

ENFERMEDAD Y MARGINALIDAD:
LA LEPRA EN FUERTEVENTURA Y LANZAROTE
EN LA EDAD MODERNA

Pedro C. Quintana Andrés

Doctor en Historia

María Gloria Expósito Lorenzo

Consejería de Educación del Gobierno de Canarias

Resumen: la lepra fue una enfermedad contagiosa muy extendida en Europa durante la Edad Moderna. A su impactante efecto sobre la fisonomía de los enfermos, se unía su papel de marginadora social e, incluso, familiar. Canarias no estuvo exenta de la presencia de leprosos durante la citada fase histórica, concentrándose un alto porcentaje de los infectados en las islas orientales. Al control social ejercido por el vecindario sobre cualquier sospechoso de portar la enfermedad, se unió las pesquisas sobre enfermos realizadas por la institución encargada de su obligado asilo, el hospital de San Lázaro de Las Palmas. En Fuerteventura y Lanzarote los enfermos reconocidos estuvieron sometidos a dicha institución, aunque muchos eludieron su internamiento a través de diversos acuerdos y la presión de sus influencias.

El deterioro de las condiciones económicas incidió en el incremento de los casos de lepra en las áreas con mayor volumen de pobres o trabajadores perceptores de bajas remuneraciones. A fines de la Modernidad las crisis experimentadas por el modelo económico, el deterioro de las condiciones laborales y la falta de asistencia sanitaria facilitaron la presencia de un importante grupo de leprosos en las islas.

Palabras claves: lepra, asistencia sanitaria, asilo, enfermedad.

Abstract: leprosy was a contagious disease widespread in Europe during the Modern Age. In addition to its shocking effect on the physiognomy of the sick people, it is important to mention its role as an isolating factor inside the family and society. The Canary Islands was not free of the presence of lepers during the aforementioned historical phase, with a high percentage of people infected in the Eastern Islands. People in the neighborhood used to control these who were suspected of carrying the disease. Besides, there was an investigation on the sick people by the institutions in charged of its compulsory asylum, San Lázaro's hospital in Las Palmas. As far as Fuerteventura and Lanzarote is concerned, those people who were recognized to be sick were subject of the refused their treatment at the asylum by means of different agreements and the pressure of their influences.

The deterioration of financial conditions led to an increase the number of cas-

es in the areas with the areas with a greater amount of poor people or workers with low wafers. At the end of Ancient Regime the crises experienced by the financial model, the deterioration of working conditions as well as the lack of health care led to the presence of a large group of lepers on the Islands.

Key words: leprosy, illness, health care, asylum.

La Edad Moderna fue un periodo histórico donde se fraguó gran parte de la realidad socioeconómica y política del incipiente sistema capitalista. En ella las contradicciones ideológicas, sociales, filosóficas y científicas dieron lugar a una serie de enfrentamientos cuyas consecuencias más graves fueron las guerras, habituales en una sociedad con un alto grado de conflictividad interna. Esta prolongada fase histórica se convirtió en un tiempo donde se sucedieron los ensayos en la construcción de una nueva sociedad donde la racionalidad, la laicidad y el equilibrio de poderes –en el ámbito nacional e internacional– fueron desterrando los viejos conceptos tardomedievales. Las ciencias medicinales avanzaron en el transcurso del tiempo aunque con mayor lentitud de lo esperado ante las cortapisas ideológicas, éticas y morales existentes sobre el concepto de ser humano, cuerpo y alma. En todo caso, Servet, Harvey, Falopio, Willis o Fernel unieron a su perfil científico la tenacidad para afrontar la presión social ejercida sobre su labor investigadora. Los avances en la medicina no fueron en paralelo a la eliminación de los prejuicios sociales sobre la enfermedad en sus diversas manifestaciones y representaciones. En una época donde la población tenía una esperanza de vida inferior a los 35 años, con una elevada mortalidad infantil, reiteradas fases de crisis o periódica presencia de epidemias la enfermedad se unía, casi en una prolongación natural, a la muerte y al castigo divino ante los pecados cometidos por el afectado. La lepra fue una de las enfermedades infecciosas más comunes en el periodo estudiado y con mayor grado de estigmatización social en contra de los afectados. La sospecha o la manifestación del citado mal en una persona suponía su exclusión social de por vida, incluyendo, en muchos casos, a sus familiares más cercanos. La marginalidad suponía la expulsión de sus

lugares de vivienda, la ruptura con su entorno social, la pérdida de trabajo, la incapacidad como miembro de la comunidad, la obligada vida mendicante o la reclusión en una leprosería. Las huellas externas de la lepra impedían a los afectados pasar desapercibidos o eludir la atención de sus vecinos, más en una sociedad donde los tejidos de integración familiares y vecinales no tenían unos límites precisos. La lepra no solo era una enfermedad con consecuencias sociales, sino también morales, pues era la manifestación de una situación pecaminosa cuya purga era el castigo divino.

En Canarias la incidencia de las enfermedades infecciosas fue una lacra extendida a lo largo y ancho de la región en la Modernidad. Las islas se vieron afectadas periódicamente por brotes de peste –durante las primeras décadas tras la conquista–, sumándose a esta reiteradas epidemias con incidencia sobre la población regional o local, caso del tabardillo, fiebre amarilla –con su importante impacto en Gran Canaria en los años de 1811 y 1813–, culminando la sobremortalidad catastrófica con la epidemia del cólera morbo de 1851, momento cumbre y colofón de las enfermedades epidémicas registradas en la etapa moderna. La presencia de estos brotes con catastróficos resultados sobre la población estuvieron unidos a las reiteradas cíclicas recesiones económicas por las que atravesó el archipiélago en esa fase histórica. A ellas se unían, como en el presente caso, otros males infecciosos con un efecto menos impactante que las coyunturas epidémicas citadas pero con una persistente y prolija presencia en el seno de la población, convirtiéndose en algunas áreas en un mal endémico, caso de la lepra. Ninguna de las citadas morbilidades fue erradicada durante la modernidad, aunque, tal como sucedió con la viruela, se comenzaron a dar los primeros pasos a fines del siglo XVIII.

La lepra, infección bacteriana en la cual se centra el presente estudio, fue tildada –tal como le sucedió a la sífilis o la peste– de castigo divino contra los disolutos, trasgresores de las leyes universales o los corruptos pecadores. En la Edad Media la lepra supuso una verdadera plaga en el territorio europeo occidental, sobre todo después de las primeras cruzadas, cuando los contactos con el oriente del Mediterráneo se multiplicaron, área donde la enfermedad era una cotidianidad en las zonas urbanas. La lepra –muchas veces asociada en las islas a la elefantiasis, aunque esta era una enfermedad de carácter parasitario de índole tropical– experimentó un considerable auge en paralelo a la reducción de las percepciones de ingresos en los grupos populares.

En el periodo medieval, en un corto espacio de tiempo, el ingente número de leprosos provocó un aumento de las fundaciones de hospitales, asilos y leproserías por el continente, llegándose en Francia en pocos años a contabilizarse más de 2.000, aconteciendo similar impulso preventivo en Inglaterra¹. El ingente número de contagiados llevó a movilizar un elevado número de capitales entregados por los concejos ciudadanos como medio de erradicar de la población la visión de leprosos y controlar a los vecinos contagiados, además de próceres que intentaban adquirir el perdón divino a cambio de dar algunos óbolos². La citada actitud del patriciado y los grupos burgueses de la ciudad buscaba, ante todo, distribuir una fracción del amplio número de capitales detraídos de las masas populares a través de las diversas fórmulas de coacción facilitadas por la estructura económica imperante, como único modo de salvaguardar sus propiedades de posibles estallidos de conflictividad o de epidemias capaces de arruinar sus prósperos negocios o sus ingresos rentistas. El surgimiento de los primeros hospitales creados para el cuidado de los afectados estuvo unido temporalmente a la fundación de órdenes monásticas y/o militares dedicadas a cuidado de leprosos, apestados o enfermos contagiosos como la de San Lázaro en Francia, o la de San Jorge y la de los caballeros teutónicos, cuya evolución temporal tuvo un carácter menos piadoso, en Alemania³.

En general, pese a la política de auxilio y socorro cristiano a los leprosos, el presunto contagiado era aislado de todo contacto con persona sana, siendo recluido en su casa, de la cual solo podía salir a la luz del día con un largo traje negro. El citado vestido le impedía mostrar las manos, al estar las mangas cosidas al pecho, como medio de imposibilitarle palpar alimentos o tocar a cualquier vecino, sumando al atuendo un sombrero de amplias alas como forma de taparle la cara y con la obligación de portar unas tablillas o una campanilla cuyo tañido anunciaría su presencia. Concilios eclesiásticos y varios papas dictaron sucesivos decretos declarando la lepra una enfermedad incompatible

¹ ARRIETA, O. *Historia de algunas enfermedades y medicamentos*, Maracaibo, Sin año de edición.

² Una amplia bibliografía sobre el tema se puede consultarse en, RUBIO VELA, A. *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, 1984.

³ KOLLE, W.-HETSCH, H. *La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas*, tomo I, Madrid. 1911.

con la celebración del matrimonio, aunque dichas disposiciones fueron reiteradamente incumplidas. Al unísono, se crearon en un considerable número de ciudades comités, juntas o grupos de inspectores de leprosos –sus integrantes eran peritos, médicos y miembros del municipio– cuyo fin era clasificar y designar las peculiaridades de las manifestaciones y grados del mal alcanzado en cada sujeto⁴. Los numerosos medios destinados a la prevención, reclusión y control de los afectados no tuvo parangón con los avances científicos, pues existía un total desconocimiento sobre el origen de la enfermedad y, sobre todo, los posibles medios de curación, surgiendo por doquier las soluciones basadas en la charlatanería, la superchería y el fraude. Las relaciones de casos recogidas en los libros médicos de la época registraban diversas propuestas de luchar contra la enfermedad –sin fondo científico al no existir una investigación sobre la raíz del problema– además de recopilarse ejemplos sobre la cura de enfermos ante una especie de inmunización causada mediante episodios de agudos brotes de fiebre, desarrollo de manchas y multiplicación de lepromas o en otros casos se tomaron las sanaciones como gracias divinas⁵.

La aversión, miedo y violencia mostrada por la población contra la lepra o sus portadores no estaba solo en el desconocimiento de la dolencia o la carencia de soluciones factibles, sino, sobre todo, en sus manifestaciones físicas, incapacitadoras de vivir en el seno del grupo social, es decir, romper los lazos de identidad, solidaridad y comunicación. La lepra es una afección crónica con una lenta evolución y un período de latencia comprendido entre los diez o doce años, teniendo, en general, tres grandes formas de manifestación: la tuberculosa, la máculo-anestésica y la mixta. La primera es la más espectacular en su manifestación física en los afectados, al presentarse en forma de nudosidades induradas, llamadas lepromas, surgidas preferentemente en el contorno de la nariz y frente, en forma de alas de mariposa. El

⁴ V.V.A.A. *Historia General de la Medicina*, 7 Tomos, Barcelona, 1976.

⁵ En Canarias las ejemplificaciones de milagros realizados en favor de los leprosos está encabezada por la Virgen de Candelaria. Entre otros milagros marianos, el padre Alonso de Espinosa destacó el concedido a Francisco Sánchez en 1531. El citado fue afectado por una enfermedad en el rostro, haciéndose todo *una llaga asquerosa*, de la que sanó gracias a untarse la zona con la aceite de la lámpara emplazada delante de la Virgen, véase ESPINOSA, A. de: *Historia de Nuestra Señora de Candelaria*, Santa Cruz de Tenerife, 1980, p.p. 193-194.

segundo tipo de lepra se caracteriza por la multiplicación de manchas pigmentosas y lesiones en los nervios periféricos, dando lugar a trastornos tróficos cuyo proceso degenerativo final supone la aparición de ulceraciones pustulantes, a las cuales suceden mutilaciones de mayor o menor intensidad. La mixta muestra síntomas de las dos tipologías descritas con anterioridad⁶. A la larga, el organismo del leproso –hí-

⁶ KOLLE, W.-HETSCH, H.: *Op. cit.* En Canarias a comienzos del siglo XIX se hacía una clara diferenciación entre cuatro tipos de afecciones leprosas:

a) Aquella donde el cutis aparecía muy seco y áspero con un color blanco purpúreo. La manifestación de lepra se localizaba primero en la cabeza y el cuello, aunque también se podía extender a toda la cabeza, así como en las extremidades. Los síntomas comunes a esta tipología eran pruritos y ardor molesto, en especial en las horas de la tarde y primera vigilia nocturna, comparándose este último con las manifestaciones más agudas de la sarna. Este tipo de lepra, según la creencia común, se curaba radicalmente con tratamiento.

b) La segunda era la más perniciosa, aunque menos común, adquiriendo el cutis un color oscuro, surgían en él una especie de escamas, costras pustulantes y otras afecciones. El resto del cuerpo se encontraba salvaguardado de todo mal, pero la respiración no era del todo libre y el afectado exhala una fuerte fetidez en su aliento. La posibilidad de recuperar al paciente era incierta, aunque se avanzaba en aquel momento en nuevas terapias.

c) La lepra conocida como elefantiasis se caracterizaba por tener los enfermos las piernas y los pies entumecidos y monstruosos –rara vez se enfermaban ambas–, con costras, pustulaciones, varices y úlceras, siendo esta especie de lazarinos los más frecuentes en Canarias. Se apuntaba por los médicos que mientras más monstruosa apareciera la enfermedad en el exterior más aliviado estaba el afectado. Los síntomas de esta y los del cuarto tipo de lepra solo podían ser paliados en parte.

d) La más rebelde para los médicos era la productora de graves deformidades en el rostro, al revestir unas veces las partes de la cara con costras de diversa elevación y forma y otras, sin manifestaciones cutáneas, se plasmaba en la delineación desordenada de las partes del rostro.

El régimen a seguir en el intento de curar la enfermedad lo ideó el médico Ballesteros, solución tomada como ejemplo para su aplicación en las islas por la Junta de Caridad y el obispado de la diócesis de Canarias. El método se basaba en obligar a los pacientes a tomar en ayunas suero de leche de cabra con dos onzas de zumo de plantas de la especie de *becabunga*, *berdolaga* o *berros*, convirtiéndose esta en la bebida usual de los infectados. Un puñado de las citadas hierbas se mezclaba con granos de *borraja*, *pimpinela*, *achicoria* y otras a los cuales se añadirían dos cucharadas de arroz, cuatro hojas de naranjo agrio y dos dracmas de cremor tártaro –tartrato ácido de potasio–, añadiéndose doce cuartillos de agua. Dicha mezcla se cocería lentamente durante media hora, tras lo cual se colaba y se le añadía una cáscara de limón. De la infusión resultante, el afectado bebería durante 30 o 40 días el agua, sin volverla a calentar, y en dicho

gado, riñones— se veían afectados intensamente por la enfermedad aunque su padecimiento no era contagioso, salvo, se creía, sí existía una relación prolongada con él. Del mismo modo, parecía descartada la transmisión hereditaria de dicho mal, aunque sí se demostraba con hechos el alto riesgo de contagio adquirido con una relación íntima con el enfermo. En los inicios del siglo XIX los médicos eran partidarios de aislar, con un régimen más o menos severo según la escuela del galeno, al enfermo, además de una drástica limpieza de utensilios y ropas⁷.

