 13 diciembre 2024

Salud y república: de la salud cívica a la salud planetaria a través del lazareto

Política y Ética de la Salud Pública (PID2023-148517NB-I00, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades). ESPACIOS. ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA (RED2022-134551-T, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades). LIBERESP-Laboratorio de Ética y Salud Pública Iberoamericana (623RT0148, Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo). ATLAS Bioethic Center. Grupo de Investigación "Bioética y éticas aplicadas" de la Universidad de Oviedo (GR-2023-00010).

La situación internacional pospandémica demanda una revisión holística en el Antropoceno sobre el concepto de *salud pública*. Se presenta una investigación interdisciplinar (desde la antropología histórica) sobre su origen mismo en los lazaretos, entendidos como espacios de contención epidémica a la par que de confinamiento y excepcionalidad. Tras una aproximación narrativa a la noción de lazareto, se plantea una mirada genealógica de las pioneras iniciativas salubristas en la República de Venecia (XIV y XV), con la construcción del primer lazareto y como precursor paradigmático en la gestión cívico-republicana de la salud poblacional. Seguidamente se aborda, con una perspectiva interseccional, la condición esencialmente ambigua de los lazaretos (como interregno entre la autodefensa y la discriminación), tomando como estudios de caso el lazareto mediterráneo de Maó y ciertos enclaves coloniales (XVIII a XX), por la importancia histórica que se mostrará del mismo; concluyéndose al fin la exigencia normativa de transitar de un concepto de *salud pública* (desde el de *salud cívica*) al de *salud global*. Esto es, se tratará de partir del *antecedente* de "salud cívica" (en el caso veneciano) para mostrar su arborización histórica en el de salud pública (siglo XIX) y el de salud global en la actualidad.

Palabras clave: salud pública, republicanismo, lazaretos, interseccionalidad.

Salut i república: de la salut cívica a la salut planetària a través del llatzeret

La situació internacional postpandèmica exigeix una revisió holística en l'Antropocè sobre el concepte de salut pública. Es presenta una investigació interdisciplinària (des de l'antropologia històrica) sobre el seu origen mateix en els llatzerets, entesos com a espais de contenció epidèmica alhora que de confinament i excepcionalitat. Després d'una aproximació narrativa a la noció de llatzeret, es proposa una mirada genealògica de les primeres iniciatives "salubristes" a la República de Venècia (segles XIV i XV), amb la construcció del primer llatzeret com a precursor paradigmàtic en la gestió cívico-republicana de la salut poblacional. A continuació, s'aborda, des d'una perspectiva interseccional, la condició essencialment ambigua dels llatzerets (com a interregne entre l'autodefensa i la discriminació), prenent com a estudis de cas el llatzeret mediterrani de Maó i certs enclavaments colonials (segles XVIII a XX), per la seva importància històrica que es demostrarà; concloent finalment amb l'exigència normativa de transitar d'un concepte de salut pública (des del de salut cívica) cap al de salut global. És a dir, es tractarà de partir de l'antecedent de "salut cívica" (en el cas venecià) per mostrar la seva arborització històrica en el de salut pública (segle XIX) i el de salut global en l'actualitat.

Paraules clau: salut pública, republicanisme, llatzeret, interseccionalitat.

Health and Republic: From Civic Health to Planetary Health Through the Lazzaretto

The post-pandemic international situation calls for a holistic reevaluation of the concept of public health in the Anthropocene. This article, rooted in historical anthropology, examines its origins in lazarets, which served as spaces for epidemic containment, confinement, and exceptionality. After a narrative exploration of the 'lazzaretto' notion, a genealogical perspective on early public health initiatives in the Republic of Venice (14th and 15th centuries) is presented, highlighting the construction of the first lazaretto as a paradigmatic precursor in civic-republican management of population health. Subsequently, an intersectional examination of the inherently ambiguous nature of lazarets (as an interregnum between self-defense and discrimination) is conducted, with case studies including the Mediterranean lazaretto of Maó and certain colonial enclaves (18th to 20th centuries). This culminates in the normative demand to shift from a concept of *public* health (from *civic* health) to *global* health, in line with the One-Health approach.

Keywords: public health, republicanism, lazarettos, intersectionality, One-Health.

De las “ciudadelas de los fantasmas” a ESPACyOS: el lazareto de Maó como clave para un interrogante

*No ha perdido de vista un momento,
que la salud pública es la suprema ley
de todas las personas civilizadas*
(Discurso preliminar del reglamento
de los Lazaretos de Observación;
siglo XVIII; en Balsalobre 2002, 208)

Desde hace unos años, el hermoso e imponente Lazareto de Maó¹ (situado en una especie de meta-isla en la bocana de su puerto, concretamente frente a Es Castells y su incomparable bahía de Calasfonts), ha acogido la celebración de las citas anuales de ESPACyOS² (Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social), una red interdisciplinar (aunque eminentemente filosófica) que nació al calor de la pandemia por coronavirus en 2020. Estas reuniones, a su vez, suceden en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca, encuentro que desde hace ya más de treinta años convoca en el Estado español las reflexiones contemporáneas más novedosas sobre ese concepto fundamental que es la salud pública.

Qué mejor sitio que un antiguo lazareto (y no uno cualquiera, no: uno de los más emblemáticos de las costas mediterráneas) para suscitar estas reuniones. De hecho, algunos de nosotros no pudimos quedarnos impasibles ante el lugar mismo donde, a la sazón, se celebra *tal* Escuela y *tal* encuentro de *tal* red: un antiguo lazareto, absolutamente impresionante (por su turbadora belleza, natural y arquitectónica, y su más que fascinante historia), y digno de reflexión en sí mismo. Una *meta-reflexión* sobre el entorno en sí, sobre la salud pública y su origen ligado a estos enclaves de aislamiento, estigma y derechos, todo a la vez. Esas “ciudadelas de los fantasmas” (Perdiguero-Gil y Vidal 2010), como han sido llamados los lazaretos, que epitomizan en cierto modo el paso de un concepto de salud *cívica* (en el mejor de los casos, para el de las repúblicas medievales del Adriático) a uno de salud *pública*, en su plena vigencia del siglo XXI.

Todo ello cobra especial relevancia en un momento todavía post-pandémico, en el que aún lidiamos con reacciones y consecuencias internacionales ante algo que fue tan inesperado como devastador en muchos sentidos; algo que, entre otras cosas, implicó un confinamiento global, como si la “aldea global” se hubiera convertido de la noche a la mañana en un “lazareto global”, nunca antes conocido, inédito y transformador en sí mismo. Sabemos además que la pandemia de coronavirus, “sindemia” mejor (Calcaterra et al. 2022), implica un análisis profundo sobre las

¹ Se respeta el nombre original en catalán, Maó, prefiriéndose a su castellanización de “Mahón”, y pese a que en las fuentes en castellano es habitual encontrarlo de tal modo (sí se respetará la forma “Mahón” cuando se incluya en una cita literal, como es preceptivo).

² <https://espacyoscom.weebly.com>

interconexiones de flujos y dinámicas culturales-naturales en el Antropoceno; nociones y perspectivas como la de One-Health (“Una sola salud”) (Elnaiem et al. 2023) conllevan hoy en día mucho más que un desiderátum o una apuesta política: se han impuesto como una necesidad planetaria, y puesto que ya no cabe pensar en un bienestar (salud o sanidad, en su visión holística) de animales (humanos y no humanos) y medioambiental (ecosistémico) sino desde su radical interdependencia.

Pero, ¿cuál fue ese primer lazareto conocido? ¿Cómo transitamos de un lazareto original a la salud pública hoy? El de Maó fue el último construido de la tanda que inauguró el primero, el de la república de Venecia, la llamada “Serenísima” (Delogu 2022, 33). Una *república*, nada menos: no en vano ligado el origen de la salud pública a esta concepción de la *res publica*, la cosa pública.

Pero, naturalmente, los lazaretos no se han erigido solamente en repúblicas ni han estado necesariamente vinculados a una concepción republicana de esta dimensión socio-sanitaria. Antes bien, encontramos jugosos y significativos ejemplos de lo contrario, que mostraremos aquí desde un prisma interseccional y decolonial: cómo los lazaretos son, eran también, una suerte de particulares interregnos a caballo entre el estigma y el derecho social (el confinamiento, el refugio, la autoprotección de las poblaciones). Esta ambivalencia va a ser particularmente marcada en enclaves coloniales o pseudocoloniales, donde la raza, la clase y el género adquieren un carácter de marcador de desigualdad especialmente interesante para nuestra reflexión.

El objetivo de este texto³ es así, doble: tras un epígrafe introductorio de breve aproximación a qué es un lazareto (a modo de revisión narrativa sintética), se presenta, *en primer lugar*, un epígrafe temático que trata del primer lazareto conocido en el pionero caso de la República de Venecia, el origen republicano de los lazaretos (como símbolo de la “salud cívica”) o, dicho de otro modo, el desiderátum republicano en el origen de los lazaretos, como epítome simbólico del cuidado político de la salud; *en segundo lugar*, como colofón y a raíz de la tesis principal, analizaremos el carácter ambiguo de los lazaretos (en tanto espacios de aislamiento sanitario) como una suerte de interregno antinómico y espacio liminar, desde el ejemplo paradigmático (con que inicia la andadura de este trabajo) del lazareto de Maó, hasta el abordaje con mirada interseccional (género, clase, raza) de algunos ejemplos significativos de lazaretos en determinados contextos coloniales (Brasil, Senegal, Australia). El afán último es, partiendo del énfasis en el origen republicano de los lazaretos como aquel epítome simbólico del nacimiento de un concepto de salud pública (vinculado precisamente a un confinamiento durante una epidemia), transitar a lo largo de la historia mundial a una hermenéutica mucho más ampliada, ya no de salud pública (desde aquella salud cívica de la Serenísima), sino a un

3 Esta investigación ha sido realizada como antropología histórica, con fuentes y documentos de archivo y bibliografía temática al uso, al tratarse de un análisis teórico sobre el pasado con una mirada, sobre todo, desde la antropología y la filosofía política.

concepto de salud global y salud planetaria, desde la perspectiva del One-Health (Elnaiem et al. 2023). Todo ello deviene crucial en un contexto ya marcado para siempre por la pandemia de coronavirus.