El bacilo de la lepra se multiplicaba y propagaba en aquellos países y lugares donde la sociedad se caracterizaba por las mínimas carencias de prevención sanitaria y falta de limpieza e higiene en las casas, los utensilios, los alimentos y las propias personas, además de manifestarse con mayor virulencia la enfermedad con la pobreza y pauperización. Estas últimas razones son las que influirán con similares incidencias en la aparición de la filarosis, extendida ampliamente durante el Antiguo Régimen en las zonas tropicales e intertropicales. Por contra de lo que creían los médicos de finales del siglo XVIII y principios del XIX, la elefancia y la lepra, pese a tener manifestaciones con cierto parecido, no estaban relacionadas entre sí, aunque afectaban con mayor incidencia a grupos sociales con iguales características económicas. La lepra se propagaba mediante un bacilo mientras la elefancia lo hacía a través de las larvas

espacio tomaría baños generales, preferiblemente en el mar, según las fuerzas e interés del paciente. Sus comidas debían basarse en pucheros con carnes tiernas y frescas, con preferencia de pollo, vaca, etc., acompañados por lechugas, calabaza, acederas o espinacas —además de algunas de las plantas citadas con anterioridad— y siempre guarnecidos con arroz. Los alimentos estarían condimentados con los polvos de los citados vegetales, mezclado con caldo o echando en una taza medio papel de ellos. El enfermo finalizaría su ingesta diaria con frutas jugosas y bien maduras para, tras el primer período de régimen, pasar a tomar leche de burra acompañada en una tercera parte con el citado zumo de berros, *becabunga* o *fumaria*. En todos los casos el paciente debía cuidar y limpiar con exhaustividad la ropa y ventilar los aposentos, impregnándolos alternativamente con vapores de azufre y vinagre. Ballesteros recomendaba prevenir la exposición de los pacientes al aire frío, al rocío, al sereno y la humedad severa, eligiendo el tiempo competente de curación en los equinoccios y, preferentemente, durante el estío, véase Archivo Cabildo Catedral de la Diócesis de Canarias. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁷ CONTRERAS MAS, A.-ROSSELLÓ VAQUER, R. *La asistencia pública a los leprosos de Mallorca (siglos XIV al XIX)*, Palma de Mallorca, 1990.

de la filaria. El parásito tenía como campo de acción los grandes vasos sanguíneos y linfáticos, desde los cuales invadía el resto de la circulación periférica⁸. Su propagación se producía a causa del mosquito anófeles –*Culex pipiens*, *Anopheles*–, el cual transmitía al hombre los embriones de la filaria en el momento de la picadura, mostrándose de forma diferente la filariosis en cada uno de los individuos, según su organismo. En general, podían ser destacadas tres tipologías asociadas a diversos síntomas: la urinaria, cuya afección se localizaba en los órganos urinarios; la genital, con dilataciones de las regiones ganglionares; y la cutánea o elefancia, presentadas en un alto porcentaje en las piernas –aunque también podía surgir en los órganos sexuales y las mamas–, de las cuales ocupa una o varias secciones. La última tipología da como resultado una gran hipertrofia de los miembros de los enfermos y el rápido crecimiento de grandes tumores, siendo habitualmente dichos ejemplos los más conocidos en la divulgación de la enfermedad por los investigadores y viajeros llegados a los países tropicales. Los enfermos de elefantiasis se convertían en un espectáculo para los ojos de los extranjeros visitantes de los bazares de la India pues en ellos era regularmente visibles individuos afectados por la elefancia de escroto empleando como pupitre o mesa sobre el cual realizaba cualquier tipo de transacción y concierto económico su tumor. Del mismo cariz son los relatos, en muchos casos casi increíbles, legados por viajeros del Próximo Oriente en donde describen a múltiples elefanciacos andar por las calles con su escroto tumefacto dentro de un carretón⁹. El tratamiento de la elefancia durante la Edad Moderna fue desconocido, salvo los de aconsejar a los afectados la emigración hacia regiones de climas fríos como medio de llevarles un control exhaustivo de su mal, además de recomendar en casos muy graves de extremada atrofia de escrotos o mamas la extirpación quirúrgica.

⁸ GUIART, J. *Manual de parasitología*, Barcelona, 1927.

⁹ GUIART, J. *Op. cit.* En su obra este autor cita haber observado un escroto cuyo peso llegó a los 105 kilos, tras el médico haberle sangrado y extraído parte de la linfa. En este estudio se citan con profusión un gran número de casos y de trabajos clínicos sobre la enfermedad.

1. LA LEPRO EN CANARIAS: RECURSOS SANITARIOS Y CENTROS DE ASILO

La lepra y la elefancia se manifestaron con profusión a lo largo de la modernidad en Canarias donde, como en el resto del mundo, las mínimas reglas de higiene grupal e individual apenas si se observaban entre la población, además de desconocerse las vías de propagación de cada una de ellas. La suciedad de las calles –cuyas normas de limpieza ocuparon algunos pliegos de las ordenanzas de las ciudades de las islas¹⁰–; su escaso empedrado; la acumulación de aguas fecales; la nula recogida de los desperdicios; la falta de agua potable; la carencia de una higiene personal mínima; etc., fueron el caldo de cultivo de ambas enfermedades, propagadas con cierta asiduidad entre una población, habitualmen-

¹⁰ MORALES PADRÓN, F.: *Ordenanzas del Concejo de Gran Canaria (1531)*, Sevilla, 1974. PERAZA DE AYALA, J.: “Las Ordenanzas de Tenerife y otros estudios para la Historia municipal de Canarias”, en *Obras*, tomo I, Santa Cruz de Tenerife, 1988, p.p. 67-329. LORENZO RODRÍGUEZ, J.B.: *Noticias para la Historia de La Palma*, tomo I, Santa Cruz de Tenerife, 1975, p.p. 414-427. En control sobre los animales con la intención de evitar que bebieran en las mismas pilas donde se recogía el agua de abasto; la limpieza periódica de las calles; y la localización de lugares específicos para muladares o vertederos ocupó parte del devenir diario de los regidores en las urbes canarias durante la Edad Moderna. La puntualización en cada una de las diversas ordenanzas de dichos aspectos fue una manera de prevenir mínimamente la sanidad pública. La insistencia sobre el cumplimiento de las normas profilácticas indican el reiterado incumplimiento de ellas, tal como acontecía, por ejemplo, en la comarca noroeste de Gran Canaria a mediados del siglo XVIII –1749– en el litigio emprendido por los vecinos de Gáldar contra los de Guía. La razón básica del conflicto residía en la mala calidad del agua de abastecimiento llegada a las fuentes de la urbe galdense. En una reunión celebrada por los vecinos del citado lugar –28 de febrero de 1749–, se acordó recurrir al cabildo de la isla, en donde el capitán Esteban Ruiz de Quesada, como representante popular, expuso, entre otras razones, que *el agua de abasto de aquel pueblo pasa por devajo del de Guía cruzando el barranco y así ba siempre ifcionada, aruxas y muchísimas inmundicias de los labaderos de Guía, del tránsito de los animales y otras asquerosidades que se dejan conciderar. Y aún dicha agua, además de su mala conformidad, sucede también que siendo cinco asadas, las quatro son para algunos regadíos de la Vega de Gáldar y barrancos, y la otra para el referido abasto. Y acontece de ordinario que por no bastar para el pueblo dicha asada es menester cercenar las otras quatro en que redunda daño y atraso a los predios*”, véase QUINTANA ANDRÉS, P.: *Mercado, jerarquía y poder social: La Comarca Noroeste de Gran Canaria en la primera mitad del siglo XVIII(1700-1750)*, Las Palmas de Gran Canaria, 1995.

te pobre, hacinada en casas o cuevas con mala ventilación, reducido espacio y escasa posibilidad de alimentarse de forma adecuada.

Ya son conocidas las quejas realizadas por Torriani –aunque auspiciadas por el presunto trato desconsiderado dado en la isla a su persona– de la poca luminosidad, falta de pozos negros y mínimas dimensiones de las casas de Santa Cruz de La Palma¹¹. Tampoco quedarán soslayadas durante el siglo XVIII las peculiaridades higiénico-sanitarias de los habitantes de las islas, donde, en la mayoría de sus lugares, se mantenían las características higiénicas de etapas pretéritas, tal como las describía George Glas a mediados de la centuria, pues además de la ausencia de unas mínimas condiciones de limpieza en el seno de las clases populares, el narrador se asombraba de tener la mayoría de sus componentes *bastantes piojos y no se avergüenzan por ello, pues las mujeres pueden verse sentadas en la puerta de sus casas quitándose unas a otras los piojos de la cabeza. La comezón es cosa corriente entre todas las clases y no se preocupan de curarla. Lo mismo puede decirse de las enfermedades venéreas, aunque esto último no es tan general como lo primero*¹².

Las graves carencias higiénicas se mantuvieron durante toda la Modernidad y se prolongaron hasta bien entrado el siglo XX, aunque ya, en general, restringida a los núcleos rurales y zonas marginales urbanas¹³. La penosa situación de la población canaria en este aspecto sustancial fue criticada con dureza por algunos ilustres visitantes, escandalizándose de la suciedad y las prácticas de despiojarse en público mantenidas por algunos sectores de la población, así como por despreciar *las más elementales normas de higiene, en tales condiciones no es sorprendente ver que estén llenos de miseria*¹⁴.

¹¹ TORRIANI, L. *Descripción de las Islas Canarias*, Santa Cruz de Tenerife, 1978, p. 242.

¹² GLAS, G. *Descripción de las Islas Canarias. 1764*, Santa Cruz de Tenerife, 1982, p. 113.

¹³ A mediados del novecientos, Madoz realizaba una descripción de las principales ciudades de las islas donde hacía hincapié en la limpieza de sus calles y en las construcciones de modernas viviendas, MADDOZ, P.: *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*, Salamanca, 1986.

¹⁴ VERNAU, R. *Cinco años de estancia en las Islas Canarias*, Madrid, 1981, p. 194. A fines del siglo XIX el médico Domingo J. Navarro hacía una áspera crítica de las condiciones higiénico-sanitarias de la ciudad de Las Palmas, en especial, de la calidad

A todo ello se sumaba la crónica falta de médicos y cirujanos en las islas debido a los escasos fondos de los cabildos insulares, de las instituciones asentadas en el lugar –Cabildo Catedral, obispado– y la mínima prosperidad de la mayoría de sus habitantes. La privilegiada posición económica de ciertos núcleos de Tenerife y La Palma durante gran parte del periodo moderno le permitió a su grupo de poder –mercaderes, grandes propietarios– contratar a un amplio y permanente número de galenos, muchos de ellos extranjeros, arribados a ambas islas en busca de prosperidad. En cambio, el resto del Archipiélago se vio periódicamente privado de todo socorro sanitario, limitándose este a las puntuales sangrías y disposiciones realizadas por los barberos/albítares del lugar. Por ejemplo, en Gran Canaria instituciones como el Cabildo Catedral o el secular debieron recurrir a un progresivo aumento en las ofertas de los salarios de los médicos como medio de lograr el desplazamiento de alguno desde Tenerife o la Península a la isla. Múltiples fueron las gestiones del Cabildo Catedral intentando el asentamiento de médicos peninsulares en Las Palmas, deduciéndose la perentoria necesidad en las numerosas cartas remitidas a sus correligionarios donde se les pedía colaboración, recomendación de médicos válidos y la imperiosa búsqueda de profesionales el cuidado de la salud de sus miembros, parientes de los prebendados y servidores de la catedral. En la mayoría de las ocasiones las gestiones se prolongaron durante meses o años hasta llegar a alcanzar resultados positivos. El traslado de prebendados del cabildo a Tenerife o la Península en busca de curación para sus males ante la falta de médicos en Gran Canaria fue un hecho habitual, tal como sucedía entre la población más pudiente, quedando el resto abandonada a su suerte en manos de curanderos, barberos-sangradores, etc. En los albores del siglo XIX la grave situación quedaba reflejada en el déficit numérico de médicos y cirujanos en las islas, además de reseñar su desigual distribución. En Fuerteventura, La Gomera y El Hierro apenas si se menciona algún barbero sangrador; las islas de Lanzarote y La Palma estaban entre las más afortunadas al contar la primera con un médico y nueve barberos sangradores y la segunda con un médico y un cirujano residente en la capital insular. En Gran Canaria, con una concurrida población, solo se registra un médico titu-

en el abastecimiento de los productos de consumo, las tipologías constructivas y las infraestructuras sanitarias, véase NAVARRO, D. J.: *Consejos de higiene pública*, Las Palmas de Gran Canaria, 1896.

lar en la isla, dos cirujanos –uno de ellos avecindado en Arucas– y una docena de sangradores. Por contra, el panorama sanitario en Tenerife estaba en consonancia con su estatus económico regional, la presencia de una importante colonia de comerciantes extranjeros y la demanda sanitaria efectuada por un grupo de propietarios con notables ingresos económicos, lo cual supuso registrar en la isla un total de ocho médicos, otros tantos cirujanos, tres boticarios y varios sangradores¹⁵. Pese a todo, la distribución de los profesionales sanitarios entre los diversos núcleos de Tenerife quedó limitada a los lugares de mayor población y a aquellos donde la circulación de capitales facilitaba la obtención de unos suculentos ingresos, tal como sucedía con La Orotava, Puerto de la Cruz, la Laguna o Santa Cruz de Tenerife, quedando el resto de los habitantes de la isla desprotegidos de todo socorro. La citada carencia de facultativos, la falta de higiene, la precaria alimentación, la tardanza en la creación de cordones sanitarios en las fases de contagio o el desconocimiento de la naturaleza de ciertas enfermedades desembocaron en la multiplicación de brotes epidémicos o en el arraigo de ciertas afecciones durante prolongado tiempo¹⁶. A pesar del citado panorama, en las islas se dieron considerables pasos en la lucha contra nefastas epidemias, caso de la viruela, pues en el archipiélago se aplicará la vacuna contra la enfermedad apenas un lustro después de ser descubierta por Jenner en 1796¹⁷.

¹⁵ ESCOLAR Y SERRANO, F., de. *Estadísticas de las Islas Canarias. 1793-1806*, Las Palmas de Gran Canaria, 1984.

¹⁶ BOSCH MILLARES, J. *Historia de la medicina en Gran Canaria*, Las Palmas de Gran Canaria, 1967. DÍAZ PÉREZ, A.M.-FUENTE PERDOMO, J.G. de la: *Estudio de las grandes epidemias en Tenerife. Siglos XV-XX*, Santa Cruz de Tenerife, 1990. BOSCH MILLARES, J.: *El Hospital de San Martín. Estudio histórico desde su fundación hasta nuestros días*, Las Palmas de Gran Canaria, 1940. MONZÓN, M.: *La pobreza en Canarias en el Antiguo Régimen*, Madrid, 1994. SANTANA, J.: *Cunas de expósitos y hospicios en Canarias (1700-1837)*, 1993, Madrid. SANTANA, J.-MONZÓN, M. *Hospitales de La Laguna durante el siglo XVIII*, Santa Cruz de Tenerife, 1995. QUINTANA ANDRÉS, P.: “La lepra y la elefancia en Canarias a comienzos del siglo XIX: su desarrollo, prevención e intentos de erradicación por las instituciones civiles y eclesiásticas”, en *Anuario de Estudios Atlánticos*, Madrid, 2000, nº 46, p.p. 417-490.

¹⁷ BEHENCOURT MASSIEU, A., de. “Inoculación y vacuna antivariólica en Canarias 1760-1830”, en *V Coloquio de Historia Canario-americana*, tomo II, Madrid, 1986, p.p. 279-308.

Dentro del general contexto de carencia y preocupación por las condiciones sanitarias de la población se debe enmarcar la asistencia sanitaria a determinados grupos de enfermos, destacados no tanto por su número –posiblemente, en el peor de los casos, suponían menos del 1% del vecindario– como por lo que representaban a los ojos de la población tal como sucedía con los leprosos y elefanciacos. En las islas dichas enfermedades no se convirtieron en una pandemia o incidieron en un elevado porcentaje de la población, pero sí se erigirían en una causa de temor popular, rechazo y marginalidad social para los afectados, independientemente que estos ya fueran originariamente apartados por su extracción social, económica o jurídica en una sociedad desigual. Los leprosos y elefanciacos comenzaron a convertirse en un problema para la sociedad urbana canaria desde finales del siglo XV e inicios de la siguiente centuria, cuando se cuestionó dónde aislar a este tipo de pacientes incurables, sobre todo ante la escasa consolidación de la sociedad y la ausencia de instituciones dedicadas y dotadas para asumir los gastos de la reclusión. En un primer momento se decidió fundar un hospital para tales enfermos –leprosos, gafos y afectados por otras enfermedades presuntamente contagiosas– situado en la isla de Gran Canaria e intitulado de San Lázaro¹⁸. La institución se fundó a demandas del Cabildo de la isla antes de noviembre de 1510, pues ya en esta fecha el monarca ordenaba al mayoral de la casa de leprosos de Sevilla remitiera al Concejo de Gran Canaria un traslado fiel de sus ordenanzas y constituciones, destinándolas al *que se ha edificado en dicha isla* para asilar a los enfermos del citado mal¹⁹. En el resto del Archipiélago las autoridades locales y sus vecindarios no ofrecieron ninguna contribución favorecedora de fundaciones pías destinadas al cuidado de los enfermos lazarinos. Al contrario, en todo momento intentaron aislar a los presuntos leprosos dentro de sus casas o alejarlos de los núcleos de población, apartándolos hacia las áreas más inhóspitas, además de demandar fueran enviados a Gran Canaria, tal como solicitaba el Cabildo de Tenerife cuando aprobaba trasladar forzosamente a Las Palmas a todos los habitantes contagiados en 1511. Ya desde 1508 la citada corporación obligó a todos los leprosos de la isla a ubicarse en

¹⁸ BOSCH MILLARES, J. *Los hospitales de San Lázaro de Las Palmas y de Curación de la ciudad de Telde*, Las Palmas de Gran Canaria, 1954.

¹⁹ AZNAR VALLEJO, E. *Documentos Canarios en el Registro del Sello (1476-1517)*, La Laguna, 1981, p. 166.

los alrededores de la ermita de San Lázaro en La Laguna, bajo pena de ser forzados a embarcarse hacia lazaretos situados en Castilla, aunque en 1518, ante la avalancha de infectados y el incumplimiento de las disposiciones tomadas para la erradicación de los enfermos, se intentó crear una casa asilo destinada a tal fin en la isla –para ello se aducía estar el hospital de Las Palmas junto al mar y en tierra de mucho calor, lo cual no repercutía favorablemente en la mejora de los enfermos–, quedando la propuesta sin resolución. La multiplicación de los afectados por la lepra en Tenerife influyó en una decisión de urgencia del Cabildo tinerfeño, cuando dispuso edificar una casa de acogida en Santa Cruz, fundamentando dicho acuerdo en haberse *enviado a la isla de Canaria muchos enfermos e non tan solamente no los han querido recibir, e que la limosna que el Cabildo hiciere e otras personas hicieren sean con condición que la casa de San Lázaro de Gran Canaria, ni mayordomo de ella, ni otra casa alguna, ni oficial della, no tengan derecho alguno sobre la casa de San Lázaro que en esta isla se hiciere*²⁰

La dilatación en la construcción y el posterior abandono del proyecto abocó a la definitiva solución de trasladar a los enfermos tinerfeños a Gran Canaria, en donde ellos y el resto de afectados, teóricamente, debían estar aislados de la población, aunque muchos pululaban por la ciudad e islas solicitando limosnas para la institución. El fracaso de la edificación y dotación del asilo en Santa Cruz de Tenerife llevó a las autoridades insulares a demandar en diversas ocasiones la expulsión de todos los lazarinos de Tenerife, siendo reiteradas las quejas en febrero –se rogaba encarecidamente al rey les *haga justicia en mandallos echar de la isla a la de Grand Canaria, do es la casa de señor San Lázaro*–, en abril y agosto de 1523²¹. Los llamamientos a los lazarinos de acatar las órdenes reales/cabildalicias y el forzoso traslado a Gran Canaria no fueron cumplidos con la celeridad recomendada por un grupo humano conformado, habitualmente, por marginados con escasos fondos para alimentarse y procurarse el pasaje necesario para su marcha hacia Las Palmas. Una vez más, las requisitorias a los leprosos comunicadas por el Cabildo de Tenerife se hicieron presentes en junio de 1538 cuando, a través de pregones públicos divulgados en la plaza de los Remedios de

²⁰ SERRA RÁFOLS, E.–ROSA OLIVERA, L., de la. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife (1514-1518)*, acuerdo de 22 de febrero de 1511, La Laguna, 1956, p. 217.

²¹ SERRA RÁFOLS, E.–ROSA OLIVERA, L., de la. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife (1518-1525)*, La Laguna, 1970.

La Laguna, se mandaba salir de la isla a su costa a todos los malatos de San Lázaro en un plazo de seis días, *so pena que se proçederá contra ellos por todo rigor de justiçia*²², pero, como ya era habitual en cualquier disposición sobre el tema nada se hizo respecto a este asunto por ninguna de las partes. Aún en 1541 el Cabildo tinerfeño habilitaba a los regidores Pedro de Trujillo y Juan de Meneses para demandar información a los médicos de la isla sobre las personas enfermas de dicho mal y hacer una relación para su embarque rumbo a Gran Canaria, debiendo costear el desplazamiento los afectados o, en último caso como medio de evitar su presencia en la isla, abonando los pasajes el ayuntamiento con sus fondos.

Por tanto el hospital de San Lázaro de Las Palmas se convirtió en un centro de recogida de leprosos y elefanciacos procedentes de todas las islas, todos ellos remitidos por orden de los apoderados de la propia casa –con poder de la institución para decidir sobre si se tomaba como enfermo al señalado– o por los médicos/regidores de los cabildos insulares. Las peculiaridades de las enfermedades tratadas en el hospital, la aversión de la población hacia los contagiados y el presunto aislamiento del centro favoreció una situación de desvinculación social de esta obra pía, cuya consecuencia más palpable fue la crónica situación de penuria de sus finanzas y la reducida labor sanitaria llevada a cabo en el hospital, muchas veces, como se ha apuntado, sin la presencia de un médico o cirujano titular. La grave situación económica llevó a los enfermos a procurarse el sustento solicitando limosna por las calles de la ciudad y caminos con el consiguiente escándalo, rechazo y denuncias de una parte del vecindario. El citado hecho y la presión ejercida en la corte por los enviados de varios cabildos insulares llevaron a la intervención real. La incapacidad de las entidades locales para sostener económicamente a la institución supuso el paso de esta a la jurisdicción del Patronato Real, siendo sentenciado el proceso mediante la real cédula de 25 de noviembre de 1556. En ella se dictaban las normas de incorporación y se recordaba el forzoso traslado de todos los enfermos confirmados por malatos al hospital de San Lázaro de Las Palmas. El pase a la jurisdicción real y la orden no modificaron la situación general imperante, al mantenerse su régimen interno en los mismos términos hasta entonces

²² MARRERO, M.-PADRÓN, M., RIVERO, B. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife (1538-1544)*, La Laguna, 1997, p. 23.

establecidos, es decir, el casi total descontrol sobre un elevado número de elefanciacos y leprosos pululantes por la ciudad y sus lugares de residencia.

Las disposiciones de régimen interno durante la modernidad se mantuvieron en consonancia con las normas establecidas en el lazareto hispanense con una estructura y gobierno interno encabezado por un juez conservador y privativo –erigido como tal representante desde la real cédula de 12 de septiembre de 1737–, siendo este en un primer momento el regente de la Real Audiencia –el primero en acceder al cargo fue don Diego Adorno²³– y tras su cese u óbito recaería la función en el oidor decano de ese tribunal hasta nueva elección real. Además, en la institución existía una jerarquía interna conformada por un mampastor, un clavero, un capellán, etc., sumándose a ellos las aportaciones de los cargos elegidos entre los enfermos, como eran los dos ayudantes o asesores del mayordomo²⁴. La supervisión del hospital por un juez privativo estará vigente hasta la real orden de 16 de julio de 1833 cuando se dispuso pasaran todos los hospitales a ser tutelados por juntas de caridad.

En sus primeros años de existencia el hospital debió estar formado por un grupo de chozas o casas alrededor de un espacio o plaza capaz de darle cierta unidad al conjunto, con cocina, comedor, lavaderos y letrinas comunales. La primera sede hospitalaria se situó próxima a la muralla norte, en las afueras de la ciudad de Las Palmas para, en las

²³ La real cédula recordaba haberse tomado dichas disposiciones al tener noticias de las actuaciones del mampastor, el racionero José de Betancort, cuya indolencia en el cargo le había llevado al casi total abandono del gobierno de la casa, sin observar su cabildo, ni las rentas o la defensa de sus derechos a beneficio de la fábrica y pobres. A las graves faltas sumaba la de estar inculgado en variado número de enajenaciones de mercancía llevadas a cabo de forma fraudulenta en detrimento de los internos malatos *que por ser tantos y no tener con qué mantenerse se ben presizados a mendigar el diario sustento faltando de aquel retiro que prebiene la regla, como presiso resgurado del contagio que deve tener más con el arbitrio que ha ynventado su necesidad de comprar el tabaco por libras y venderlo por menor en grave perjuicio de mi real patrimonio y de la salud pública*. La orden otorgaba poder al regente con la obligación de intervenir en atajar los desórdenes y visitar a los enfermos, dando de todo ello cuenta al Consejo de Cámara. Al unísono, se disponía la suspensión de la venta de las propiedades del hospital sin previa aprobación de dicho órgano superior, véase A.H.P.L.P. Sección Reales Cédulas para Canarias. Tomo VIII, folios 57 recto-58 recto.

²⁴ BOSCH MILLARES, J. *El Hospital...Op.cit.*

primeras décadas del siglo XVI erigirse en el lugar un modesto edificio donde se haría la fundación del asilo lazariano. El arribo a las costas de la isla de la armada holandesa al mando de Van der Does en 1599 marcará, como para otra institución de la ciudad, un punto de inflexión en la anodina trayectoria de la entidad. En la contienda el edificio quedará parcialmente destruido, al tomarse como una de las posiciones de las avanzadillas holandesas en su definitivo ataque a la ciudad, sirviendo sus muros de protección para los cañones y mosquetes del enemigo²⁵. Tras la marcha de los corsarios, la situación interna y económica de la institución llegó a ser extremadamente crítica ante la imposibilidad de volver a reconstruir su sede solo con sus reducidos ingresos. La destrucción del hospital y asilo de enfermos supuso una gran rémora al necesitar hipotecar gran parte de su patrimonio como medio de comenzar a fabricar de nuevo las edificaciones mínimas para el acomodo de los enfermos. Los fondos con los que contaba la institución eran limitados, ciñéndose a los ingresos procedentes de varios censos enfiteúticos y a las rentas obtenidas de sus propiedades en la ciudad. De esta manera, en el primer tercio del siglo XVII se enajenaron buena parte de sus inmuebles urbanos a censo enfiteútico y reservativo con el fin de lograr acumular el capital necesario para la obra. El conjunto de sus propiedades era escaso, sobre todo si se ceñían a los solares y casas, pues en el primer tercio de la centuria solo se vendió una vivienda valorada en 48.000 maravedís, volumen y cantidad irrisoria si lo comparamos con las 1.565 propiedades y los 106 millones de maravedís intercambiados entre 1600-1650 en Las Palmas²⁶. Por contra, en el mercado de compraventa de parcelas acompañadas por casas y agua el hospital logró traspasar siete propiedades inmuebles entre 1621-1651, todas ellas emplazadas alrededor del nuevo edificio del hospital, ya dentro de la muralla norte, en las cercanías de la casamata situada al pie de la montaña de San Francisco. La perentoria necesidad de construir una sede hospitalaria adecuada para los enfermos obligó a la venta de los terrenos a censo perpetuo, abandonando la utilización del arriendo como forma

²⁵ RUMEU DE ARMAS, A. *Piraterías y ataques navales a las Islas Canarias*, Madrid, 1947-1950.

²⁶ QUINTANA ANDRÉS, P. *Producción, ciudad y territorio: Las Palmas de Gran Canaria en el Seiscientos*, Las Palmas de Gran Canaria, 1997. Del mismo autor, *Las Palmas. Sociedad, economía y desarrollo urbano en una ciudad atlántica en el siglo XVII*, Madrid, 2014.

de captación del capital –empleado con prodigalidad en la anterior centuria–, pues a la larga este tipo de contrato influía en el deterioro de los rendimientos medios de las parcelas²⁷.

El nuevo edificio irá surgiendo lentamente en función de los ingresos, dotaciones reales y limosnas de los vecinos, ubicándose este definitivamente dentro de la muralla –tenía forma rectangular con unas dimensiones aproximadas de 60 por 58 varas²⁸–, aislado del resto del vecindario, entre las frondosas y productivas huertas situadas al norte de la muralla, permaneciendo en tan apartado lugar hasta la segunda parte del siglo XIX.