Breve historia y contexto de los lazaretos marítimos

*[...] la libre comunicación de ayres;
único remedio para que el contagio no
se comunique de unos a otros*
(Pedro Nolasco Ventura. Memoria
facultativa, Madrid 1802, en
Balsalobre 2002, 214)

El origen de los lazaretos en la Edad Moderna (siglos XV-XVIII) se vincula directamente con la concepción de la higiene no solamente como cuestión de responsabilidad individual, sino con una dimensión social, pública y medio ambiental (Mansilla et al 2020). Su función y su estructura misma obedece al objetivo del confinamiento “para controlar las epidemias que llegaban a través del comercio exterior de ultramar” (Gutiérrez y Giménez 2020, 152); en palabras de Perdiguer-Gil (en Perdiguer-Gil y Vidal 2010, 10), los lazaretos constituyen la expresión más sofisticada de este tipo de precauciones.

Si bien ha habido lazaretos en muchos lugares del globo, los de Italia y España⁴ destacaron por su trascendencia económica y política (ibíd.). Por otro lado, estas barreras defensivas de los distintos países y enclaves, que en un inicio se organizaron aisladamente, a partir del siglo XIX se establecieron “con un plan de colaboración y coordinación que dio origen a la llamada Higiene Internacional” (Pastor 1943, 512).

En puridad, se llama lazareto a “hospital, o edificio con unas funciones similares, aislado para tratar enfermedades infecciosas. La palabra proviene del italiano “lazzaretto”, llamado así el primer hospital para leprosos fundado en Italia bajo la advocación de San Lázaro y gestionado por la orden de San Lázaro” (Gutiérrez y Giménez 2020, 152); el nombre como tal, lazareto, constituye una corrupción de “Lázaro” (el arquetípico leproso resucitado del Nuevo Testamento) y “Santa María de Nazaret” (Laza-ret) (la isla donde se construyó el primero).

En términos de Balsalobre, lazareto es:

un recinto aislado y cercado, donde se insertan diversos pabellones o construcciones más o menos separadas. Su finalidad es, primero, la de acoger a las personas y mercaderías, que llegan de lugares infectados por el contagio de esos sitios y a la de personas o cosas a las que se han acercado, y segundo que, una vez en ese lugar, sean observados, según la patente, durante un cierto periodo de tiempo (Balsalobre 2002, 204)

⁴ Nos referimos a las zonas y regiones que hoy son así conocidas, con estos nombres y como Estados (pluri) nacionales, ya que en realidad supone un anacronismo referirse a España o Italia como tales en el siglo XV, incluso hasta mucho después.

“Patente” es la forma específica de la época de denominar algo así como un “pasaporte sanitario”, pero se refiere específicamente a las cuatro disposiciones (separadas estrictamente en espacios distintos) típicas de los lazaretos: *limpia*, *sospechosa*, *tocada* y *sucia* (en términos menos dramáticos, también se los distingue como “lazaretos de observación, de detención, espera y cuarentena” -Ochoa 2008, 100-), lo que se vinculaba por la salud o el contagio en el lugar de salida (Balsalobre 2002, 211), existiendo incluso un protocolo riguroso por el que los barcos debían anunciarla con banderas: bandera blanca para la *limpia*; amarilla para la *tocada*; bandera amarilla y negra en su longitud para la *sospechosa* y, finalmente, y amarilla con un globo negro en el centro para la *sucia* o *apestada* (Balsalobre 2002, 211) (cf. también Chircop, 2018; Booker 2007).

Porque nos estamos refiriendo específicamente a los lazaretos llamados marítimos, es decir, los que se ubicaban fuera de tierra firme (generalmente en islas cercanas a la costa), y no a otros lugares de confinamiento establecidos en el interior⁵. Por esto era importante que los barcos anunciaran de lejos el estado de las cosas y personas que transportaban. Se trataba de establecer un cordón sanitario (“fortaleza sanitaria” -Vidal 2014- es otro término usado en ocasiones, al que regresaremos después) para proteger a la población local de posibles contagios venidos de ultramar:

Se planteaba como base que las precauciones contra la importación de los contagios deben empezar en el mismo origen de estos, por ello era necesario que en los puertos los responsables sanitarios diesen una especie de pasaporte sanitario o patente de sanidad a todas las embarcaciones, nacionales o extranjeras, mercantes o de guerra, que naveguen para los puertos de España en ambos hemisferios (Balsalobre 2002, 210)

Las *personas* (casi siempre hombres, porque de facto lo eran los marinos, y ya que tratamos sobre todo de marina mercante; en todo caso los diseños arquitectónicos muestran que siempre se previó una estricta separación de sexos -Balsalobre 2002, 217-) y las *mercaderías* que debían ser confinadas un tiempo en un lazareto eran clasificadas estrictamente en función de aquellas patentes, y se debía observar un riguroso respeto a los espacios para cada cual. El origen de la distribución espacial de los lazaretos enraíza directamente, por cierto, en la teoría miasmática de Hipócrates, Galeno y Sydenham (ibíd.).

Destacan también interesantes estudios acerca de la particular arquitectura en sí misma de los lazaretos, sobre todo en su diseño típico de los siglos XVIII y XIX (Balsalobre 2002), que nos instan a reparar en su pura definición arquitectónica: “de

5 “Que estas instalaciones se construyeran en los puertos y se destinaran únicamente a recibir a los viajeros y a las mercancías que llegaban a través de las fronteras marítimas de un país, y que no hubiera ninguna instalación similar en las fronteras terrestres, se debe al hecho de que en este último caso era prácticamente imposible un control total y no merecía la pena ningún tipo de esfuerzo” (Vidal 2014, 4).

gran belleza, con hermosos patios centrales y diseños muy amplios, en lugares abiertos y con vegetación, donde el aire pudiera circular libremente y a la vez se pudiera comunicar entre patos interconectados” (ibíd.). De hecho, se dice que todo el saber de la época se puso al servicio de la construcción del mejor lazareto; en cuanto a su planificación territorial: “El lazareto, las cuarentenas, las zonas de excepción, los lugares eternamente tocados, etc., crearon, ya fuera en la realidad o en el imaginario colectivo, un plano y una imagen del mundo muy concreta que conviene poner de relieve” (Bonastra 2006, 11; cf. Bonastra 2010).

Por otro lado, deviene fundamental reparar en que la opción por un lazareto suponía costes reales y problemas añadidos para las ciudades, que hubieron de enfrentarse a:

[...] la pérdida del comercio exterior, al rechazo de las demás ciudades, a la censura por parte de los gobiernos de la época, a crisis generadas por hambrunas y muchas muertes, ya que las enfermedades se seguían propagando por estas ciudades. También se enfrentaron a que los médicos y especialistas de cierto rango no quisieran ir a estos lugares por miedo al contagio (Gutiérrez y Giménez 2020, 153)

Y es que, a la sazón, los lazaretos no hacían milagros: era sabido que servían más para salvaguardar a los sanos que para curar realmente a los posibles enfermos, ante los que no se sabía muy bien cómo actuar. Se los aislaba y se curaban solos, en el mejor de los casos. Apenas había personal médico, frente al más numeroso de control militar y de servicios básicos. Los lazaretos obraban, literalmente, de cordones sanitarios y hasta de *fortalezas sanitarias*, con ese término (Vidal 2014); no en vano se las describe con un lenguaje no exento de connotaciones claramente castrenses, entre otras (trataremos de este asunto con mayor detenimiento más adelante).

En cuanto a estudios específicos de distintos lazaretos: para su historia y referencia al primero en Venecia, véase Pastor (1943) o Malagnini (2020) (aparte de todas las referencias del próximo epígrafe, que profundiza en ello); también Bonastra (2006) alude a la primera experiencia en Ragusa, Liorna o Marsella; allende los mares (y ya que cada casuística geográfica e histórica posee sin duda un interés contrastivo singular), véase Ochoa (2008) y Bejarano (2017) para lazaretos en Colombia; Muñoz (2019) y Mansilla et al. (2020) para Chile; para el caso de Gran Bretaña, véase Froggatt (2012); Medeiros da Silva (2013) para Brasil (que también será motivo de reflexión ulterior en este texto); véanse Juckes et al. (2013) y Youngberry et al. (2013) para el caso paradigmático de la isla de Peel en Nueva Zelanda (ídem que el anterior).

A continuación, y tras esta sintética revisión sobre el concepto de lazareto, acometeremos el asunto del origen republicano de los lazaretos y otras políticas sanitarias pioneras en el marco de la Venecia tardomedieval.

Salud y república: el origen republicano de los lazaretos como símbolo de la salud pública

La Salud Pública, como práctica, tiene un origen defensivo que se remonta al menos a las experiencias catastróficas medievales en relación con la peste; como disciplina científica su aparición está vinculada al descubrimiento de la población como activo del Estado, establecida sin marcha atrás desde el siglo XVIII

(Rodríguez, en Herrera 2011, 256)

Remontarse a los orígenes históricos del concepto de salud pública es ilustrativo. Por trivial que sea afirmarlo, la verdad es que la preocupación (y ocupación) política por la salud de las poblaciones no ha existido desde siempre. Y es que a menudo damos lo presente tan por sentado que nos parece necesario e inevitable, natural. Es lo que desde la filosofía se conoce como *naturalización*, que equivale a pasar por alto el carácter contingente de nuestras construcciones culturales –y de todo tipo– más logradas, en el sentido de más generalizadas, envolventes y eficaces. Pues bien, la salud pública se inventó. O, mejor dicho, se *tuvo que* inventar. Disponemos de la fecha y el lugar exactos de dicho acontecimiento. 27 de julio de 1377, Ragusa (ahora Dubrovnik, Croacia): estos son el día y la república en que, por primera vez en la historia, se estableció un periodo de aislamiento (treinta días) para bienes y hombres que llegaban por barco a la ciudad. El aislamiento se efectuaba en islotes (Mrkan, Bobara y Supetar) de la costa dálmata, enfrente de Ragusa. Los venecianos no tardaron en imitar tal procedimiento, añadiendo diez días a la treintena para formar la ya más conocida “cuarentena”.