Tras el desastre de 1599 la institución comenzó a recibir sus primeros enfermos de manera oficial a partir de 1614, fecha donde se cita la reconstrucción de su sede²⁹, aunque después del asalto se debieron acoger obligatoriamente a él los elefanciacos y leproso de las islas. Los lazarenos internos y los incorporados a lo largo de esa fase fueron encargados de solicitar limosnas por todas las islas cuyo destino era la construcción del nuevo hospital. La fecha de 1614 no significó la conclusión del edificio e iglesia, pues su finalización se prolongó por algunos años más. Incluso, en 1605 el omnipresente Cabildo Catedral dio a la edificación, a causa del tipo de enfermo tratado y las características sociales de casi todos ellos, hasta 26.400 maravedís como *ayuda a la fabricación de la*

²⁷ Archivo Histórico Provincial de Las Palmas. Sección: Protocolos notariales. Legajo: 1.050. Folios rotos. Fecha: 5-11-1614. En ese año el mayordomo del hospital vendía a Francisco Hernández, vecino de Las Palmas, el sitio correspondiente a las casas y hospital viejo localizado fuera de la muralla, al cual se sumaba 2 ½ fanegadas de tierra –con una hora de agua– situada alrededor de la devastada construcción. Lindaba la propiedad con el camino en dirección al Puerto de las Isletas; por otro lado con las tierras de Cristóbal de Portes y Andrés Ortiz. El bien se traspasaba por 2.500 maravedís de renta perpetua anual. Además de esta, como se apuntó, se traspasaron otras parcelas de tierras y huertas en los alrededores de la nueva sede del hospital, entre la muralla norte de Las Palmas, el camino hacia el Puerto y la montaña de San Francisco. En 1623 se concedía a censo reservativo un cercado por un principal de 177.600 maravedís; en 1624 otro por 42.240; en 1625 dos por un montante de 192.000 maravedís; otro en 1646 por 147.120 maravedís; y finalmente, una parcela en 1647 por 168.000 maravedís, véase QUINTANA ANDRÉS, P.: *Producción,...* *op. cit.* Del mismo autor, *Las Palmas... op. cit.*

²⁸ MADOZ, P. *Op. cit.* p. 176.

²⁹ BOSCH MILLARES, J. *Historia de la medicina... Op. cit.*

*casa, que haçen intramuros*³⁰. Las dádivas reales también alcanzaron a los malatos tras elevarse hasta Felipe III las demandas de contribuciones mediante varios memoriales enviados a la corte en 1600, 1602 o 1609, que, pese a sus patéticos relatos no encontraron la anuencia real en el primer momento. En 1602 los enfermos recordaban al monarca el daño ocasionado por los holandeses *en quemar el dicho Ospital y por no aber otro en las dichas islas estamos sin casa, bibiendo en el canpo, en las quebas al frío y al sereno y por nuestra gran pobreza no pueden bolber a redificar la dicha casa y Ospital*³¹

Los administradores de la casa pensaban centrar la única solución para la obtención de ayudas el recurrir al poder central, pues todo lo demás sería dilatar una edificación no asumible con solo las contribuciones de la población. En una de las cartas se planteaba al rey la posibilidad de una contribución extraordinaria de 316.800 maravedís, todos ellos tomados a través de *las condenaciones que el doctor Arias, regente de las islas de Canaria, a hecho a los estrageros por comisión que de Vuestra Magestad tiene*³²

Felipe III se limitó a pedir un informe a la Real Audiencia de Canarias sobre la situación y lo manifestado por los representantes del hospital aunque esta si la hubo, no determinó un cambio de la postura real, cuyas arcas y rentas estaban en plena crisis, pues ya había concedido parte de los ingresos de las rentas del subsidio y excusado en la ayuda a la consolidación y reconstrucción de las fortificaciones de Las Palmas. En 1609 los pobres del hospital volvieron a remitir una nueva misiva a la Cámara de Castilla, ante la imposibilidad de conseguir el capital suficiente para iniciar la fábrica del edificio, demandando ser equiparados en mercedes a los conventos de la ciudad –San Francisco, San Pedro Mártir y el convento femenino de San Bernardo–, a los cuales se les había concedido sustanciosas rentas para su reedificación. Los pobres del hospital, a través de sus representantes, recordaban a Felipe III haber servido el edificio hospitalario y su iglesia durante tres días a los corsarios holandeses de trinchera, por lo que *destechando y derribando las paredes para hazer trinchera de ellas, y assí todo lo derribaron*

³⁰ A.C.C.D.C. Actas del Cabildo. Tomo IX. Sesión de 16-12-1605.

³¹ Archivo General de Simancas. Cámara de Castilla. Legajo: 851. Expediente: 38. Fecha: 1602.

³² A.G.S. Cámara de Castilla. Legajo: 851. Expediente: 38. Fecha: 1602.

quemándole la yglesia, ymágenes, retablos y hornamentos, por manera que los dichos pobres padessen al presente, que no tienen sino unas malas casitas de paja y tierra donde curarse, ni yglesia ni hornamentos donde les digan missa. Y con las pocas limosnas que han podido juntar y la Çiudad les a dado, ancomençado a reedificarlo y no podrán passar adelante en el edificio porque los que podían darles limosna se la an dado ya y no tienen de dónde poder tener remedio por la pobreza de la tierra. Y Vuesa Magestad hizo mersed y limosna a los conventos de Santo Domingo y San Francisco y a las monjas de aquella ciudad para su reedificio y ellos fueron los más lastimados y son los más necessitados y pobres y por no tener con qué embiar persona a Vuesa Magestad en aquel tiempo como embió cada uno de los conventos³³

A través de esta carta solicitaban, una vez más, la igualdad con el resto de instituciones de la isla, recordando su condición de hospital adscrito al Patronato Real. La carta pedía se les diera una limosna, cuya cuantía sería detraída de las rentas del almojarifazgo y las penas de cámara recaudadas en Gran Canaria. Una vez más, el monarca solicitaba informes a la Real Audiencia de las islas mediante carta datada el 26 de junio de 1609. La Real Audiencia debió hacer un informe sobre la situación de las penas de cámara y demás rentas, aunque, como sucedió con las otras comunicaciones, no se sustanció ninguna resolución. Seguramente, las dádivas del monarca debieron arribar a la isla en favor de los lazarinos siendo, en todo caso, insuficientes, ya que el hospital vio avanzar su construcción solo a partir de 1635³⁴, gracias a diversas contribuciones del vecindario y al interés de su mampastor, el doctor Francisco de Meneses, el cual pretendió en su mandato finalizar la obra de la iglesia de dicha institución. En el citado año se contrató la compra de la madera necesaria para la conclusión de su fábrica por un montante de 72.000 maravedís, insuficientes a todas luces pues se concierta otro acuerdo de suministro de madera en 1638³⁵. El hospital, pese a las apor-

³³ A.G.S. Cámara de Castilla. Legajo: 953. Expediente: 15. Fecha: 20-3-1609. Se recibe en la Corte el 19-6-1609.

³⁴ Francisco Afonso, principal, Bartolomé de Acosta, Álvaro González y Domingo Jorge como fiadores, todos ellos aserradores, se comprometían a cortar la madera necesaria para la obra, entregándola en el Pinar. Los trabajadores recibirían 48.000 maravedís por adelantado, véase A.H.P.L.P. Protocolos notariales. Legajo: 1.157, folios 416 r.-417 v. Fecha: 29-12-1635.

³⁵ A.H.P.L.P. Protocolos notariales. Legajo: 1.129, folios 248 r.-249 v. Fecha: 26-

taciones de particulares³⁶, solo verá finalizada la obra de reconstrucción y nueva fábrica en 1657, en paralelo a la regularización de sus entradas económicas³⁷, no conformando estas aún rentas lo suficientemente sustanciosas para abonar de forma regular los salarios del médico y lograr afrontar los gastos cotidianos de la institución³⁸.

A partir de esos momentos, salvo los cambios introducidos en su organización en 1737, el hospital mantendrá su estructura administrativa y las normas de régimen interno a aplicar a sanitarios y enfermos, pese a ser muchas de las disposiciones adoptadas muy criticadas por las autoridades locales y los miembros más notables de la sociedad del momento. Así, fray José de Sosa decía no ser justo dejar en sus casas a algunos leprosos y elefantiacos, sin obligarlos a residir en el hospital por ser sus males *enfermedades epidémicas*. Al unísono, era muy contraria la opinión del vecindario a la política hospitalaria de nutrir sus fondos mediante las periódicas limosnas recaudadas por sus enfermos, la mayoría distribuidos por Las Palmas y los campos de Gran Canaria, con pavor de muchos de los ciudadanos que veían en ello un medio de propagar las infecciones y trasladar directamente a todos los vecinos visiones truculentas a causa de las deformidades³⁹. En el resto de las islas la presencia de recaudadores y limosneros de la institución fue cotidiana –algunos responsables en Fuerteventura y Lanzarote fueron nombrados reiteradamente como

12-1638. Melchor de los Reyes, fraguero, suministraría 42 palos de tea limpia, depositándolos en el lugar de *los Bailaderos*, allí donde pudiera entrar bien las yuntas y gentes. La madera se destinaba a la construcción de la capilla del hospital. El trabajo de Reyes se tasaba en 10.728 maravedís, entregándosele en tres pagas.

³⁶ Entre ellas destacó la donación del licenciado Agustín de la Peña Aguiar, capellán del rey en la catedral, el cual entregó una escultura de un Cristo de tres cuartas de alto para su colocación en la capilla mayor, pues esta no contaba en esos momentos con un crucifijo. A su vez, Peña suscribía la imposición de una misa anual a celebrar en la capilla hospitalaria, véase A.H.P.L.P. Protocolos notariales. Legajo: 1.135, folios 433 r.-436 v. Fecha: 30-5-1645.

³⁷ RUMEU DE ARMAS, A. *Op. cit.* Tomo III, 1ª parte, p. 288. QUINTANA ANDRÉS, P.: *Desarrollo económico y propiedad urbana: Población, mercado y distribución social en Gran Canaria en el siglo XVII*, Madrid, 1999.

³⁸ BETHENCOURT MASSIEU, A., de. “El Hospital de San Lázaro, el doctor Cubas y el Cabildo de Gran Canaria (1647-1657)”, en *Revista de Historia Canaria* nº 169, La Laguna, 1973, p. p. 101-109.

³⁹ SOSA, Fray J., de. *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*, Madrid, 1994, p. p. 73-74.

representantes del hospital—, pasando estos a obtener fondos por todos los pueblos y también a reconocer enfermos para ser trasladados a la leprosería de Las Palmas. La última actividad fue muy criticada por su drástica y desproporcionada incidencia en la vida del tildado de leproso o elefanciaco y de su familia, pues los sospechosos eran de inmediato rechazados por sus vecinos, incluso aunque posteriormente fueran declarados sanos. El designado como leproso debía entregar forzosamente todos sus bienes a los fondos del hospital, como vía de favorecer los intereses de la institución y facilitar la manutención del encauzado, sin que, en teoría, se reservara una parte para el sustento de los familiares. Las únicas salvedades se realizan con la gente pobre declarada lazarina, pues al no tener propiedades, *se les deja que subsistan lo mejor que pueda o que se mueran por la calle*⁴⁰. La arbitraria y recaudatoria actitud de la entidad respecto a los enfermos fue una de las principales rémoras para el rechazo social de la institución, además de implicar mayor marginación de los afectados al añadirse a su exclusión social la económica, en la cual caían irremediabilmente los enfermos declarados. Así, la llegada de los delegados de San Lázaro a islas como Fuerteventura y Lanzarote dejaba un reguero de sinsabores y penas entre algunos pobres señalados como enfermos y sus familias, obligados a contribuir con parte de sus haciendas como modo de evitar dejar desamparados a hijos, mujeres y padres. Ejemplo de ello fue la visita realizada en 1698 a Fuerteventura por Manuel de Acosta, representante de los intereses del hospital en la isla. En una de sus actuaciones acordó con Ana Ruiz, mujer de Salvador de Cabrera, vecina de Pájara y declarada enferma, de eludir su entrada en el hospital mediante el pago de un *superávit*, al ser *muger pobre y de muy pocos vienes*. Sus carencias no impidieron a Acosta tomar al matrimonio la cuantía de 4.800 maravedís para la casa a cambio de no pagar más por los días de su vida y no ser molestada por ningún hermano⁴¹. Idéntica situación se registra en 1712, cuando Jerónimo Figueredo, hermano lazarinero, pasa a Lanzarote, isla en la que concertó con Cosme Miguel,

⁴⁰ GLAS, G. *Op. cit.* p. 129.

⁴¹ Entre septiembre y noviembre de ese año el citado enviado ajustó con Juan Alonso García, vecino Santa Inés y enfermo, una aportación a fondo perdido de 6.240 maravedís, entregados de una sola vez. Similar trato hizo con Cristóbal Díaz, vecino de Maninagre, por 2.400 maravedís, permitiéndoles a ambos no trasladarse a Las Palmas, véase A.H.P.L.P. Protocolos notariales. Legajo: 3.006, folios 20 r.-21 r., 47 r.-48 r. y 55 v. Fecha: 27-9, 10, y 19-11-1698.

tocado del *achaque de San Anttón*, aunque reconociendo *la pobreza que le assiste y por ella la falta de medios para el mantenimiento de su mujer y hijos*, la entrega de 5.040 maravedís a cambio de permanecer en su localidad de residencia⁴². Aunque no siempre los acuerdos se llevaron de forma clara y libre de sospechas de presión sobre los presuntos enfermos para que estos trasladaran la titularidad de sus bienes a favor del hospital. En todas las ocasiones registradas donde se plantean pleitos entre el declarado presuntamente lazarinero o sus familiares y el hospital la herencia económica de los potenciales enfermos era lo suficientemente importante como para trascender los cauces normales coercitivos empleados contra los grupos de desfavorecidos, cuya llegada y estancia en el hospital no interesaba a sus administradores –al no ser compensado monetariamente el alojamiento y sustento– pese a incumplirse la ley⁴³.

Bienes propiedad del hospital de San Lázaro en la isla de Lanzarote (1792)

Antiguo propietario	Bienes inmuebles	Dimensiones	Valor en pesos	Renta anual generada	Localización
Domingo Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	½ fanegada	12 pesos	4 almudes trigo	Llano del Paso de Trujillo (Haría)
Domingo Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	2 celemines	6 pesos	2 almudes trigo	Fagaso (Haría)
Domingo Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	2 celemines y 3 árboles	100 pesos	6 pesos	Haría
Domingo Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	1 ½ fanegada con árboles y tuneras	150 pesos	9 pesos	Malpaís de Máguez (Haría)
Luis Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	9 celemines	18 pesos	½ fanega trigo	Llano del Pozo (Haría)
Luis Perdomo, vecino Haría	Suerte de tierra	Cuartilla con dos higueras	20 pesos	10 reales plata	Haría

⁴² A.H.P.L.P. Protocolos notariales. Legajo: 2.792, folios 357 r.-358 v. Fecha: 7-9-1712.

⁴³ QUINTANA ANDRÉS, P. “La lepra y la elefancia... *art. cit.* Del mismo autor, “La lepra en Telde durante la Edad Moderna: enfermedad, marginación y pobreza”, en *Guía histórico-cultural de Telde*, nº 23, Telde, 2012, p.p. 13-17.

Antiguo propietario	Bienes inmuebles	Dimensiones	Valor en pesos	Renta anual generada	Localización
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Casita		70 pesos	4 pesos	Los Valles
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	2 fanegadas	200 pesos	5 fanegas de trigo	Territorio de Juana Gutiérrez
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	1 fanegada	30 pesos	1 ½ fanega de cebada	Los Cascajos
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	1 fanegada	80 pesos	2 fanegas de trigo	Valle y territorio de Juan de Armas, en el Cercado de San Pedro
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	½ fanegada	18 pesos	½ fanega de trigo	Peñas del Vero o Alonso Mateo
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	1 fanegada	36 pesos	1 fanega de trigo	Territorio de Juan de Mesa o del Vallichuelo, donde dicen la Perita de Vero
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	9 almudes	20 pesos	½ fanega de trigo	Los Cascajos
Álvaro Ortiz, vecino Haría	Suerte de tierra	1 ½ fanegadas	90 pesos	2 ½ fanega de trigo	Tabayesco, en el Lomito de Morera
Sebastián de León, vecino los Valles	Suerte de tierra	1 fanegada tierra labradía	24 pesos	10 almudes de trigo	Costa de Teseguite, donde dicen la Tigala de la Higuera
Sebastián de León, vecino los Valles	Suerte de tierra	7 celemines	24 pesos	10 almudes trigo	El Mojón, donde dicen el Lomito Blanco
Sebastián de León, vecino los Valles	Suerte de tierra	½ fanegada	20 pesos	7 almudes de trigo	Valle de Juana Gutiérrez
Sebastián de León, vecino los Valles	Suerte de tierra	½ fanegada	18 pesos	6 almudes trigo	La Tigala, por debajo del Mojón
Sebastián de León, vecino los Valles	Suerte de tierra	1 celemin y 3 cuartillas	20 pesos	6 almudes de trigo	Los Valles, en el Llano de Guntensive

Antiguo propietario	Bienes inmuebles	Dimensiones	Valor en pesos	Renta anual generada	Localización
Francisco de León, vecino del Mojón	Suerte de tierra	½ fanegada labradía	24 pesos	½ fanega de trigo	Montaña del Calvario, debajo de la ermita de San Sebastián
Francisco de León, vecino del Mojón	Suerte de tierra	4 celemines	15 pesos	4 almudes de trigo	Lomo Blanco
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Casas, aljibe y parte de tahona		210 pesos	8 pesos	Yuco
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	15 celemines	80 pesos	2 ½ fanegas de trigo	Cantos de Liria
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	1 fanegada y 9 celemines con algunas viñas y árboles	180 pesos	10 pesos	Rostros Blancos
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	1 fanegada	80 pesos	2 ½ fanegas de trigo	Las Breñas
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	1 fanegada	80 pesos	2½ fanegadas de trigo	Detrás de la ermita de Nuestra Señora del Socorro
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	5 celemines	40 pesos	1 fanega de trigo	Junto a la ermita de Nuestra Señora del Socorro
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	½ fanegada	18 pesos	½ fanega de trigo	Peñas de Ynosta
Presbítero Félix Valiente, vecino de Yuco	Suerte de tierra	5 celemines y 1 cuartillo	70 pesos	15 almudes de trigo	Los Sitios

Fuente: A.H.P.L.P. Sección: Protocolos notariales. Legajo: 2.878.

Nota: Elaboración propia.

Los más perseguidos y obligados a la reclusión en Las Palmas fueron los miembros integrados en los grupos menos favorecidos –incapaces de abonar unas mínimas cantidades para la compra de su libertad–,

siendo excepcional la presencia de enfermos del sector privilegiado y aún la propia denuncia contra alguno de sus miembros, salvo los procesos donde no se llegó a ciertas componendas positivas para ambas partes, quedando, seguramente, en muchos casos establecido un silencio oficial y público sobre el enfermo a cambio de alguna compensación o legado económico. Así, los miembros declarados por leprosos del Cabildo Catedral nunca fueron molestados por el mampastor del hospital durante la fase estudiada, pese a ser notorio el malestar existente en el seno del Cabildo contra algún prebendado en 1797. La razón del revuelo estaba en reconocerse en algunos capitulares los síntomas de la lepra con la clara oposición de sus compañeros a la presencia en el coro y las reuniones de los tildados de enfermos, *siendo un mal tan conocidamente contagioso, puede pegarse a los demás señores si no se toman las debidas precauciones con la separación de aquellos vestuarios que más rozan con el cuerpo*. Los prebendados enfermos no fueron molestados por los médicos del hospital, pese a ser el mampastor de la entidad un miembro del Cabildo conocedor de las reglas sobre la lepra. El Cabildo eclesiástico dispuso, deseoso de evitar posibles contagios, situar en la sacristía mayor un cingulo, un amito y un alba para el uso exclusivo a los sospechosos de contagiados, además de obligar al sacristán mayor –tomado como leproso por sus compañeros– a señalar en su lugar otro sacerdote cuyo trabajo sería servir por él en las funciones del altar, manejar los vestuarios eclesiásticos y los utensilios empleados en la celebración de la misa⁴⁴.

Un caso singular en el sector eclesiástico se contabilizó en 1835 en la isla de Lanzarote cuando fue declarado leproso en último grado don Francisco Figueras, párroco de Tías, motivo suficiente para su cese temporal en todas sus funciones por el obispo y su sustitución por un coadjutor, don Antonio Fajardo. La progresión de la enfermedad le había impedido en el momento del cese administrar los sacramentos y cumplir con cualquiera de las funciones parroquiales. En noviembre de 1835 se pedía informes al médico de Lanzarote –don José Betancourt– sobre la situación de Figueras al afectar el mal considerablemente todo su cuerpo, influyendo negativamente en la feligresía concurrente al asociar la ceremonia de la misa con una sensación *asquerosa e indecente dicha sagrada función del mismo*. El médico declaraba ser el estado de

⁴⁴ A.C.C.D.C. Actas del Cabildo. Tomo LX. Acuerdo de 14-3-1797.

Figueras –con ulceraciones en pies y piernas, con aspecto *asqueroso, horrible y hediondo*– tal que, seguramente, las celebraciones cara al público supondrían horrorizar a los presentes y progresivamente no acudir a las celebraciones religiosas ningún vecino. El informe llevó al obispo Romo a tomar la decisión de suspender temporalmente a Figueras de celebrar la misa, realizar cualquier actividad con los fieles e impartir los sacramentos. En una carta datada el 29 de noviembre, el sacerdote acató la decisión del prelado, además de reconocer no poder celebrar la misa y administrar los sacramentos desde hacía un año, refugiándose en su casa donde solo llevaba, *por mera distracción, el cuidado de los libros y lo económico de esta parroquia*. Lo avanzado de la enfermedad ocasionó su fallecimiento el 3 de julio del siguiente año⁴⁵.

En general, la política de acaparar por diversas estrategias los bienes dejados por los presuntos lazarinos mediante acuerdos particulares, donaciones, herencias o secuestro proporcionó al hospital en ciertos momentos sustanciosas entradas remitidas a la entidad desde las diversas islas y la acumulación de inmuebles, la mayoría entregados a rentas. En 1792 el hospital poseía en Lanzarote varias propiedades, destacando entre ellas las obtenidas de Domingo y Luis Perdomo, vecinos de Haría; Álvaro Ortiz y Sebastián de León, moradores en Los Valles; Francisco de León, vecino del Mojón; y don Félix Valiente, asentado en el pago de Yuco, suponiendo todas ellas un total de más de 30 fanegadas de tierra de labor y viñas, varias viviendas, diversos aljibes y una huerta, siendo tasadas las propiedades en 24.660 reales⁴⁶. En dicho año los bienes de los citados lazarinos se encontraban arrendados en su totalidad, rentando tanto en dinero como en cereales. Las propiedades de la institución en Fuerteventura son difíciles de precisar ante la fragmentada documentación existente, los traumáticos procesos registrados durante las coyunturas recesivas y la escasa transparencia de los acuerdos entre podatarios del hospital y presuntos enfermos. En 1766 la institución solicitaba permiso al juez conservador –Miguel de la Barreda y Yedra, oidor decano de la Real Audiencia– se le permitiera enajenar una propiedad integrada por 4 fanegadas de tierra de secano, una vivienda, una quinta parte de casa y huertecillo de higueras y aldoneros. El inmueble se localizaba en Tuineje, siéndole legado por Catalina de Ro-

⁴⁵ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁴⁶ A.H.P.L.P. Protocolos Notariales. Legajo: 2.878. Sin foliar.

jas, lacerada majorera asilada en el hospital de Las Palmas⁴⁷. La razón alegada para tal venta era su escasa rentabilidad, pues en las coyunturas más positivas su arrendamiento generaba 2 fanegadas de cereal al año, tal como manifestaba Jerónimo Valentín, podatario del hospital en la isla, aportando a su testimonio el de varios vecinos⁴⁸. Tras el beneplácito del juez conservador y la comunidad lazarina⁴⁹ se enajenó la propiedad a favor de Francisco Rodríguez –hermano de la leprosa fallecida y partícipe en una de las viviendas adquiridas– por un montante de 1.030 reales⁵⁰. A estas propiedades obtenidas ya por la fuerza ya mediante legados, se añadieron, otras destinadas a procurar fondos para el sostenimiento de la institución y enfermos más pobres, ciertas dádivas reales procedentes de las rentas obtenidas por el reparto entre los vecinos de los terrenos baldíos de Amagro en Gáldar y los del Lomo de Turmal, Cuevas Blancas y Caleras en Agaete. Las datas fueron concedidas mediante la real cédula de 16 de enero de 1741 y confirmadas a través de una carta orden de 15 de junio de 1745. En general, las tierras, muchas de ellas de escasa productividad, se entregaron a vecinos de localidades cercanas a las zonas, con la obligación de pagar por cada suerte labradía y trozo montuoso un real de plata anual perpetuo al hospital. El deslinde

⁴⁷ Esta era viuda de Matías Silvera, apuntándose en el libro de registro de la entidad poseer junto a los citados bienes una camella preñada, 4 ovejas, 3 cabras –podía tener más en la costa– una jumenta con su jumento y el sueldo de 1 duro cada mes concedido por el rey *por haver muerto su marido en la batalla de Fuerteventura y le parese abrá diez años que de deven*, véase A.H.P.L.P. Protocolos Notariales. Legajo: 3.034, folio 65 v. Fecha: 10-3-1767.

⁴⁸ El encargado de realizar el informe legal fue el capitán Juan Mateo Cabrera Betancurt, juez y subdelegado del hospital en la isla, elevando su informe al citado Barrera el 3 de enero de 1767.

⁴⁹ El juez Barrera concedió el permiso el 10 de marzo y la comunidad tres días después. En esa ocasión se reunieron, a campana tañida, don Andrés Vázquez de Figueroa, mampastor interino; Antonio de Medina, clavero; Francisco Lorenzo y Francisco Rodríguez, asesores; Marcos Borges, Cristóbal Benítez, Juan José, Tomás Martín y José Narciso, hermanos lacerados, véase A.H.P.L.P. Protocolos Notariales. Legajo: 3.034. Fecha: 13-3-1767.

⁵⁰ La venta se había realizado mediante subasta pública, concurriendo el 23 de abril de 1767 Antonio López, vecino de Tuineje, la cual establecía en 100 reales por fanegada. Cinco días más tarde Francisco López de Vera, asentado en el lugar, aumentaba en 50 reales la oferta anterior, siendo la última superada en 5 reales más por la de Francisco Rodríguez, véase A.H.P.L.P. Protocolos Notariales. Legajo: 3.034. Fecha: 10-5-1767.

y reparto de las tierras de Agaete generó un largo pleito, desconociéndose si se llevó a cabo tal adjudicación ajustada a las normas distributivas, en todo caso las suertes entregadas en Amagro se elevaron hasta un total de 390 fanegadas de tierra, suponiendo unos ingresos anuales modestos para la institución al equivaler a 360 reales de plata. Una segunda contribución benéfica se concedió por la real orden de 26 de noviembre de 1782, donándose las rentas del reparto de 120 fanegadas de tierra localizadas en la Montaña de Doramas en Moya, las cuales se distribuyeron en 18 suertes. Todas ellas fueron entregadas a censo enfiteútico a vecinos asentados en los términos lindantes, elevándose el canon anual de ingresos para el hospital a un total de 5.212 reales⁵¹.

En todo caso, dichas contribuciones apenas si pudieron paliar el progresivo deterioro en el cual cayó la gestión y administración del hospital a causa del aumento de los gastos ocasionados por los enfermos, el incremento de salarios de personal y la carencia de ingresos permanentes y suficientes en una economía general cada vez más deteriorada por la crisis del sistema y el progresivo proceso inflacionario registrado a finales del siglo XVIII e inicios del XIX. En 1800-1804 los gastos de los 17 enfermos residentes en el hospital representaban el 54% de sus ingresos monetarios, además de acaparar una sustanciosa parte de los cereales; el salario de personal sanitario y servicio suponía el 11,7%; y el 34,3% se destinaba a desembolso en vestuario, el abono de las honras fúnebres, la celebración de la misa diaria, etc.⁵² Al volumen de ingresos se sumaban las diversas limosnas otorgadas por los obispos de la diócesis –un real por mes a cada pobre y un pan cada tres días⁵³–; las puntuales aportaciones de los vecinos; y los legados concedidos en los testamentos, la mayoría simbólicos y de escasa entidad. El deterioro del edificio y rentas del hospital y la libertad con la que sus enfermos recorrían los campos de las islas y Las Palmas solicitando limosna fueron motivos a finales del setecientos, como en épocas anteriores, de reiteradas alarmas en la población. La polémica y rechazo social contra las laxas normas de la leprosería centraron algunas de las reuniones de la élite ilustrada, imbuida en el espíritu del

⁵¹ SUÁREZ GRIMÓN, V. *La propiedad pública, vinculada y eclesiástica en Gran Canaria en la crisis del Antiguo Régimen*, tomo I, Madrid, 1987, p. 299 y ss.

⁵² ESCOLAR Y SERRANO, F., de. *Op. cit.* p. 297.