Pero poco vale un dato sin su contexto. Preguntémonos: ¿qué es lo que empuja a una colectividad a organizarse *políticamente* para hacer frente a la enfermedad y promocionar su salud? ¿Y por qué justamente esto sucedió en Ragusa y poco después en Venecia? La respuesta nos lleva a un escenario que nos resultará familiar: epidemias y confinamientos. Si el mundo en el siglo XXI ha conocido los devastadores efectos de la COVID 19, el siglo XIV europeo sufrió los estragos de la peste negra. Por ser de suyo inexactas, las comparaciones deben tomarse con cautela. La mortalidad del bacilo de la peste (*Yersinia pestis*) en la Edad Media fue muy superior a nuestro coronavirus (*SARS-CoV-2*), como también fueron harto diferentes las condiciones de transmisión de ambas enfermedades, su propagación y el éxito en su contención. Ola tras ola (1348, 1360, 1369 y 1375), la peste negra se acabó cobrando la vida de un tercio de los habitantes de Europa y un porcentaje significativo de los de Asia; en cambio, a nivel mundial, la COVID 19 hasta ahora ha implicado un total de casi siete millones de muertes, 6.960.783 según datos de la OMS a 4 de octubre de 2023, lo que supone una cifra que apenas llega a un uno por ciento

de la población del mundo. Son cantidades enormes, casi inimaginables; aun así, el alcance de una y otra pandemia es sin duda distinto.

En realidad, el caso de la peste negra marca un antes y un después en la historia de la sanidad occidental. Y esto es así no sólo por sus consecuencias en términos de vidas humanas, sino también por las medidas que se adoptaron para “luchar” contra la enfermedad (si es que la metáfora conceptual de origen bélico es aceptable). Dos son los planos en que se puede rastrear la respuesta a esta crisis sanitaria, y ello sin movernos del mapa de las ciudades libres medievales y renacentistas de Italia. El primer plano lo podría representar el *Decamerón* de Boccaccio: en el relato que sirve de marco a las narraciones que contiene esta obra clásica, se lee que una *brigata* de siete mujeres y tres hombres, todos nobles, huyen de Florencia para escapar de los horrores de la peste que asola la ciudad (supuestamente en su primera ola de 1348). Se refugian en el campo, en una villa alejada del peligro: un perfecto *locus amoenus*. Y allí, gozando del ocio, se contarán sus cuentos para pasar el rato, reponerse y olvidar el sufrimiento ocasionado por la muerte negra. La literatura, de este modo, testifica algo que los epidemiólogos sociales conocen como a la palma de su mano: el efecto de los determinantes sociales en la distribución de contagios en toda epidemia, esto es, el gradiente social de la enfermedad (Marmot y Wilkinson 2005). Y es que los aristócratas y burgueses florentinos, por más que también morían por la peste, no morían igual, es decir, en la misma proporción, que los pobres y plebeyos (Bowsky 1971, 32). Pero el segundo plano es el que ahora nos interesa. Puesto que en él se puede examinar la formación de respuestas a la crisis que trascienden los azares personales y la convierten –de hecho pero también de derecho– en un asunto “público”.

No es nada casual que esto ocurriese precisamente en instituciones políticas llamadas “repúblicas”. Ragusa, Venecia o Génova eran, de entrada, potencias comerciales marítimas, cuyos mercaderes viajaban al este (por entonces llamado “Levante”) para adquirir las materias primas que luego manufacturaban en sus dominios y vendían a sus numerosos clientes. La hipótesis de que el bacilo de la peste viajó por mar desde Caffa (Crimea) está ya historiográficamente confirmada: fueron los genoveses los que llevaron el agente patógeno a Europa desde este asentamiento portuario del Mar Negro; y a partir de Génova, la peste se propagó por toda Europa siguiendo las rutas del comercio, de puerto en puerto y de ciudad en ciudad hasta abarcar el continente entero. Las vías por mar fueron también determinantes en las sucesivas olas de esta y otras epidemias, como la de la sífilis durante el siglo XVI en Venecia. Los centros económicos del Mediterráneo y el Adriático estaban, en consecuencia, severamente expuestos a enfermedades contagiosas graves que a menudo suponían auténticos descalabros. Por ello, la organización política de estas ciudades, su diseño institucional, jugaría a la larga un papel determinante en la implementación de *seculares* y pioneras medidas de prevención, control y erradicación de las infecciones. Merece una atención especial este solapamiento

entre el ámbito de la salud y el político, siendo Venecia, la Serenísima República de Venecia, un claro paradigma del florecimiento moderno de lo que vamos a llamar “salud cívica”.

Aquí será necesario contextualizar un poco más. En la disciplina de la historia del pensamiento político, el revival republicano (Pocock y Skinner) ha puesto en el foco la experiencia cívica de las ciudades libres del *Regnum italicum*, la franja que se ubicaba entre el Sacro Imperio Romano Germánico y los Estados Pontificios, en el norte de Italia medieval. Es dentro de este espacio cerrado y cercado que germinaron unos arreglos institucionales que celebraban tanto su independencia como su autogobierno: ora popular, ora oligárquico. Las “repúblicas” italianas fueron una alternativa factible a las monarquías nacionales y los estados centralizados (Francia y luego España) que marcaron la pauta de la edad moderna europea. Venecia, de hecho, tuvo el privilegio de ser la república más duradera, no cayendo hasta 1797 en manos de Napoleón. Casi mil años de soberanía ininterrumpida. Las demás repúblicas fueron anexionadas a otras potencias o bien dominadas por dinastías y príncipes que socavaron sus elementos participativos. Pero Venecia no; ella duró y perduró. Si en el siglo XIV el término “república” todavía tenía el viejo significado de “cualquier forma de gobierno legítima”, en el XV ya designa claramente “un gobierno no monárquico”⁶. La clave y autoconciencia de estas disposiciones políticas autónomas, en el caso de los venecianos, se halla reflejada prodigiosamente en el *De magistratibus et republica Venetorum* (1543) de Gasparo Contarini.

El libro de Contarini comienza con una definición de ciudad o *res publica* digna del más ferviente humanismo cívico: “una ciudad es más que sus murallas y casas. (...) La ciudad es específicamente el sistema y la forma de gobierno por la cual los hombres alcanzan una vida feliz” (1:1). Resuena, en este paso, la *Política* aristotélica con su énfasis en la vida política (βίος πολιτικός), dentro de la polis o ciudad, cuyo fin no solo es el mero vivir (o sobrevivir), sino el vivir bien, la buena vida y vida buena a la vez. Pero tal finalidad no puede alcanzarse en cualquier régimen de gobierno. Debe cumplirse una condición esencial. Contarini señala que bajo la constitución republicana de Venecia “todos y cada uno son ciudadanos y hombres libres”. Esto es: hombres libres en tanto que ciudadanos y ciudadanos en tanto que hombres libres. ¿Pero realmente *todos y todas* gozaban de esta condición? No, por supuesto que no. La *Serenissima* era una república aristocrática, un “sistema de exclusión masiva” (Dahl 2004) que dejaba fuera a las mujeres, los extranjeros⁷ y, desde las rígidas reformas de 1297, toda la masa plebeya y popular. Cabe advertir, pues, que la

6 Hablamos de un sistema donde el principio de igualdad todavía predominaba frente al de distinción (al menos en parte); el triunfo del segundo frente al primero terminaría de decantar, siglos después, el sistema representativo frente a la democracia, que fueron considerados dos sistemas intrínsecamente distintos durante mucho tiempo (cf. Manin 1998).

7 Aunque estos, los extranjeros, podían ser naturalizados si habían hecho “algún servicio notable a la República” (Contarini) como muestran las palabras de Otelio en la tragedia veneciana de Shakespeare: “I have done the state some service” (Othello, 5. 2. 348).

ciudadanía era un privilegio restringido a unos pocos, una minoría selecta compuesta por familias patricias inmensamente ricas. Ahora bien, antes de despachar el régimen por oligárquico y alejado, en consecuencia, de nuestros planteamientos democráticos actuales, es oportuno llamar la atención sobre el funcionamiento que regulaba la relación entre ciudadanos de pleno derecho. Ello nos puede brindar una luz instructiva.

La República de Venecia era un complejo sistema de suerte y elección (o en palabras de Sabetti, *chance and choice*) en las elecciones a los cargos oficiales, un sistema engrasado de tal forma que evitaba el ejercicio arbitrario del poder. El gobierno no estaba centralizado en una sola instancia soberana; dicho en palabras de Contarini, no existía “un único centro de autoridad con la última palabra sobre los asuntos públicos.” (4:73). La razón de ello es obvia: “tal es nuestra humana disposición que aquellos que detentan el poder no se conducen bien a menos que estén controlados por otra autoridad.” (5:98). El diseño institucional véneto era algo así como una “virtud mecanizada” (Pocock) o un “ángel artificial” (Harrington) que embridaba el uso arbitrario y discrecional del poder político. El resultado se cifraba en términos de libertad (republicana). Sostiene Quentin Skinner a propósito de *De magistratibus et republica Venetorum* de Contarini:

If you wish to preserve your freedom under government, you must therefore ensure that you institute a political order in which no prerogative or discretionary powers are allowed. If and only if the laws rule, and you yourself give consent to the laws, can you hope to remain free from dependence on the will of your ruler, and consequently free from servitude. The inflammatory conclusion towards which these writers [Contarini y sus traductores y seguidores ingleses] are drawn is thus that, if you wish to live ‘in a free state’, you must be sure to live in a self-governing republic. As a result, they begin to describe such polities not merely as states by contrast with monarchies, but more specifically and more invidiously as free states by contrast with the dependence and slavery allegedly imposed by every form of kingly rule (Skinner 2009, 334).

Venecia se proyectaba, por consiguiente, como una república en sentido estricto: un entramado institucional que, “con su igualdad proporcionada en el gobierno” (Contarini), garantizaba la libertad de sus ciudadanos y la *grandeza* de su imperio. Tal es el famoso “Mito de Venecia” que se difundió por toda Europa a partir del siglo XVI. Sobre este mito –en el sentido de relato paradigmático que invitaba a su imitación– Pocock ha escrito lo siguiente: “The myth of Venice (at its most mythical) was to lie in the assertion that the Venetian commonwealth was an immortally serene, because perfectly balanced, combination of the three elements of monarchy, aristocracy, and democracy.” (Pocock 1975, 102). El principio monárquico (encarnado en el *Doge*), el principio aristocrático (encarnado en el Senado) y el principio democrático (encarnado en el *Consiglio Maggiore*) se equilibraban y limitaban recíprocamente. No se trataba de un sistema político interclasista, sino de la organización en tres partes de una misma clase formada por la nobleza y la alta burguesía venecianas. Es, en suma, la idea del régimen mixto, que se remonta a

Aristóteles, Polibio y Cicerón. Los humanistas cívicos italianos elogiaban este modelo por su moderación y capacidad de contener los excesos del poder arbitrario o absoluto, de impedir la tiranía. Y Venecia era la autoproclamada heredera de este acervo clásico.

Hasta aquí se han descrito muy sintéticamente las características de la República veneciana desde un plano *institucional*. Falta, empero, el plano *interaccional*. ¿Cómo se relacionaban (*entre ellos* y no solo con las leyes) los ciudadanos de la *Serenissima* en la esfera pública? ¿Cómo se suponía que tenía que ser el magistrado? ¿Qué virtudes debía poseer y practicar? Imposible responder a estas preguntas sin pasar por la retórica, el arte de la palabra. No olvidemos que la alternativa a la fuerza bruta es, claro está, la persuasión. En el Consejo o en las sesiones del Senado, el ciudadano, por encima de todo, hablaba y argumentaba. Trataba de convencer, explicar y explicarse. Aspiraba a brillar y deslumbrar con el ejercicio de la elocuencia. Pero, lejos de las pretensiones académicas de sus contemporáneos de otras ciudades, los venecianos estimaban la retórica por su utilidad práctica (Cox 2003, 670). A la retórica puramente ornamental de la tradición romana imperial (inspirada en Quintiliano) y a la tradición escolar (inspirada en Cicerón), venecianos como Ermolao Barbaro, en la carta de 1489 a su compatriota Marco Dandolo, por ejemplo, oponían las habilidades, importantísimas para el orador (*in orator capitalia*), de la *insinuatio*, el *consilium* y el *ductus*. Aparte de la exigencia ética de ser un buen ciudadano, se reclamaban, además, cualidades técnicas fruto de la práctica, como el estilo oblicuo (*insinuatio*) cuando era necesario en los exordios, el buen juicio (*consilium*) y la capacidad de liderar (*ductus*). La retórica era un arte cívico muy real, absolutamente fundamental para los miembros de la República. Tanto es así que un decreto del Senado de 1468, para justificar la financiación pública de dos plazas de profesor de oratoria, afirmaba que el estudio de la retórica era muy útil cívicamente “porque es crucial en los asuntos públicos” (*quia oratoria facultas rebus publicis maxime necessaria est*, Senato, Terra, reg. VI, f. 42v. En Cox 2003, 676).

La combinación entre *instituciones republicanas* e *interacciones retóricas* constituye el marco de referencia en el cual eclosionó la gestión cívica de la salud en la Venecia de los siglos XIV y XV. No hace falta decir que ello no ocurrió de la noche a la mañana, sino que fue el resultado de un proceso complejo, accidentado y de largo aliento. Las primeras medidas sanitarias de la República fueron puramente reactivas y ad hoc. En plena crisis de la peste de 1348, se instituyó por orden del Senado un nuevo órgano burocrático que con el tiempo se convertiría en el *Magistrato alla Sanità*, el primer cargo político en Europa dedicado expresa y exclusivamente a cuestiones de salud cívica. Al principio, no obstante, este cargo era provisional y a menudo debía bregar con el Senado por cuestiones financieras, puesto que no era raro que se le retirasen los fondos. Por aquel entonces el Ducado de Milán aventajaba a la República véneta en cuanto a disposiciones sanitarias. Con las nuevas oleadas de

la peste, sin embargo, las iniciativas de los venecianos en materia de salud se fueron fortaleciendo. El ejemplo más significativo de ello es el de los lazaretos.

El término “lazareto” es de origen veneciano, como por cierto lo es también el término “gueto”. Un lazareto era, inicialmente, un espacio aislado en el que se confinaban los enfermos de la peste o la lepra con tal de evitar los contagios en la ciudad:

On 28 August 1423, during the umpteenth plague, the Venetian Senate established a facility for the sheltering and isolation of people suffering from plague and leprosy and the isolation of plague victims, staffed by State personnel. A real *cordon sanitaire* to protect Venice from epidemics arriving from outside. At a time when charity and assistance were managed by the clergy, the Republic therefore founded the first highly isolated hospital using the island of Santa Maria di Nazareth, which bore the name of the pre-existing hermit convent. The name of the place was changed to Nazaretum, Lazaretum and finally to ‘Lazaretto’. This name was later adopted by similar structures in the West on the Venetian model (Vicentini et al. 2022, 117).

Este de 1423 fue llamado “*Lazzaretto Vecio*” cuando se creó el “*Novo*”⁸ (en una colina frente a la isla de *Sant’Erasmo*) en 1468. Aunque como ya se ha dicho al inicio de este apartado las primeras islas de contención y confinamiento aparecieron en Ragusa, fue la República de San Marcos la que finalmente, a ojos del mundo, se adjudicó todo el mérito. Y fue copiada por doquier, según Delogu (2022, 33):

The system was expanded with the creation of the Lazzaretto Nuovo in 1468 and soon imitated by other cities: in Livorno with the lazarets of San Rocco (1590) and then of San Giacomo (1648) and San Leopoldo (1775); in Naples with the lazaret of Nisida (1626); in Dubrovnik (1642); in Genoa with the lazarets of Foce del Bisagno (1656) and of Varignano (1724); in Nice (1669); in Valletta with the lazarets of Marsamxett (1683); in Cagliari (1720); in Valencia (1721); in Trieste with the lazarets of San Carlo (1721) and Santa Teresa (1769); in Ancona (1733) and in Menorca (1793).

Según un dicho veneciano de la época, “el alma del comercio es la salud”. En los años inmediatamente anteriores a la creación del *Magistrato alla Sanità*, la legislación referente a la salud estaba a cargo del Senado y el *Collegio* (Haag 2021, 21). Así pues, fue en el interior del intrincado sistema veneciano de poderes que las primeras iniciativas “salubristas” tuvieron lugar. La imposición de tales medidas, por tanto, era siempre temperada y controlada por un mecanismo de pesos y contrapesos. Este sistema, si bien por un lado dificultaba y ralentizaba la tarea legislativa, por otro lado le confería garantías republicanas, una pátina de seguridad jurídica y la posibilidad de revisiones, debates y revocaciones. Entre las instrucciones de estos órganos para impedir contagios, se cuentan la prohibición a los ciudadanos de asistir a las ferias de la región de Treviso (1437); el bloqueo de determinados barcos, tripulación y cargamentos; la expulsión de extranjeros sospechosos de haber contraído la peste (1461, 1471 y 1478); la contratación de *pizzigamorti* que, jugándose

⁸ Ambos términos, “Vecio” y “Novo”, están escritos en el dialecto veneciano.

la vida, retiraban los cadáveres de las calles (Crawshaw 2012; ver también Malagnini 2020); el cierre de algunas áreas territoriales o iglesias; el registro de los índices de mortalidad (1423); o la *persuasión*, por parte de dos patricios (Pietro Valier y Francesco Foscarini) nombrados ex profeso por el Senado, a los enfermos de la peste para que se confinaran en el lazareto (1447).

No fue hasta el año 1485, con el decreto del Senado en fecha de 7 de enero, cuando se instituyó una magistratura para lidiar con los problemas de salud, el *Magistrato alla Sanità*. Por primera vez en la historia, se formalizaba por completo una tutela pública de los asuntos relativos a la salud de los ciudadanos. Estos cargos políticos se consolidaron definitivamente en el aparato burocrático veneciano en el 1490, cinco años después de su creación. La gravedad de las sucesivas epidemias de peste, sífilis y malaria tuvo un gran peso en esta evolución administrativa. En 1497, el ciudadano veneciano Marino Sanuto elogiaba la magistratura de sanidad en su diario: “tomaron muchas medidas para que la ciudad no se infectase” (Sanuto, *I diarii*, 1, col. 836 [11 de diciembre de 1497]). ¿Pero en qué consistía exactamente esta nueva función?

The Health Magistrate was chaired by three *provveditori* and two *sopra provveditori*: these five members were not doctors but were politically appointed. The core of the Magistrate was political and administrative: a jurist oversaw this part. There was also a medical component represented by the *protomedico del Magistrato* (the “archiater of the Magistrate”) and by a surgeon. The tasks and prerogatives of the Magistrate were extensive. The health officials had to prevent epidemics, by implementing control on the mobility of people and goods. To do this, the Magistrate controlled a network of information (Delogu 2022, 25).