⁵³ BOSCH MILLARES, J. *Op. cit.* p. 23.

momento respecto a la profilaxis y erradicación de las enfermedades. En 1788, en una de las reuniones de la Real Sociedad de Amigos del País de Las Palmas los concurrentes se hacían eco de la real orden del 25 de enero aportada por el oidor decano y juez conservador del hospital, Francisco Carbonel del Rosal, donde se disponía se fabricara una nueva leprosería en los extramuros de la ciudad, en concreto en el lugar del Hornillo, más allá del pago de San Cristóbal, cuyos planos levantaría el capitán de ingenieros Antonio Conesa⁵⁴. La citada orden había llegado tras las súplicas elevadas el 11 y 12 de junio de 1783 y 9 de agosto de 1784 al monarca por el juez conservador, mampastor y clavero del hospital demandando un edificio de nueva planta, aunque la voluntad real nunca llegó a ejecutarse, al paralizarse el expediente el 26 de enero de 1789 ante la falta de acuerdo entre los facultativos para la ubicación definitiva del nuevo sanatorio⁵⁵.

La multiplicación de elefanciacos y leprosos –confundidos ambas enfermedades en los informes médicos por tener en un principio una sintomatología parecida– desde finales del siglo XVIII y la imposibilidad de acoger un número elevado de enfermos en el hospital desbordó todos los intentos de las autoridades por recluir a los malatos dentro de él, ya fuera mediante la promulgación de penas de cárcel o pecuniarias, no afectando las multas a la economía de los leprosos pues apenas si tenían para poder sostenerse. Las condiciones socioeconómicas por las que transcurría la región a fines de la etapa moderna influyeron en la multiplicación de los lazarinos, incidiendo la enfermedad con mayor virulencia entre las clases populares, sobre todo donde existía un mayor índice de pobreza y pauperización, además de poseer mínimas condiciones de higiene y sanidad. La disminución de la lepra en el resto de Europa y la Península, zonas donde la elefancia se desconocía, no tuvo repercusión en Canarias, al contrario, la cifra de afectados se multiplicó pasándose de unos 200 enfermos a finales del siglo XVIII a más del doble en 1831, sobre todo en Tenerife al localizarse allí casi el 40% de todos los afectados regionales⁵⁶. El incremento de los leprosos generó una evidente preocupación en las instituciones insulares –por la inversión en soste-

⁵⁴ VIERA Y CLAVIJO, J., de. *Extractos de las actas de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Las Palmas (1777-1790)*, Madrid, 1981, p. 134.

⁵⁵ A.C.C.D.C. Informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro. 1833.

⁵⁶ BOSCH MILLARES, J. *Op. cit.*

ner y cuidar a los malatos, así como por el intento ilustrado de erradicar a mendigos, rufianes y marginados en general–, siendo las entidades más destacadas en buscar soluciones y efectuar contribuciones para su empleo en ayuda a los damnificados la Real Audiencia y el obispado de Canarias. Ambas instituciones intentaron elaborar conjuntamente algún tipo de estrategia y plan contra la creciente extensión del mal. En 1830, la Real Audiencia solicitó a través del oidor decano, Francisco de Mier Terán, un informe a los médicos de Gran Canaria donde se hiciera una relación de las medidas para plantear un plan profiláctico urgente, intentando evitar nuevos casos y su extensión a mayor número de vecinos. El informe elaborado por los facultativos se resumía en una serie de normas inspiradas en las generalidades conocidas en otras áreas geográficas donde se luchaba denodadamente contra la enfermedad. Las aportadas fueron: no permitir matrimonios entre contagiados; evitar los contactos sexuales a los enfermos; seguir estrictas medidas higiénicas; cumplimiento por los enfermos de las dietas establecidas; separación de hombres y mujeres en las salas del hospital; impedir la tala de los bosques insulares, por su carácter terapéutico y benefactor; así como controlar la introducción de pescado salado en malas condiciones para el consumo, pues su ingesta, recordaban los médicos, podía ocasionar virulentos brotes de lepra y elefancia⁵⁷.

La preocupación de las autoridades insulares se extendió hasta la corte de donde se sustanció la real orden de 17 de diciembre de 1832, mediante la cual se mandaba al juez conservador de San Lázaro solicitara los informes precisos de los administradores y clavero de la institución –José Cardoso y José Doreste– en donde se diera cuenta de su estado. El documento se elaboró con celeridad y fue remitido de inmediato a Madrid, donde pudieron leer las lamentables condiciones del edificio hospitalario –calificado del *más deplorable*– con unas estructuras al límite de conservación y con escasas dimensiones. Las paredes de la cocina se encontraban en pésimo estado; las salas escasas y muy reducidas en sus capacidades; las celdas de los enfermos –un total de 11, cinco altas y seis terreras– estaban, en la mayoría de los casos, inhabitables por la elevada humedad de sus paredes y mínima ventilación, situación que permitía calificar al conjunto por sus gestores más de *casa de tormento que un seguro en que pudiera aliviarse la des-*

⁵⁷ BOSCH MILLARES, J. *Op. cit.*

*graciada suerte de unos seres que se hallan en el miserable estado de servir de horror a sus semejantes por la asquerosidad de sus llagas, la completa disolución que les hace exhalar un olor pestífero y el horrible aspecto que reciben sus formas naturales a impusso del mal, de suerte que lejos de recibir alivio en su enfermedad empeoran en esta triste mansión y pronto acaban sus días*⁵⁸. Los dos informantes abogaban por la construcción de un nuevo hospital y el sustanciar incremento de sus rentas, única vía para paliar las necesidades de los enfermos, reconociéndose ambas cuestiones como el modo más importante para eliminar la enfermedad de las islas. A ello se debía sumar un estricto aislamiento de todos los leprosos y un censo de los existentes en la región, cuyo número alcanzaba en 1831 un total de 359, incluidos los 13 residentes en el hospital. La cifra debía ser mayor a la mencionada a causa de los errores cometidos por los encargados de elaborar el censo; la generalizada ocultación de enfermos; el uso del tradicional pacto de silencio; o no estar declarados en muchos afectados aún los síntomas necesarios para incluirlos en el padrón. Esta elevada cifra de malatos no podía ser acogida dentro del recinto de la institución, por sus dimensiones y el déficit que arrastraba desde el período 1825-1829, tasado en 3.239 reales. Las citadas razones determinaban estar solo recluido en el recinto hospitalario el 3,6% de los leprosos regionales reconocidos. La alarma de las instituciones estaba en mezclarse vecinos enfermos con sanos, realizando los primeros sus labores cotidianas para ganar su *sustento aún vendiendo por sí verduras y otros artículos en plazas públicas, como se les ve con frecuencia*. Muchos denunciaban coadyuvar esta peligrosa vecindad al progreso de la enfermedad y a que con el tiempo el contagio *vendría a ser casi general en esta provincia*. La fábrica de un nuevo hospital, incidían los facultativos, era la solución para recluir en él a todos los enfermos, separando a hombres de mujeres y estableciendo la ansiada prohibición de salidas en búsqueda de víveres, limosnas, etc., pues el abastecimiento quedaría en manos de dos proveedores, mientras las necesidades de los lazarinos serían atendidas por dos criados en el caso de los hombres y otras tantas criadas en el servicio de las mujeres, además de una para los niños. El estado central se encargaría de proveer los fondos fijos necesarios para sostener a los 359 malatos, además de los sueldos del personal asignado a sus cuidados sanitarios, los gastos de alimentación o los generados por actuaciones judiciales. El plano

⁵⁸ A.C.C.D.C. Informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro. 1833.

del nuevo edificio se trazaría por miembros de la Real Academia de San Fernando, al carecer de facultativos en esta disciplina la isla, donde se diera cabida en sus dimensiones a todas las necesidades mencionadas, aunque hubiera dos leprosos por celda, con la consiguiente separación entre los pabellones por sexos. El edificio contaría con oficinas, espacio para los servicios internos, recinto eclesiástico con capacidad para todos los malatos, además de distribuirse el edificio en solo dos pisos, por las dificultades de los enfermos atacados en las piernas de subir una escalera y, finalmente, ajustar el presupuesto de la obra al valor de materiales y jornales en la isla⁵⁹.

El informe hacía hincapié en la necesidad de crear un plan administrador y de ingresos capaces de sostener a la entidad, debiendo cimentarse los ingresos: los arbitrios de los fondos subsistentes de las propiedades incautadas a los jesuitas expulsos; los productos obtenidos de los bienes pertenecientes a la Inquisición, después de satisfechos los sueldos de sus empleados, con la condición de que cuando faltaran estos se aplicarían al fondo común del hospital; los arbitrios establecidos sobre los bienes de Espolios y Vacantes; una pensión detraída de las mesas episcopales de las diócesis de Canarias y Tenerife; transferir al canario las rentas de los hospitales de San Lázaro cerrados en la Península, especialmente las pertenecientes al *Hospital de Bubas* de Sevilla, cuyo producto estaba en aquel momento sin aplicación alguna, y el sobrante del hospital de San Lázaro de dicha ciudad, con pocos enfermos y cuantiosas propiedades; solicitar al Comisario General de la Cruzada extraer de la renta cuadragesimal una limosna a favor de la institución, por ser ese un piadoso fin; así como lograr el permiso real donde se reconociera al hospital el derecho a vender sus bienes inmuebles, menos los existentes en Gran Canaria, con la obligación de emplear sus importes en otros bienes situados en las inmediaciones de su sede *mediante a que estando aquellas a mucha distancia y siendo en cortas porciones y separadamente, además de arruinarse y a estar sujetas a continuas usurpaciones poco o nada se recauda y eso con sumo trabajo e incomodidad*. Sin las citadas medidas se consideraba no tener futuro la entidad ni recursos suficientes para la cura de los enfermos recogidos en ella, sobre todo con la drástica disminución de ingresos por el deterioro económico generalizado, además de verse perjudicado

⁵⁹ A.C.C.D.C. Informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro. 1833.

el hospital con la desaparición de los bacinadores –recaudadores de las rentas obtenidas en cada lugar de la región– tras la extinción de su fuero particular que les permitía quedar exentos del servicio militar y de las cargas concejiles, por lo cual los informantes rogaban se volviera a establecer tal privilegio⁶⁰.

A este informe se añadió otro de amplia extensión elaborado por dos facultativos, Nicolás Bethencourt, médico del hospital entre 1820-1837 y José Rodríguez, cirujano titular del hospital de San Martín entre 1828-1851, firmado el 16 de mayo de 1833. En la relación se calificaba de lamentable la multiplicación de la lepra y elefancia en las islas mientras ambos males experimentaban un amplio retroceso en otros países e, incluso, desaparecía la elefancia en gran parte de Europa. Una vez más, se lamentaban los informantes de la frecuencia y cotidianidad de la circulación de enfermos por calles y sitios públicos. Las consecuencias de esta dejadez se reflejaban en los datos registrados en la isla de Tenerife en 1788 cuando se inscribían a 94 lazarinos, mientras en 1831 alcanzaba ya los 144; en el mismo periodo, en La Palma estos se habían casi duplicado –pasaron de 36 a 66, siendo espectacular la subida en el pueblo de Los Llanos, de 13 a 33–, mientras en Fuerteventura su número subió entre 1788 y 1831 de 2 a 15. El expediente reiteraba las ideas aportadas por los anteriores facultativos: negligencia ante la falta de un control policial –permitiéndose la insalubridad en los alimentos y poco aseo de las calles–; el aumento del contagio por contacto entre enfermos y sanos al no estar los primeros recluidos; o no impedirse el matrimonio de los declarados lazarinos, a los cuales se les acusaba de propensiones lujuriosas. Este último apartado no era refrendado por los informantes al recordar que los doctores Adams, estudioso del fenómeno en Madeira, y Bateman, especialista en afecciones cutáneas, habían asegurado en algunas obras científicas consumírseles a los enfermos los órganos genitales cuando eran atacados después de la pubertad y no desarrollarse adecuadamente estos si eran infectados antes de esa edad. Rodríguez y Bethencourt apuntaban no descubrir en su práctica médica habitual entre los leprosos signos de un impulso venéreo mayor del natural, pero recordaban que *aún cuando en efecto lo hubiese, no por eso debía considerarse ser de absoluta necesidad el permiso para que se casen a fin de satisfacer su lascivo apetito sin atender a las perjudicia-*

⁶⁰ A.C.C.D.C. Informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro. 1833.

*les consecuencias que embuelve en sí una práctica semejante, pues no debe haber miramiento con respecto al goce y comodidad particular de algunos individuos cuando dañe manifiestamente a la salud pública y, por lo mismo, al bien general de la sociedad en que viven. Justo es que aquello ceda y se sacrifique a esto que debe preponderar a todas ocasiones*⁶¹. Por lo tanto, prohibían todo contacto sexual de los lazarinos y la sociedad debía buscar los mecanismos más adecuados para obstaculizarlos, como único modo de que los infectados no pudieran transmitir de generación en generación *una enfermedad de las más crueles, horrosas y funestas que han afligido la especie humana*. Como ejemplificación de su aseveración dieron una relación de los afectados registrados en las ciudades de Las Palmas y Telde, sin contar los existentes en el hospital, avalando la necesidad de cercenar su número. Así, de los 29 afectados –25 en Las Palmas y 4 en Telde– un total de 14, el 48,2%, poseían algún miembro cercano de su familia que padecía o había muerto leproso. Entre ellos sobresalía el caso de José Agustín López, vecino de Los Llanos de Telde, el cual, según dicha recopilación, tenía el precedente leproso de su tatarabuelo, abuela, cuatro tíos y dos hermanos, todos fallecidos en ese momento debido a la enfermedad. En el mismo pago se registraba a una huérfana de 16 años a la cual no se le conocían ascendientes malatos, pero sí la de cuatro hermanos fallecidos por culpa del mal, siendo estos los que lo comunicaron, según pensaban los médicos, a su hermana⁶².