La magistratura también tenía prerrogativas judiciales y “policiales”, y además emitía *Fede* o *Patente di Sanità* (parecidas a nuestros pasaportes COVID) para que los ciudadanos venecianos no contagiados estuvieran autorizados a desplazarse por el territorio. Ciertamente, la historia de la intervención de la República sobre la salud es antigua: pensemos que ya en el año 1258 el Gobierno comenzó a regular la actividad de las Artes conocidas como la de la *medicina* y la de los *speziali* (farmacéuticos). Los siglos XIII, XIV y XV, vistos a partir de esta perspectiva, constituyen en Venecia un arco que va desde meras disposiciones tímidas, singulares y anecdóticas hasta regulaciones estables, compactas y rigurosas en materia de salud. Pero lo interesante aquí es que las decisiones sanitarias no son fruto de un poder desvinculado de las leyes, sino que están plenamente sujetas a la ciudad y a sus órganos políticos. El “arquiatre” (*protomédico*), pongamos por caso, que en las cortes absolutistas era el médico personal del rey, en la República de San Marco estaba volcado enteramente a la salud “cívica” (esto es, *de los ciudadanos*). Y con el tiempo, el cuerpo colegiado del *Magistrato alla Sanità* fue ganando más protagonismo en tareas proactivas de prevención, saneamiento de las aguas y control de los alimentos que ya recuerdan mucho más a nuestros ministerios de sanidad contemporáneos. Lo asombroso es que los venecianos tuvieron algunos éxitos en la contención de las

epidemias mediante inversión pública y planificación urbana (mediante lazaretos, por ejemplo), a pesar de que se desconocía el origen de las enfermedades infecciosas y aún no se habían descubierto los microorganismos.

Tengamos en cuenta que la primera explicación acertada y moderna de los contagios, que atribuía su causa a los llamados *fómites* (que prefiguran ya los gérmenes), fue obra de Girolamo Fracastoro en su *De Contagione et Contagiosis Morbis* (1546). La hipótesis en cuestión se formuló en la Universidad de Padua, que en aquel tiempo era parte de la República de Venecia (Small 2020). Una mentalidad tan práctica como la veneciana no podía pasar por alto la necesidad de formar en filosofía natural y lógica (las ciencias del momento). De hecho, con anterioridad se había sufragado públicamente una Escuela de estas disciplinas en el Rialto (1408), en el corazón del distrito financiero de la ciudad (Cox 2003, 668). Sin estas iniciativas públicas de formación científica, los descubrimientos de Fracastoro quizá nunca se hubieran podido llevar a cabo. Del mismo modo que sin la política preventiva de la República tampoco se hubiera podido desplegar un concepto suficientemente potente de “salud cívica” con evidentes parecidos de familia con nuestro actual concepto de “salud pública”. En resumidas cuentas, no se puede negar que:

The study of the history of public health in the *Serenissima* Republic can then provide the insights for the scientific community of today on the role that public health has played and will play in the medical professionals' cultures in this increasingly globalized world” (Bizzotto et al. 2011).

Para concluir, la República de Venecia fue pionera en la historia de la salud pública. Giulia Delogu (2022, 8) afirma que, en aquel contexto, la salud devino *pública* “en el sentido de ser una tarea del Estado”. Ahora bien, a la vista de lo referido en el presente artículo, esta tesis debe ser matizada en dos sentidos. En primer lugar, en efecto, todo depende de lo que entendamos por “Estado”. El caso de la *Serenissima*, ciertamente, ilustra una responsabilidad de los aparatos estatales para con la salud de la población. Ello se muestra con toda claridad por el hecho de que la competencia eclesiástica sobre los hospitales y la provisión de recursos y apoyo a los enfermos fue severamente disputada en el área de Venecia. Ahora bien, esta Ciudad no era un estado cualquiera: se trataba de una “república”, esto es, de poderes articulados de tal forma que, al menos desde un punto de vista *normativo*, no parasitaban ni dominaban a sus ciudadanos, como era característico de las monarquías absolutistas y los principados. Skinner (2009) califica la República de Venecia –en lo que atañe a sus miembros de pleno derecho, los ciudadanos– de “*free state*”. Por ser cívico, el desiderátum republicano no entiende el estado como el dominio inescrutable del gobernante; al contrario, la *res publica* es de todos y de nadie en particular. Como hemos visto a través de la obra de Contarini, esta condición viene garantizada por un complejo engranaje de chequeos que opera entre los órganos de decisión política. El poder, de este modo, se dispersa y se ejerce mediante deliberaciones, debates y otros dispositivos retóricos. No es absoluto, sino sujeto a la ley y la palabra. La magistratura

de sanidad no estaba exenta de tal requisito civil, que es lo realmente “público” de toda *república*. Sin duda, idealizaciones al margen, este diseño institucional estaba concebido para mantener la libertad de los ciudadanos frente a los abusos arbitrarios del Estado, frente a su *imperium*. La salud de los ciudadanos debía estar, pues, cívicamente tutelada; como lo estaban los protomédicos de la Magistratura, los cuales debían responder ante los *provveditori* y los *sopra provveditori*; como lo estaban, a su vez, estos últimos, porque debían responder ante el Senado; y como lo estaba, finalmente, el propio Senado, que debía responder ante el *Maggior Consiglio* (Consejo Mayor o asamblea principal de los ciudadanos). En segundo lugar, se debe poner de manifiesto que, propiamente, en la Venecia tardomedieval no podía existir un concepto de “salud pública”, al menos tal como se usa, científica y políticamente, en la actualidad. Además, la “salud pública” (la actual) se debe, en gran parte, a los avances en disciplinas como la estadística y, por supuesto, es muy discutible hablar de “salud pública”, en el sentido estricto de la expresión, antes del siglo XIX. Es por ello que, en el caso de Venecia, en este artículo se ha optado por la denominación “salud cívica”, haciendo hincapié en el sistema republicano en el que estaba enmarcada. Por lo demás, cabe puntualizar que las medidas desplegadas en esta dirección por las comunidades humanas bajomedievales cubrían un amplio espectro de actividades que no se agotaron, ni mucho menos, en el establecimiento de lazaretos.

En suma, en el caso de la República veneciana bajomedieval, la sociedad civil es “libre”, en este preciso sentido republicano del término, cuando se autogobierna. O lo que es lo mismo: si el estado se define como un poder exterior a la ciudadanía y arbitrario, entonces en una república digna de este nombre no hay propiamente estado; y si refiere al mismo cuerpo cívico, entonces es libre, un “free state” (Skinner). En el aspecto normativo, la salud cívica veneciana no solo es pionera por sus avances organizativos y técnicos, sino que lo es también por su respeto a la civilidad. Al ser una disciplina política, no puede olvidar nunca a quién se debe: que no es otro que el ciudadano. Reconstruir racionalmente este desiderátum republicano, reapropiándonos de su espíritu, no es una lección intrascendente para nuestras democracias, ni mucho menos.

El interregno de los lazaretos: de Maó a las colonias, repensando la condición antinómica del aislamiento sanitario

Vida y muerte de un lazareto: Maó, un santuario grandioso de corto aliento

Como se explicó en la introducción y el itinerario descrito de este artículo, de la Serenísima damos un salto geográfico-temporal al lazareto de Maó. Así, dada su especial relevancia como origen y fuente de inspiración de este texto mismo, por su relato particular como lazareto marítimo permanente en la historia europea de los últimos siglos, y también en tanto que último lazareto construido siguiendo la

inspiración veneciana que recién se acaba de revisar, conviene volver la mirada, siquiera someramente, a este singular espacio.

El lazareto de Maó se inauguró en 1817 (no en vano se dice que “El ochocientos fue uno de los siglos más importantes para las cuarentenas” –Bonastra 2006, 480-), mandado construir ya en 1793 durante el reinado de Carlos III. Su famoso ministro, conde de Floridablanca, fue quien dio la orden, ante el miedo de que la peste bubónica llegara a través de los barcos procedentes de Oriente y el norte de África: “El lazareto de Mahón tendría que acoger todos los barcos de patente sucia que arribaran a España desde cualquier punto del mundo” (Bonastra 2006: 473). El virulento brote de peste en Marsella de 1720 había puesto en marcha la reflexión sobre esta necesidad de un lazareto permanente en las costas españolas (Vidal 2014, 5).

Es importante comprender también que esto formaba parte de un proyecto más amplio de red sanitaria, más compleja y completa, de contención de enfermedades en el Mediterráneo, que ya implicaba una cierta forma de visión de salud global bajo el entonces gobierno liberal (Bonastra 2006, 474). Estas loables intenciones (lo que hubiera sido una estructura coordinada de cordones sanitarios) no dieron excesivo fruto⁹: a lo más que se llegó fue a la construcción de un lazareto de primer orden en las islas de San Simón y San Antonio, en la ría de Vigo, inaugurado en 1842 (Bonastra 2006, 477); sumado al ya lazareto permanente de Maó, por supuesto (Rodríguez (1988).

A la sazón, como destaca Reyes (2019), el objetivo del de Maó era que sirviera como lazareto general para España (moderno, actualizado, de dimensiones prodigiosas) dada su localización estratégica: Menorca de por sí es una isla y además la tierra más alejada del continente, dentro de un radio kilométrico aún útil para el cómputo del aislamiento (excluyendo, pues, Canarias o colonias) (Vidal 2014, 9). Hasta su entrada en funcionamiento, operaron otros centros menores análogos como el muy desconocido lazareto de Valencia, que fue clave hasta entonces y durante casi un siglo (Reyes 2019). Conviene reparar, por cierto, en esta experiencia no menor de lazareto marítimo en Valencia, espacio desaparecido y poco conocido, cuya historia apenas se comienza a reconstruir.

Y que, si bien han sido numerosos los llamados “lazaretos de tierra” o simplemente los espacios aislados para cuarentena, resultan menos significativos que los lazaretos *marítimos* en cuanto tales (como ya se apuntó en la introducción); para el caso de Valencia, se está mostrando documentalmente cómo en 1720 se ordenó un lazareto “en la orilla sur del río, en lo que actualmente es el barrio de Nazaret, para atender la cuarentena de los marineros y su mercancía” (Reyes 2019, 7). Esto no es casual: Valencia se considera una ciudad pionera de la salud pública, y su lazareto, como un insigne precedente del de Maó (ibíd.).

⁹ Destaca, por ejemplo, el proyecto previo de construcción de un lazareto permanente en Cádiz, donde finalmente sólo llegó a haber un único recinto temporal de carácter preventivo (Yagüe 2021).

Regresando al lazareto de Maó en su conjunto (incluyendo su pintoresco enclave), como comenzamos diciendo en este texto, es de una belleza notable y un trazado característico; de estilo neoclásico (una genuina encrucijada de tradiciones arquitectónicas -Bonastra 2010-), está delimitado por una doble muralla en forma poligonal, muy del gusto de la época, y con una torre de vigilancia en cada uno de sus vértices, además de otra gigantesca torre de vigilancia central desde la que se controlaba todo el recinto (Ocaña 2007, 64); no en vano ha sido llamado también “fortaleza sanitaria” (Vidal 2014).

Su vida útil como lazareto no fue, empero, muy prolongada: cierra sus puertas como institución sanitaria de aislamiento de personas y mercancías apenas a inicios del siglo XX (Ocaña 2007 y Vidal 2014). Desde entonces, se reconvirtió en el espacio que hoy viene siendo, como residencia de verano de funcionarios de salud y lugar paradigmático de encuentro de reuniones científicas varias, como la que mencionamos al inicio.

La competencia jurisdiccional sobre el lazareto fue conflictiva desde el principio (Vidal 2014: 16) y a lo largo de su breve vida útil (al menos en relación con su planteamiento original, ya que ahora es útil de otro modo, por supuesto). Hubieron de disputarse las diversas atribuciones la Junta de Sanidad Municipal (un trasunto del *Magistrato alla Sanità* de la República de Venecia), la Junta Suprema del Reino e incluso la Junta Superior del Lazareto de Maó (creada directamente por la Corona), con casi total independencia de las autoridades locales (Vidal 2014¹⁰).

Por otro lado, se ha de reparar, en relación con los fines específicos del lazareto, que el personal sanitario se reducía a un médico y un cirujano; es decir, dos personas, el mismo número que el personal religioso (un sacerdote y un sacristán), y que el funcionariado político (también, dos diputados); desde luego todos ellos mucho menos numerosos, incluso juntándolos, que el grupo de guardias de sanidad para *vigilar* (a personas y mercancías) que ocuparan el lazareto (Vidal 2014, 16-17).

Pese al despliegue de jurisdicciones y normativas, la historiografía muestra que las ordenanzas teóricas poco tenían que ver con las dinámicas prácticas en el lazareto, destacando el hecho de que, normalmente, sólo las *mercancías* se trasladaban allí, permaneciendo casi siempre la mayoría de las *personas* esperando en los barcos, todo ello por una pura cuestión económica: no podían pagar lo que importaba quedarse en el costoso lazareto (Vidal 2014, 20). Este dato histórico, tan absolutamente significativo, es tan surrealista como denotativo del irónico transcurrir de la historia humana. Y nos da un más que oportuno paso a la hermenéutica interseccional/decolonial sobre los lazaretos.

10 Para profundizar en esta reglamentación y las vicisitudes de su implementación, cf. “Reglamento interino de Sanidad para el gobierno y dirección del Lazareto de Mahón”, en Vidal (2014, 16ss).

Una reflexión interseccional a través de los enclaves coloniales: género, clase y raza... *también en el lazareto*

La interseccionalidad¹¹ (Crenshaw 1991) incide en la comprensión de las estructuras y prácticas de discriminación desde la necesaria imbricación (*incrustamiento, embridamiento*) de los distintos ejes identitarios susceptibles de exclusión (a menudo contruidos en torno a ella): paradigmáticamente, género-sexo, clase y raza/etnia, pero también la ubicación geográfica o nacionalidad (dónde se nace y qué privilegios, o todo lo contrario, puede suponer este azar), la edad o la condición normativa en relación con la funcionalidad orgánica, entre otras. La interseccionalidad, en fin, nos habilita una aproximación situada a la dominación y, por ende, nos permite leer y comprender la historiografía de los lazaretos con otra mirada: por qué los lazaretos significan una cosa en un ámbito *republicano* (hasta el punto de que se puede rastrear un claro origen del concepto de salud pública en el de salud cívica vinculada a la apertura del primer lazareto en aquel contexto), y encontramos que han significado algo tan distinto en entornos de máxima desigualdad.

Nos aproximaremos así, muy brevemente, a tres ejemplos/casos notorios de especial relevancia para este análisis interseccional; todos ellos sucedidos en territorios de inequidad extrema como son las colonias o enclaves pseudo-coloniales¹² (poscoloniales): Brasil, Australia y Senegal¹³.

En relación con el abordaje de Medeiros da Silva (2013) para Brasil, lo analiza en la zona de Valongo (Río de Janeiro) en siglo XIX, donde acredita un vínculo muy estrecho entre las instituciones coloniales allí situadas, *incluyendo un lazareto* (todo ello base y sustento de la sociedad esclavista brasileña de entonces), y el tráfico negrero: “[...] a necessidade de um lazareto era condição sine qua non ao funcionamento do Valongo enquanto espaço privilegiado para o comércio de escravos” (Medeiros da Silva 2013, 226).

Ante el temor fundado de epidemias persistentes a raíz del tráfico esclavista, en lugar de defenderse el final definitivo de tal lacra, el lazareto sirvió como parche (una forma de lavado de cara, blanqueamiento, que diríamos hoy) para continuar con el principal objetivo del comercio y la venta de seres humanos; como argumenta

11 El concepto es ya tan conocido en términos generales y tan extendida su aplicación a distintos campos, que nos limitamos a citar la fuente original.

12 Así, tomamos “colonial” en un sentido extendido, no exclusivamente en su margen epistémico más estrecho del colonialismo como sistema-mundo concreto tras la Conferencia de Berlín en 1884-1885. Igualmente, pues, hablamos de una mirada “decolonial” (yendo del concepto de “colonialismo” al de “colonialidad”, siguiendo a Aníbal Quijano, y “decolonialidad”, siguiendo a Nelson Maldonado-Torres). Por razones de extensión no podemos abundar en ello con suficiente detalle, pero es preciso mencionar siquiera que tales prismas se hallan profundamente arraigados en nuestra mirada, y condicionándola de forma crítica.

13 Obviamente, no en términos genéricos, dada la amplitud y complejidad de cada historia y contexto coloniales. Solo tomaremos algunos ejemplos de lazaretos muy concretos como pretexto reflexivo, sin mayor pretensión de exhaustividad.

el autor, cuestionado una de las tesis hasta entonces más aceptadas en Brasil sobre que “A suposição da supressão do tráfico negreiro, ainda no primeiro quartel do XIX, estava diretamente ligada às questões de profilaxia por qual passava o país. Desta feita, a extinção do tráfico era vista como um passo importante para a erradicação da doença” (ibíd.: 228). Frente a ello, el lazareto sirvió para perpetuar “limpiamente” el tráfico.

Otro ejemplo muy significativo de los detectados y analizados en la bibliografía sobre la cuestión es el de la Isla de Peel en la bahía de Moreton, Queensland, Australia (Youngberry et al. 2013 y Juckes et al. 2013), en torno a fines del siglo XIX e inicios del XX. Se trató de un lazareto donde se confinó tanto a hombres como a mujeres (frente a los casos típicos de los lazaretos marítimos mediterráneos), manteniéndose de facto una estricta segregación sexual y étnico-racial, sobre todo:

Within the Lazaret the “coloured” population was segregated from the “white” population and male patients separated from female patients within compounds contained by fences. In addition, separate dwellings contained and isolated patients within the bounds of each compound (Juckes et al. 2013, 529).

La segregación se realizaba, por tanto, por vía intra e inter étnica, imbricándose de modo particularmente complejo los citados ejes de raza/género. Al respecto se ha abordado de forma específica, desde la arqueología histórica (Youngberry et al. 2013) y el análisis intercultural (Juckes et al. 2013), el género en el lazareto como moldeador social y definidor de estatus, interrelaciones e identidad personal (incluyendo áreas como la *agencia* interpersonal); como se ha observado (ibíd.), las estructuras sociales de aquel lazareto eran desproporcionadamente desfavorables para las mujeres.

Finalmente, destaca también el caso de la experiencia colonial en Senegal al respecto del aislamiento en un lazareto de la ciudad de Sant Louis (capital colonial), analizada por Harris (2008; cf. también Bigon -2012-) a través de la perspectiva de la historia cultural y la planificación arquitectónica coloniales. Acerca de las implicaciones espaciales de las políticas sanitarias francesas en el Senegal urbano de principios de la colonia, la política de segregación residencial se extremó tras el estallido de la peste bubónica en Dakar en 1914 (y sus precedentes en San Luis), suponiendo un enorme desplazamiento de la población local negra a través de tremendas contradicciones, inherentes por otro lado al régimen colonial francés en África occidental (Harris 2008).

Precisamente, estos ejemplos sobre la gestión de crisis sanitarias en entornos políticos tan radicalmente opuestos a lo que supondría una república, a saber, un régimen colonial, muestran justamente lo contrario: *el infierno son los otros* también en esto; los que pueden (se considera que puedan hacerlo) propagar *más* la enfermedad son los propios colonizados (la gente autóctona, ni siquiera los *metecos* que llegan en un barco), que acaban siendo expulsados de sus lugares habituales (del centro) a la periferia, a una isla fuera de tierra firme, incluso con el cierre de

cementerios tradicionales (algo que resulta especialmente sangrante desde muchos puntos de vista, con elementos capitales de epistemicidio). De hecho, proliferan los ejemplos variados y notables (el de Sant Louis en Senegal es paradigmático pero no único) de procesos de marginalización de la población local que han acompañado epidemias en ciudades coloniales en África¹⁴: casos en los que la segregación racial no estaba solamente basada en argumentos sanitarios vinculados a la enfermedad, sino, muy especialmente, imbricados en códigos culturales instigados bajo las distintas administraciones coloniales, desde la germánica a la británica (Smiley, en Ngalamulume 2021, 229).

Conclusiones. El lazareto como interregno y espacio liminar, “entre la tiranía y la defensa”¹⁵: de la salud *cívica* a la salud *planetaria*

Como hemos visto, y entre otras peculiaridades dignas de reflexión, la condición ambivalente y hasta antinómica de los lazaretos supone uno de sus vértices hermenéuticos más afilados. Y es que, como venimos recordando, los lazaretos eran espacios ambiguos, a caballo entre el control y el estigma, de un lado, y una creciente conciencia socio-sanitaria (ese tránsito de la salud *cívica* a la salud pública), de otro. ¿Laboratorios sociales o espacios de exclusión (Huertas 2010)? Seguramente, ambos, en su admisible comparación con los “asilos para locos” (los llamados manicomios) como otra diversidad de espacios de coerción creados por la medicina, en los que libertad individual fue sacrificada en pos de la salvaguarda de la salud comunitaria (Huertas 2010 y Herrera 2010).