Destacaba en la evaluación la crítica a la mayoría de los estudiosos del tema que habían tratado a todas las manifestaciones leprosas por igual, cuando, según Rodríguez y Bethencourt, existían grandes diferencias entre los enfermos de las distintas clases de lepra en su prevención y tratamiento. Ambos achacaban a los estudiosos la falta de una decisión clara ante la carencia de pruebas para demostrar que la lepra era propiciada por el contacto directo, lo cual propició la libertad sistemática y habitual de los lazarinos, provocando mayor incidencia de la enfermedad entre la población, aunque también reconocían, según observaban en su práctica diaria en Tenerife y Gran Canaria, estar más seguros del contagio por herencia que por contacto. Al unísono, aportaban otros datos para establecer los mecanismos

⁶¹ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁶² A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

de propagación de ambas enfermedades en las islas, fundamentándose algunas de sus reflexiones en causas basadas en: el clima cálido de la región y a los prolongados estíos –sobre todo a fines del siglo XVIII, pues antes las estaciones eran más frescas, impidiendo la presencia de la elefantiasis–; la desaparición de los bosques termófilos –situación favorecedora de la mayor incidencia de los rayos solares y de evitar la proliferación de precipitaciones en forma de lluvia o nieve–; y la alimentación, basada en el pescado salado era otro de los males a erradicar pues, según el expediente, este era el responsable de múltiples afecciones cutáneas y linfáticas y, por analogía, podía ser el propiciador de la lepra, aumentando las dimensiones de su dañina ingestión cuando estaba pasado –al venderse la mayoría de las veces con abuso de la salud de los consumidores y en muchos casos, según denunciaban, putrefacto, pues, en tal estado, *no puede dudarse que introduzca en los cuerpos principios acres y nocivos, originándose de ello entre otras afecciones morbosas las cutáneas rebeldes.*

Los facultativos achacaban al pescado salado ser transmisor de la lepra, siendo un producto con un exceso de consumo entre los sectores humildes e incluso convertirse en una sustancial fracción del alimento de los grupos acomodados, tal como sucedía en el periodo de la Cuaresma. Las soluciones al problema dadas por los sanitarios de las islas estaban en consonancia con las prácticas médicas aportadas por los facultativos e investigadores del momento, mencionadas con anterioridad: el aislamiento de los enfermos; la prohibición del matrimonio; la imposición de la abstinencia sexual; ampliación de hospitales, caso del canario, donde debían encerrarse a todos los declarados por contagiados, separados en pabellones acondicionados para hombres y mujeres; impedir la tala del resto del monte insular; vigilancia sanitaria del pescado salado desembarcado en la isla y de las lonjas donde se vendía, además de pedir se protegiera a este del calor; los enfermos estaban obligados a seguir unas mínimas normas higiénicas y de alimentación⁶³;

⁶³ Se criticaba el régimen alimenticio de los enfermos recluidos en el hospital de San Lázaro de Las Palmas, al no estar sujeto su menú a una ración señalada sino que, basada en los antiguos estatutos, se le daba diariamente el pan y una asignación fija de dinero para la comida. La cantidad la destinaban a comprar alimentos según sus gustos y arbitrios *no con arreglo a lo que convendrá a su salud y a las prescripciones del médico, sino conforme a sus caprichos y desordenados antojos, usando por lo general de las comidas más nocivas y perjudiciales que además de*

y las autoridades intervendrían severamente cuando algunos de estos puntos se incumpliera.

La Junta de Caridad de Las Palmas fue otra institución donde la inquietud sobre el avance de la lepra en las islas supuso movilizar a sus integrantes en la búsqueda de soluciones, incluso, solicitando ayuda fuera de la región. Uno de los miembros más implicados fue su presidente, el obispo de la diócesis, no dudando este en movilizar a los párrocos de las tres islas para la elaboración de un censo fidedigno de los enfermos de la llamada *lepra-elfanciaca* y solicitar noticias e informes de los principales hospitales dedicados al auxilio de este tipo de enfermos en la Península y América entre 1830-1836. La información sobre la evolución y control de la lepra fue remitida por los hospitales de Sevilla, Granada, Asturias, Palencia, La Coruña, Murcia, Lisboa y La Habana a cuyos facultativos se les solicitó razón de si se había logrado extinguir o reducir el mal de elefancia-lepra en la jurisdicción de su hospital; si se observó algunas zonas o pueblos donde siempre existía habitantes afligidos por la enfermedad o núcleos caracterizados por su ausencia; y si los enfermos se comunicaban libremente con sus vecinos sin ningún tipo de restricción. En junio de 1836, la Junta Superior de Medicina y Cirugía de Cuba contestaba, en respuesta a un escrito del obispo fechado el 1 de junio de 1835, estar generalizándose la enfermedad de la elefantiasis a lo largo y ancho de la isla, pues desde 1734, fecha de fundación del hospital de San Lázaro, hasta 1800 solo se habían registrado 2 enfermos y desde 1801 hasta 1835 ingresaron en la institución un total de 318. Los médicos cubanos señalaban como principales causas del desarrollo de la enfermedad el incremento demográfico y el creciente empobrecimiento de los grupos populares en la isla, *siendo mucho mayor en las gentes de color que en las blancas, de aquí es que el número de elefanciacos de las primeras escede en mucho al de las segundas*⁶⁴. Los enfermos asilados en la institución alcanzaban ese año la cifra de 94 personas de las que blancos eran

empeorar su enfermedad le pueden ocasionar otras nuevas, por lo que se aconsejaba la implantación de una olla y dieta común. La observación diaria de los enfermos permitió asegurar a ambos facultativos su descuido y falta de aseo, cuando la lepra por sí era ya poco atractiva a la vista de las personas sanas. Por lo tanto, debían cambiar periódicamente las ropas de la cama y de sus vestidos, así como poseer el nuevo hospital un número de tinas suficientes para facilitar realizar las abluciones diarias, véase A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁶⁴ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

29 y negros 65, manteniéndose desde el primer momento dichos porcentajes de malatos entre ambos grupos, aunque dentro de ellos el número de mujeres leprosas era reducido: 5 mujeres blancas y 18 negras, lo cual suponía el 24,4% de los afectados. Las diferencias entre blancos y negros eran achacadas a la tipología de los trabajos, más duros los desarrollados por los segundos, muchos esclavos; por el tipo de alimentación, pues la dieta de los enfermos negros era a base de carne salada y *otros manjares groseros*; la mala calidad de las viviendas de los citados trabajadores – chamizos, donde el aseo era escaso–; la carencia de una mínima higiene corporal y cuidado de los vestidos; o el abuso generalizado de aguardiente y otros vicios perjudiciales para la salud. La procedencia de los enfermos era múltiple no sobresaliendo ninguna localidad de la isla por la ausencia o masiva presencia de afectados, estando obligados taxativamente a presentarse en el hospital desde su declaración como malato. En la institución serían reconocidos por los facultativos y, si se declaraban como enfermos, pasaban a ser confinados en él, permitiéndose salir solo a un corto número de asilados para solicitar limosna en la Habana y zonas rurales adyacentes. La única posibilidad de contacto entre los acogidos y sus familiares en el hospital de La Habana se reglamentaba para el primer día del Carnaval y el domingo de la infraoctava de la festividad de San Lázaro o cuando algún pariente del enfermo quería verlo por causa justa o de urgencia bajo licencia facultativa.

La práctica de aislamiento de leprosos y elefantiacos fue una norma general en todos los hospitales consultados, manifestando los médicos ser la terapia más aceptada y ratificada por los principales investigadores del mundo de la medicina preventiva. El hospital de San Lázaro de la Provincia del Miño de Portugal incidía en parecidos términos en su control sobre los enfermos lazarinos al ampliarse y extenderse su número con inusitada virulencia por todos los pueblos de la región, quejándose el consultado de que *he raro ver povo donde nao haja humo u ma isathacados*, siendo lo habitual la exclusión de los afectados de la sociedad. Los facultativos portugueses aseguraban multiplicarse la propagación de la lepra a la considerable falta de policía de vigilancia en las poblaciones; la carencia de aseo de las viviendas, ropas y personas; y la ingesta de alimentos contrarios a la salud, siendo extensible dicho problema al área de Galicia. El hospital de Oviedo remitía su contestación en agosto de 1835, en ella Pedro Hernández Escudero, médico encargado de la erradicación de la enfermedad en su región, decía haber

recorrido por casi 40 años la región en todas direcciones, sin salir de ella, no logrando encontrar a un solo leproso. En los anales hospitalarios y en la práctica diaria no se tenía noticias de malatos o elefanciacos en Asturias desde fines del siglo XVIII. La inexistencia de enfermos repercutió en la drástica eliminación de los hospitales destinados a los lazarinos, no quedando en la fecha de la comunicación una sola casa de acogida de malatos en la provincia, pese a sufrir la región durante varios siglos el azote del mal, lo que motivó la fundación de múltiples centros sanitarios. Aún a fines del setecientos se mantuvo la llamada *Malatería de Entrecaminos*, a las afuera de Oviedo, donde se asistieron los últimos casos. En 1833 el edificio fue destinado para los enfermos del cólera, aunque finalmente no se creyó conveniente emplazarlos allí y se cerró⁶⁵.

En el sur de la Península la situación difería de los datos aportados por los médicos de Oviedo, al no darse por extinguidos los males de la lepra y la elefancia, en la citada confusión entre los síntomas de ambas enfermedades, por los facultativos de Sevilla y Granada, aunque sí habían disminuido los contagiados en ellas. En Sevilla la fundación del hospital de leprosos se remontaba al reinado de Alfonso X, destinándose a él todos los malatos bajo la jurisdicción del arzobispado hispalense y del obispado de Cádiz, aunque a partir de 1595 solo se concentraron en dicha casa los lazarinos contagiosos, es decir, aquellos que habían alcanzado el tercer grado de la enfermedad, pues el elevado número de los declarados por leprosos hacía inviable su acogida en la institución ante la falta de medios y de espacio. La citada situación se prolongó hasta 1726, cuando el exceso de malatos llevó a la Real Hacienda a costear la estancia en el hospital de todos los enfermos cuando se excediera de catorce, siendo sostenidos en dicha institución. La medida significó una notable disminución y estancamiento en el número de ingresos a partir de finales del siglo XVIII, aunque la mortalidad de los internos se sostuvo en porcentajes elevados, pese a que las cifras oficiales aportadas antes de 1831 no recogían a todos los leprosos de la región, porque muchos se quedaron en sus zonas de residencia ante la falta de recursos para su traslado y la escasez de fondos hospitalarios para acogerlos⁶⁶.

⁶⁵ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁶⁶ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra. Los lazarinos registrados procedían en mayor número de: Sevilla, Tarifa, Moguer, Osuna, Carmona, Sanlúcar, Lebrija y Jerez.

A las citadas informaciones remitidas a la Junta de Caridad palmense, se añadió un nuevo motivo de esperanza para erradicar la lepra cuando el Senado y Cámara de Representantes de Venezuela reunidos en congreso el 29 de marzo de 1834 aprobaron un decreto –publicado el 5 de abril– sobre el fomento del cultivo de la planta denominada *Cuinchunchulli* que, según las facultades de medicina del país sudamericano, no solo aliviaba el mal de la lepra, sino que podría curarlo. En la decisión senatorial se incluía la perentoria compra, con cargo a los presupuestos de la nación, de abundantes cantidades de esta planta en los estados de Nueva Granada y Ecuador con el deseo de eliminar la rápida extensión de la enfermedad por el país, la cual se propagaba a la misma velocidad que la pobreza de su población⁶⁷. Así, el primer caso de leproso documentado en Venezuela fue recogido por el doctor Requena al registrar una serie de pacientes malatos en el seno de una familia de origen herreño y residentes en la ciudad de Cumaná. El núcleo familiar propagó con celeridad la enfermedad debido a los numerosos contactos realizados con la población, apuntaba el doctor Requena, registrándose nuevos casos en Maracaibo entre 1802-1804 con el arribo de los dominicanos refugiados de la guerra civil surgida en su isla. La rápida extensión de la lepra en esta última ciudad obligó a Simón Bolívar a decretar la construcción de un lazareto en la llamada *Isla de los Burros* preferente en la acogida de los afectados⁶⁸. A las primeras esperanzas para el tratamiento de los enfermos con la citada hierba, se sumaron otras en 1835. Una de ellas fue la noticia incluida en el periódico londinense *La Lanceta* cuando se hizo eco del descubrimiento de la citada planta medicinal y de la experiencia médica del doctor Daniel Pretto en la isla de Santo Tomás, lugar donde realizó estudios de la planta, la aplicó a pacientes afectados y llevó a cabo diversas formas de curación. Sobresalía en el artículo la experiencia con una paciente de 11 años llamada Esther Maduro afectada por la lepra en grado avanzado –presentaba cara de color morado-amarillento, nariz, cejas, frente y cachetes cubiertos de ronchas

⁶⁷ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra. La planta era conocida ya por los antiguos habitantes del Perú y su nombre significaba *entrañas de marrano de Guinea*. Ya era citada por el abad Juan de Velasco en su obra *Historia del Reino de Quito*, en la cual la describía como una planta de filamentos blancos con apenas alguna hoja que venía a crecer por debajo de los riscos, en lugares expuestos a los fríos y brumas.

⁶⁸ ARRIETA. O.: *Op. cit.*

de distinto tamaño, profundas muescas en la nariz, lóbulos de las orejas alargados, dedos hinchados, brazos y piernas cubiertos de manchas— a la cual suministró 31 dosis de tal medicina, aumentando las ingestas desde los 20 gramos iniciales hasta los 50 al final de la terapia, a la vez que prohibía a los padres de la paciente el consumo de pescado, además de alimentos salados y no exponerla al aire nocturno. La paciente tuvo mejoría, aliviándose, según refería dicho médico, los síntomas generales de la enfermedad⁶⁹.

En los inicios de 1835 la citada multiplicación de noticias positivas sobre la posibilidad de eliminar ambas enfermedades animó al obispo de la diócesis de Canarias, Judas Romo, a contactar con don Ignacio Llarena, vecino y comerciante de La Orotava, para que procurara importar desde Venezuela, en nombre del prelado, el citado remedio contra la elefancia y la lepra, al multiplicarse en los últimos 60 años el número de vecinos afectado en la isla de Tenerife. El encargo de traerla de Caracas se dio a Mariano Cadena, comerciante de Santa Cruz de Tenerife, dando información de haber efectuado una solicitud verbal a un comerciante de la ciudad venezolana de Caracas, estante en Tenerife durante el mes de abril, para remitir a las islas las semillas de la planta y las gacetas donde se insertara el método de su cultivo y aplicación, según carta remitida el 2 de junio de 1835⁷⁰. Las gestiones no debieron prosperar, pues el 12 de noviembre de dicho año el obispo Romo escribía al Presidente de la República de Venezuela solicitándole un *cajón de tan precioso específico*, pues pese a las gestiones efectuadas para traer el remedio, todas habían quedado frustradas *por la incomunicación de los gobiernos*. Desconocemos si hubo respuesta por parte del Gobierno venezolano en una época de grandes diferencias políticas entre ambos países, mediatizados por circunstancias que en algunos casos adquirieron un cariz nefasto y cuyos efectos perduraron hasta fechas recientes.

⁶⁹ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra. La paciente experimentó una mejoría total en el transcurso de los días, aunque al final del proceso sufrió una serie de erupciones cutáneas achacadas por el médico a una especie de sarna. De inmediato mandó a cesar la ingestión del medicamento y fue considerada como una crisis saludable, quedando con el tiempo libre de la enfermedad.