¿Asilamiento o aislamiento? ¿“Encierros del cuerpo y del alma” (Montiel 2010)? Precisamente, en el fascinante recorrido de Montiel sobre las instituciones de aislamiento sanitario en la literatura, se destaca de forma crítica (curiosamente, o no tanto), la cruda alusión al miedo... tanto a la peste como al lazareto mismo: “Contra lo que escribe Defoe, Manzoni sostiene, como hemos visto, que los milaneses temían al lazareto como a la misma peste. El de Milán, según sus datos, llegó a albergar 16.000 enfermos mientras duró la enfermedad”. Esto enlazaría claramente con la advertencia de que al lazareto no se acudía a que lo curaran a uno, propiamente dicho (Vidal -2014, 12ss.- insiste en que era un “espacio para *aislar*”); antes bien, lo aislaban y, si sobrevivía, entonces se le permitía regresar. O entrar a tierra firme. De hecho, ha sido también abordada, con una visión de antropología histórica, la vida en un lazareto marítimo como “viaje interrumpido” (Vidal 2010), entre otras muchas miradas ante las que este trabajo no puede pretender exhaustividad.

Cierto es que, como bien sabemos por la reciente pandemia y lo que se hubo de hacer, ambas inquietudes son (pese a disonantes en lo cognitivo, acaso, como casi todo lo humano) *necesarias* en su mutualidad y convivencia (no tanto el elemento

¹⁴ Ver también por ejemplo Ngalamulume (2021) o Echenberg, en Packard (2003).

¹⁵ Usando la atinada expresión de Perdiguero-Gil y Vidal (2010).

estigmático, por supuesto, pero sí en el de control de la diseminación de posibles epidemias). Como bien apunta Bejarano (2017) en su precioso análisis estético (entre otros) de los lazaretos, allí se observaba, se aislaba... y se *encubría* también, a veces¹⁶. No en vano las categorías propias de la exclusión y el estigma han sido cruciales en ciertos análisis historiográficos sobre lazaretos. Perdiguero-Gil y Vidal (2010, 163ss.) se interrogan, al fin, sobre este tipo de “protección de la salud” entre la tiranía y la defensa... la defensa de las propias poblaciones con respecto de su propia salud, entendiendo esto tanto en relación con quienes estaban en tierra (que querían protegerse de las posibles epidemias que trajeran los barcos), como en relación con quienes llegaban, en tránsito, y hubieran de quedarse en el interregno hasta la confirmación de su estado.

El hecho de que los lazaretos del mar Adriático, con especial relevancia del veneciano, supongan este significativo vínculo y el avance de un concepto de salud *cívica* al de salud *pública*, como hemos tratado de defender aquí, no significa que los lazaretos (o cualquier forma de confinamiento) en cualquier lugar, modo y época hayan supuesto lo mismo. Y es posible que la ambigüedad sea consustancial a la noción de confinamiento, y probablemente universal su disparidad hermenéutica¹⁷.

Así, parece obvio que el matiz auroral, *emancipador* y *ciudadano*, de la historia de los lazaretos en relación con la salud pública debe ir ligada al elemento político *republicano*, en última instancia: no cualquier (forma de) lazareto, y por ende de confinamiento, de espacio de curación o recuperación controlado y segregado, supone necesariamente un avance en derechos de salud ciudadana. Solamente es así si lo acompaña un contexto político efectivamente preocupado por estas cuestiones, como en el caso que hemos visto, y sobre todo que parta de un concepto de lo “cívico”/político ampliado y con aspiraciones igualitaristas y de equidad. Así, tiene que ver, dicho de otro modo, con: 1) qué comunidades demarquemos como interlocutoras válidas; 2) que todas las personas que las conforman puedan participar de ello (dimensión democrática). Todo ello parte y regresa siempre al elemento republicano. En el caso histórico de Venecia, efectivamente, la República excluía masivamente a todos los que no eran ciudadanos¹⁸, en ocasiones con altas dosis de

16 Justo es matizar que, para el caso de Bejarano, su estudio se centra en lazaretos entendidos como leproserías –una de las acepciones del DRAE, por cierto-. Para profundizar en esta parte de la historia colombiana en relación con los lazaretos-leprosería, ver también Lizcano (2009).

17 Pensemos en el ejemplo, tan distante en apariencia como significativo en el fondo (lo personal es político), de las salas de lactancia como espacios de derecho o de limitación: ¿espacios de agencia y autonomía feministas para personas lactantes o confinamiento en la peor de sus versiones? Porque en un centro comercial, cuando hay sala de lactancia, a la madre a menudo se la invita “cordialmente” a que la teta se la saque dentro de dicha sala... y solo ahí (cf. Massó Guijarro 2015). Un espacio habilitado a un fin también está demarcando su frontera para con el resto del mundo. Y toda forma de frontera coarta.

18 Todas las repúblicas antiguas y medievales comparten estas características excluyentes, o sea que Venecia no es ninguna excepción. Incluso el paradigma de la democracia radical antigua, la Atenas de Pericles, se basaba en una economía esclavista y el confinamiento de la mujer en el oikos (Graeber

crueldad (contra indigentes, judíos, otomanos, etc.). De todos modos, aunque solo sea en el plano restringido del cuerpo cívico, proyecta un interesante modelo de *salud cívica*, esto es, de iniciativas salubristas bajo control ciudadano.

Mencionamos ya en la introducción el concepto de One-Health como la forma (seguramente) más maduraba, menos sesgada y más (a la sazón) interseccional (y, por supuesto, decolonial) de entender la salud pública hoy: una salud *más que global*, una salud que ya no podrá ser nunca entendida solo como salud *solo* de las poblaciones humanas, sino de estas como parte del resto de poblaciones animales (no humanas) y por ende con una dimensión ecosistémica. Se habla, incluso, de que las claves para enfrentar el cambio climático radican en “curar y sanar las heridas de un planeta enfermo” (Bruner y Valladares 2013).

Eso marca lo que es hoy el Antropoceno y cómo tenemos que pensar/actuar, si deseamos pervivir como especie. Que la pandemia no pueda ser entendida del todo sino como sindemia (Calcaterra et al. 2022), que la zoonosis haya determinado cómo fue aquella pandemia, precisamente: Nigel French¹⁹ ya en 2017, bien poco antes de nuestro obligado confinamiento global por Covid-19 (aquel nuestro “lazareto planetario”), hablaba de cómo One-Health nos podía ayudar a controlar las infecciones zoonóticas. A día de hoy, escasos años después y tras aquella debacle (de origen zoonótico, por cierto), ya se trabaja sobre las One Health Networks y las colaboraciones al respecto como necesidad imperiosa internacional (Mwatondo et al. 2023), en relación con la seguridad de la salud *global* (Elnaiem et al. 2023) y hasta de la investigación al respecto de la salud *planetaria* (Ruiz de Castañeda et al. 2023).

De la salud cívica a la planetaria... pasando, habiendo pasado, por la pública y la global: la visión de Peter Singer sobre una ética planetaria (*un solo mundo, One World Now*) (2016), de tantas otras y otros, se materializa a pasos agigantados, en relación con qué comunidades y criaturas reconocemos, y a cuáles hemos de escuchar. No tenemos mucho tiempo.

Bibliografía

- Balsalobre García, Juana María. 2002. “Lazaretos, historia y proyectos en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando”. *Espacio, Tiempo y Forma*, Serie Vil, Historia del Arte 15: 203-228.
- Bassareo, Pier Paolo; Melis, Maria Rosaria; Marras, Silvia & Calcaterra, Giuseppe. 2020. “Learning from the past in the COVID-19 era: rediscovery of quarantine, previous pandemics, origin of hospitals and national healthcare systems, and ethics in medicine”. *Postgraduate medical journal*, 96(1140): 633-638.
- Bejarano, Francisco Javier. 2017. *El lazareto de Agua De Dios: ciudad de la exclusión y estigma (1870-1924)*. Master Thesis Dissertation, Universidad de Bogotá.

2021 y Dahl 2004). Tarea siempre pendiente, que escapa al alcance de estas páginas, es la universalización efectiva de la ciudadanía republicana.

¹⁹ Cf. también Cunningham et al. (2017).

- Bigon, Liora. 2012. "A History of Urban Planning and Infectious Diseases: Colonial Senegal in the Early Twentieth Century". *Urban Studies Research*, 589758: 1-12.
- Bizzotto, Sara & Bertinato, Luigi. 2011. "From plague control in the Republic of Venice to the new WHO International Health Regulations". *Giornale Italiano di Medicina Tropicale*, 16(1/2): 13-16.
- Bonastra, Joaquim. 2006. *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del lazareto*. Ph.D. Dissertation, Universitat de Barcelona.
- Bonastra, Joaquim. 2010. "El lazareto: una encrucijada de tradiciones arquitectónicas". In: Enrique Perdiguero-Gil & Josep M. Vidal Hernández (orgs.), *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis. pp. 79-102.
- Booker, John. 2007. *Maritime Quarantine: The British Experience, c.1650–1900*, Aldershot: Ashgate, 2007. Bowsky, William M. (org.). 1971. *The Black Death: A turning point in history?*. New York: Holt Reinhart and Winston.
- Bruner, Emiliano & Valladares, Fernando. 2023. "Claves para enfrentar el cambio climático: curar y sanar las heridas de un planeta enfermo". *The Conversation*, 29/10/2023. URL: <https://theconversation.com/claves-para-enfrentar-el-cambio-climatico-curar-y-sanar-las-heridas-de-un-planeta-enfermo-213403>
- Calcaterra, Giuseppe, et al. 2022. "Syndemic: A Synergistic Anthropological Approach to the COVID-19 Pandemic". *Encyclopedia*, 2(3): 1344-1356. DOI: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia2030090>
- Chircop, John and Martinez, Francisco Javier. 2018. *Mediterranean quarantines, 1750–1914: Space, identity and power*, Manchester: Manchester University Press. <https://doi.org/10.7765/9781526115553>. Contarini, Gasparo. 2020. *The Republic of Venice: De magistratibus et republica Venetorum*. Toronto: University of Toronto Press.
- Cox, Virginia. 2003. "Rhetoric and humanism in Quattrocento Venice". *Renaissance Quarterly*, 56(3): 652-694.
- Crawshaw, Jane L. S. 2011. "The beasts of burial: pizzigamorti and public health for the plague in early modern Venice". *Social History of Medicine*, 24(3): 570-587.
- Crawshaw, Jane L. S. 2014. "Families, medical secrets and public health in early modern Venice". *Renaissance Studies*, 28(4): 597-618.
- Crawshaw, Jane L. S. 2023. *Cleaning Up Renaissance Italy: Environmental Ideals and Urban Practice in Genoa and Venice*. Oxford: Oxford University Press.
- Crenshaw, Kimberlé W. 1991. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color". *Stanford Law Review*, 43(6): 1241-1299. DOI: <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Cunningham, Andrew A., et al. 2017. "One Health, emerging infectious diseases and wildlife: two decades of progress?" *Phil. Trans. R. Soc. B* 372: 20160167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0167>
- Dahl, Robert. 2004. "La democracia". *Postdata*, (10): 00-00.
- Delogu, Giulia. 2022. *Inventing Public Health in the early Modern age: Venice and the Northern adriatic*. Como – Pavia: Ibis.
- Elnaïem, Azza, et al. 2023. "Global and regional governance of One Health and implications for global health security". *The Lancet* 401: 688–704. DOI: <https://doi.org/10.1016/>

- French, Nigel. 2017. "One Health and controlling zoonotic infections". Wellington, Wellington: Universidad de Otago, Escuela de Verano.
- Froggatt, Peter. 2012. *The Lazaret on Chetney Hill*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graeber, David. 2021. *El Estado contra la democracia*. Madrid: Errata naturae.
- Gutiérrez, Alfonso y Giménez, Consuelo. 2020. "Los Lazaretos en la Edad Moderna". *RIECS*, 5(1): 152-155. DOI: <https://orcid.org/0000-0002-8206-1952>.
- Haag, Amelia. 2021. *Safeguarding the Serene Republic: Plague Mitigation and the Magistrato Alla Sanita in Early Modern Venice, c. 1347-1598*. Ph.D. Dissertation, Southeastern Louisiana University.
- Harrington, James. 1992. *Harrington: 'The Commonwealth of Oceana' and 'A System of Politics'*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harris, Dustin Alan. 2008. "Constructing Dakar: cultural theory and colonial power relations in French African urban development". Master Thesis Dissertation, Universidad de British Columbia.
- Herrera, Francisco. 2010. "Reseña de *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*". *ILUIL*, 34-73: 237-256.
- Huertas, Rafael. 2010. "Asilos para locos, ¿Laboratorios sociales o espacios de exclusión?". In: Enrique Perdiguero-Gil & Josep M. Vidal Hernández (orgs.): *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Maó: Institut Menorqui d'Estudis: pp. 129-146.
- Juckes, Emily; Greenop, Kelly & J, Zbigniew. 2013. "Isolation and Segregation: An Intercultural Analysis of the Peel Island Lazaret". *Proceedings of the Society of Architectural Historians*, 30(2): 529-542.
- Lizcano, Dayana Lucía. 2009. "Lepra, lazareto y leprosos: memorias de una enfermedad olvidada". *Revista TEMAS*, (3): 167-180.
- Malagnini, Francesca. 2020. *Il Lazzaretto Vecchio di Venezia: un'epigrafe ritrovata*. Salerno: Marcianum Press.
- Manin, Bernard. 1998. *Los principios del gobierno representativo*. Madrid: Alianza.
- Mansilla, Juan et al. 2020. "Protomedicatos y lazaretos como instituciones de control de la higiene pública en Chile". *Medwave* 20(2): 1-8. DOI: e7841. 10.5867/medwave.2020.02.7841
- Marmot, Michael, & WILKINSON, Richard (orgs.). 2005. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Massó, Ester. 2015. "Lactivismo contemporáneo en España: ¿una nueva marea sociopolítica?". *Journal of Spanish Cultural Studies*, 16(2): 193-213. DOI: <https://doi.org/10.1080/14636204.2015.1069074>.
- Medeiros, Júlio César. 2013. "Revisitando o Valongo: mercado de almas, lazareto e cemitério de africanos no portal do Atlântico (A Cidade do Rio de Janeiro, no século XIX)". *Revista de História Comparada*, 7(1): 218-243.
- Montiel, Luis. 2010. "Encierros del cuerpo y del alma. Instituciones de aislamiento sanitario en la literatura". In: Enrique Perdiguero-Gil y Josep M. Vidal Hernández (orgs.): *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Maó: Institut Menorqui d'Estudis: pp. 147-162.
- Muñoz, Francisco Esteban. 2018. "Cordones sanitarios, lazaretos y cuarentenas: la profilaxis y el rol del cuerpo médico durante la epidemia de cólera en Concepción (1886-1888)". *Tiempo y espacio* 40: 63-76.

- Mwatondo, Athman et al. 2023. "A global analysis of One Health Networks and the proliferation of One Health collaborations". *The Lancet*, 401: 605–616. DOI: <https://doi.org/10.1016/>
- Ngalamuleme, Kalala. 2021. "'Pestilential Emanations', Medical Knowledge, and Stigmatisation in Saint-Louis, Senegal, 1854-1920". *eTropic: electronic journal of studies in the tropics*, 20(1): 226-246. DOI: <http://dx.doi.org/10.25120/etropic.20.1.2021.3792>.
- Ocaña, Lorena. 2007. "El lazareto de Mahón". *Med Segur Trab* LIII(207): 63-66.
- Ochoa, Jesús E. 2008. "El lazareto de Boyacá: lepra, medicina, iglesia y Estado 1869-1916. Cómo Colombia fue convertida en la primera potencia leprosa del mundo y Boyacá, en una inmensa leprosería. Abel Fernando Martínez M.". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(1): 100.
- Osheim, Duane J. 2008. "Politics and Public Health in Renaissance Venice". En: Pierce, Robert et al. (orgs.) *Ritratti : la dimensione individuale nella storia, secoli XV-XX : studi in onore di Anne Jacobson Schutte*. Roma: Edizioni di Storia e Letteratura.
- Packard, Randall M. 2003. "Review of *Black Death, White Medicine: Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914-1945*. *Social History of Africa* by Myron Echenberg. *Bulletin of the History of Medicine* 77(2): 454-456.
- Pastor, Eugenio. 1943. "Sanidad de puertos, fronteras y transportes". *REVL* 10: 512-520.
- Perdiguerro-Gil, Enrique & Vidal, Josep M. (orgs.). 2010. *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Maó: Institut Menorqui d'Estudis.
- Pocock, John G. A. 2016. *The Machiavellian moment: Florentine political thought and the Atlantic republican tradition*. Princeton: Princeton University Press.
- Pon, Lisa. 2021. "Leakage, Contagion, and Containment in Early Modern Venice". In: Lauren Jacobi & Daniel Zolli (orgs.). *Contamination and Purity in Early Modern Art and Architecture*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Reyes, Laura. 2019. *El lazareto marítimo de la ciudad de Valencia*. Minor Thesis Dissertation, Universidad Politécnica de Valencia.
- Rodríguez de Villalpando, Manuel. 1987. *Lazareto de Mahón*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez, Esteban. 1988. "La cuestión del lazareto marítimo permanente en la España de XVIII". *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* XL(1): 265-276.
- Ruiz de Castañeda, Rafael et al. 2023. "One Health and planetary health research: leveraging differences to grow together". *The Lancet*, 7: e109-e111.
- Sabetti, Filippo. 2020. "Introduction: Gasparo Contarini and Enduring Institutions". In Contarini. *The Republic of Venice: De magistratibus et republica Venetorum*. Toronto: University of Toronto Press.
- Singer, Peter. 2016. *One World Now: The Ethics of Globalization*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Skinner, Quentin. 2009. "A genealogy of the modern state". *Proceedings of the British Academy*, 162: 325-370.
- Small, Meredith. 2020. *Inventing the world: Venice and the transformation of western Civilization*. New York: Simon and Schuster.

- Vicentini, Chiara B. et al. 2022. "The Italian lazarets of the Adriatic Sea: from their institution to the fight against the economic and demographic collapse caused by epidemics". *Le Infezioni in Medicina*, 31(1): 11-126.
- Vidal, Josep M. 2010: "El viaje interrumpido: la vida en un lazareto marítimo". In: Enrique Perdiguero-Gil y Josep M. Vidal Hernández (orgs.): *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Maó: Institut Menorquí d'Estudis: pp. 103-128.
- Vidal, Josep M. 2014. *El Lazareto de Mahón: fortaleza sanitaria*. Maó: Institut Menorquí d'Estudis.
- Yagüe, Javier Manuel 2021. "Los lazaretos en Cádiz: una visión del pasado". *Temperamentvm*, 17: e17047. <http://ciberindex.com/p/t/e17047>.
- Youngberry, April & Prangnell, Jonathan. 2013. "Fences, Boats and Teas: Engendering Patient Lives at Peel Island Lazaret". *Int J Histor Archaeol*, 17: 445–464. DOI: 10.1007/s10761-013-0233-2.

© Copyright: Oriol Farrés Juste, Ester Massó Guijarro, 2024
 © Copyright de la edición: *Scripta Nova*, 2024.

Ficha bibliográfica

FARRÉS JUSTE, Oriol; MASSÓ GUIJARRO, Ester. *Salud y república: de la salud cívica a la salud planetaria a través del lazareto*. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Barcelona: Universitat de Barcelona, vol. 28, Núm. 4(2024), p.95-121 [ISSN: 1138-9788]

DOI: 10.1344/sn2024.28.46313