⁷⁰ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

2. LA LEPRO EN FUERTEVENTURA Y LANZAROTE: LA ENFERMEDAD COMO MANIFESTACIÓN DE UNA REALIDAD SOCIOECONÓMICA

Mientras en los hospitales fuera de la región se luchaba contra la lepra desde múltiples frentes, en las islas los esfuerzos el primer paso para abordar la erradicación de la enfermedad se inició, como se ha apuntado, por el oidor decano y juez conservador del hospital lazarinero Francisco Mier y Terán, al solicitar en septiembre de 1830 al obispo Bernardo Martínez la realización de un expediente circular donde se recogiera con la mayor exhaustividad toda la información posible de los leprosos existentes en la diócesis de Canarias –conformada por las islas de Fuerteventura, Gran Canaria y Lanzarote– mediante la movilización de los curas parroquiales de cada uno de los lugares. La intención de realizar la contabilidad de afectados era conocer su número para dimensionar el nuevo recinto sanitario a edificar en Las Palmas, capaz para albergar a todos ellos, siendo esta una de las principales condiciones de la Real Cámara si se quería contar con su anuencia en la financiación del plano del nuevo edificio. En el expediente remitido por cada uno de los párrocos se debía incluir los nombres de las personas sospechosas o declaradas por lazarineros, siendo llamado el mal de diversas maneras según el lugar: elefancia, lepra, fuego de San Antón, etc. En la relación se debían reflejar: el sexo, la edad, el estado civil y el lugar de residencia de cada uno de los malatos. La orden real se remitió también a la diócesis de Tenerife, ya que los afectados debían residir obligatoriamente en la sede hospitalaria, pues se conocen los datos de La Palma y de Tenerife –un total de 210–, los cuales se podrían incrementar hasta casi los 250 si se añadían los registrados en La Gomera y El Hierro.

El 9 de octubre de 1830 fueron enviadas las correspondientes cartas y copias del formulario a cada uno de los párrocos, recibándose las primeras respuestas en el obispado desde mediados de dicho mes. La inicial celeridad en las recepciones de los informes se verá truncada al paralizarse la evacuación del expediente hacia la corte hasta 1831, siendo la causa de dicho retraso la dilatación en el envío de las memorias elaboradas por los curas de Fuerteventura, Agaete, Tejeda, Santa Lucía y Moya. En síntesis, dicho padrón arrojaba unas cifras preocupantes al recogerse en la jurisdicción de la diócesis un total de 127 enfermos –sin contar a los 15 reclusos en San Lázaro– distribuidos de manera desigual entre las islas. De esta manera, en Fuerteventura su número se

elevaba a 19, en Lanzarote a 43 mientras en Gran Canaria, más poblada, su número era de 65. A este informe inicial de 1830 se unió otro en 1833, aunque ambos no supusieron pruebas lo suficientemente científicas como para poder los estudiosos y facultativos encontrar alguna razón del incremento de los casos de lepra en las islas. Tampoco lograron dilucidar una posible solución capaz de erradicar el mal, al no contar con una serie de datos cualitativos de cada uno de los enfermos. Sobre dichos aspectos incidía el obispo Judas José Romo en una circular enviada a los párrocos de la diócesis en febrero de 1835. A todos ellos les pedía su colaboración para aportar la suficiente calidad de datos que fueran capaces de cortar de raíz la enfermedad pues se extendía con celeridad entre el pueblo, por lo cual se daba a cada uno de los implicados una serie de instrucciones muy precisas con las cuales debían realizar el padrón de los enfermos. A los datos solicitados en 1830, se añadieron ahora otra serie de inscripciones sobre cada presunto malato tales como: el tiempo transcurrido desde las primeras manifestaciones de la enfermedad hasta el momento de su diagnóstico positivo; la causa del origen de su mal, según el criterio de cada uno de los malatos y del propio eclesiástico, etc. Asimismo, si estaba contagiado desde el nacimiento, se debía preguntar si la heredó de sus padres o de algún ascendiente, a la vez de comprobarse dos datos especialmente interesantes para los médicos: uno tomado por verdadero en todos los estudios, caso que la lepra no se propaga por contacto; y otro, muy dudoso, como era *si el contacto o derrame de la materia podre o sangre que arrojan las úlceras de los elefanciacos pueden reputarse por causa productiva*. Al unísono, se solicitaba una pormenorizada información sobre aspectos higiénicos: si la ropa sucia de los leprosos y las lavaderas donde hubieran metido camisas y demás eran focos de contagio; si las navajas de afeitar se reputaban como medio de propagación, etc.⁷¹

Informe sobre los elefanciacos-leprosos registrados en la diócesis de Canarias entre 1830-1835

⁷¹ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

Nombre	Estado	Edad	Natural	Lugar residencia	Padrón 1830	Padrón 1835
Antonio Martín	C	48	Lanzarote	Hospital San Lázaro	Sí	
Antonio Martín	S	24	Lanzarote	Hospital San Lázaro	Sí	
Domingo Rodríguez	S	37	Lanzarote	Hospital San Lázaro	Sí	
Varón	S	24	Lanzarote	Hospital San Lázaro	Sí	
Hilario Hernández	S	19	Fuerteventura	Hospital San Lázaro	Sí	
María Josefa Díaz	S	35	Fuerteventura	Hospital San Lázaro	Sí	
Vicente Pérez	C	42	Lanzarote	Teguisse	Sí	
Juan Hernández	C	43	Lanzarote	Teguisse	Sí	
María Linardo	C	26	Lanzarote	Teguisse	Sí	Sí
Antonio Hernández	S	13	Lanzarote	Teguisse	Sí	
Doña Elvira Valenciano	S	13	Lanzarote	Teguisse	Sí	
María Álvarez	C	60	Lanzarote	Teguisse	Sí	
Varón	S	14	Lanzarote	Teguisse		Sí
Varón	S	29	Lanzarote	Teguisse		Sí
Don Manuel Cabrera	C	30	Lanzarote	Tiagua	Sí	
Bernardo Herrera	S	30	Lanzarote	Teseguite	Sí	
Inés Hernández	V	53	Lanzarote	San Bartolomé	Sí	
Domingo Martín	C	40	Lanzarote	San Bartolomé	Sí	Sí
Doña Lorenza Monfort	S	20	Lanzarote	San Bartolomé	Sí	
Juan Bermúdez	C	36	Lanzarote	Guime	Sí	Sí
Rosalía Bermúdez	V	46	Lanzarote	Guime		Sí
Varón		50	Lanzarote	Tías		Sí
Varón	S	34	Lanzarote	Tías		Sí
Varón	S	30	Lanzarote	Tías		Sí

Nombre	Estado	Edad	Natural	Lugar residencia	Padrón 1830	Padrón 1835
Varón	S	17	Lanzarote	Tías		Sí
Varón	S	16	Lanzarote	Tías		Sí
Don Esteban Travieso	C	36	Lanzarote	Mácher	Sí	Sí
Antonio Rodríguez	S	42	Lanzarote	Femés	Sí	Sí
Josefa, hija de don Salvador Martín	S	19	Lanzarote	Tinajo	Sí	Fallecida
Juana, hija de don Salvador Martín	S	16	Lanzarote	Tinajo	Sí	Fallecida
José Hernández	S	22	Lanzarote	Arrecife	Sí	Sí
María Santana	C	32	Lanzarote	Arrecife	Sí	
María León	S	25	Lanzarote	Arrecife	Sí	
Eufemia de Páiz	S	27	Lanzarote	Arrecife	Sí	Sí
María Paula	C	56	Lanzarote	Arrecife		Sí
María Rodríguez	S	38	Lanzarote	Arrecife		Sí
María Moreno	S	32	Lanzarote	Arrecife		Sí
José	S	12	Lanzarote	Arrecife		Sí
María	S	10	Lanzarote	Arrecife		Sí
Antonio	S	4	Lanzarote	Arrecife		Sí
Manuela	S	2	Lanzarote	Arrecife		Sí
Domingo Bonilla	S	28	Lanzarote	Máquez	Sí	
Alejo Salazar	S	23	Lanzarote	Máquez	Sí	Sí
Marcial Betancor	S	20	Lanzarote	Haría		Sí
Agustín Gutiérrez	C	56	Lanzarote	Breñas	Sí	
Julián Viera	S	25	Lanzarote	Yaiza	Sí	Sí
Sabina Lorenzo	S	49	Lanzarote	Yaiza	Sí	
Hilaria Curbelo	S	21	Lanzarote	Yaiza	Sí	
María Manuela Viera	C	Más de 32	Lanzarote	Yaiza		Sí

Nombre	Estado	Edad	Natural	Lugar residencia	Padrón 1830	Padrón 1835
Pedro Álvarez	C	32	Fuerteventura	Valle de Santa Inés	Sí	Sí
Josefa Acosta	S	30	Fuerteventura	Llanos de la Concepción	Sí	
Antonia Armas	S	12	Fuerteventura	Llanos de la Concepción	Sí	
Sebastián Pérez	C	46	Fuerteventura	Toto	Sí	Sí
Paula Morales	C	40	Fuerteventura	Banjada	Sí	
Gregorio	S	9	Fuerteventura	Pájara		Sí
Tomasa Peña	S	28	Fuerteventura	Puerto de Cabras	Sí	Sí
Tomás Cabrera	S	25	Fuerteventura	La Matilla	Sí	
Mujer	C	45	Fuerteventura	Tetir		Sí
Niño	S	8	Fuerteventura	Puerto de Cabras		Sí
Vicente Lorenzo	C	40	Fuerteventura	La Oliva	Sí	
Andrés Ramos	C	45	Fuerteventura	Tindaya	Sí	
José Placeres	C	52	Fuerteventura	Lajares	Sí	
Juan Saavedra	S	17	Fuerteventura	La Manta del Tostón	Sí	
José Saavedra	S	13	Fuerteventura	La Manta del Tostón	Sí	
Marcos Saavedra	S	10	Fuerteventura	La Manta del Tostón	Sí	
Pablo Casimiro	S	27	Fuerteventura	Jandía	Sí	
Juan Hernández	S	30	Fuerteventura	Tuineje	Sí	Sí
Antonio Mateo	S	26	Fuerteventura	Tuineje		Sí

La parroquia de La Antigua no registra ningún lazaro en 1830 y 1835. En el último año se sumó a la citada la parroquia de Tinajo. En el padrón de 1835 no figuran los datos de las jurisdicciones de Casillas del Ángel y La Oliva por no haberse remitido relación alguna por sus respectivos párrocos.

* Los datos aportados de cada persona corresponden a los tomados del censo de 1830.

× El estado civil comprende soltero/a (s), casado/a (c) y viudo/a (v).

Fuentes: A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

Nota: Elaboración propia.

En la relación adjunta se observa una evidente oscilación entre las cifras recogidas en los padrones de 1830 y 1835. En el primero de ellos se contabilizaban en ambas islas un total de 50 lazarinos –sumando los 6 residentes en el hospital de San Lázaro–, para cinco años después solo recogerse 28 –de ellos 10 ya figuraban en el padrón de 1830– sin darse explicaciones de las razones en la modificación de los datos –salvo la de 18 nuevas incorporaciones de leprosos–, excepto en los casos de las hermanas Josefa y Juana, hijas de don Salvador Martín, vecinas de Tinajo, registradas como fallecidas en el padrón de 1835. En el último año el número de leprosos debió ser mayor al faltar las contabilidades de los enfermos de La Oliva y Casillas del Ángel, ambas con 9 afectados en el primero de los padrones. En el hospital sobresalía el número de enfermos procedentes de Lanzarote, siendo Antonio Martín el más destacado de ellos, no solo por contar con una prole de 6 hijos, sino por estar asilado allí uno de ellos, de homónimo nombre, que contaba 24 años de edad. Los porcentajes de enfermos con respecto al total de población no eran elevados, para Las Palmas, por ejemplo, alcanzaba solo el 0,23% en 1835, aunque su presencia era inquietante en unas islas donde los brotes de epidemias –caso de la fiebre amarilla de 1813– podía poner en peligro en cualquier momento a amplios sectores de la población y a los ingresos generados por la exportación-importación de los grupos más pudientes. Escasos fueron los intitulados con el *don-doña* –denominación poco significativa ya en la época como diferenciador social– afectados y si se registran éstos, según se observa en la relación de lugares adjunta, se avecindan en los pagos de menor rango económico dentro del organigrama productivo insular. Pese a las favorables condiciones climáticas registradas en Fuerteventura y Lanzarote –sequedad, abundantes días soleados, flujo de aire– estas se vieron limitadas ante la creciente pobreza en la que se sumió una considerable parte de su población en el tránsito entre el setecientos y la siguiente centuria. La retracción en las exportaciones de productos de primera necesidad; la reiteración de las crisis agrarias –con efectos sobre la emigración y seguramente sobre las cifras aportadas de enfermos, al salir muchos de Lanzarote hacia otras islas o el exterior– las crecientes diferencias económicas entre los diversos grupos sociales; la caída de los ingresos generales y del poder adquisitivo de los grupos más modestos; la imposición de nuevas relaciones contractuales entre propietarios, etc., se convirtieron en algunas de las principales razones propiciatorias en la

extensión de la lepra. Arrecife y Tegui se serán los núcleos de población donde se localicen a mayor número de enfermos en Lanzarote, al darse en ambas condiciones de hacinamiento de población y aumento de la pobreza entre los grupos más bajos de la sociedad conejera. La lepra tendrá especial arraigo en Arrecife, el núcleo de población de mayor entidad, cuyo puerto, volumen de trabajadores, grupos en riesgo de pobreza y área de contacto con el exterior facilitaban la presencia del mal (marinería, productos importados, enfermedad)⁷².

El arribo de población exterior y la migración interna coadyuvaban al aumento en Arrecife de los efectivos de población y del propio registro de lazarenos entre los años de 1830 a 1835, pasando estos de 4 a 9, lo cual indica el incremento de la pauperización de ciertos sectores del vecindario. En el pago de Tías, otro lugar de Lanzarote con una considerable alza en los malatos —de 1 a 6— las cifras estaban justificadas por el desplazamiento hacia su término de campesinos y jornaleros de las áreas del centro de la isla. En estas localidades y en las reseñadas en la relación adjunta eran donde se concentraba gran parte de la población insular (Tegui, Tías, San Bartolomé), con una generalizada situación de pobreza en la mayoría de los sectores populares, sobre todo entre los no propietarios, añadiéndose a las mencionadas las pésimas condiciones higiénico-sanitarias existentes. Además, en ellas las viviendas cercanas a la costa o situadas en la proximidad de lugares donde existían aguas empozadas o vertederos era donde, según los facultativos, se manifestaban con mayor reiteración la lepra, aunque, lógicamente, quizá el aspecto más importante de todos los mencionados sea la unión de la afección con las condiciones económicas de los afectados. En Fuerteventura el número de enfermos fue reducido aunque sobresale por la elevada cifra registrada la parroquia de La Oliva, al norte de la isla, al señalarse su presencia en varios núcleos de población —sobre todo donde el número de pobres localizados era más abundante—, mostrándose como un alto volumen de afectados para el número de vecinos presentes.

El análisis de los datos aportados por los párrocos, tras las consiguientes preguntas a los damnificados y su reflexión sobre los orígenes de la enfermedad, permite comprobar unas considerables diferencias entre

⁷² QUINTANA ANDRÉS, P. *Naufragios y percances marítimos en aguas de Lanzarote*, Santa Cruz de Tenerife, 2012.

cada feligresía a la hora de señalar un tipo de causa como desencadenante del mal. En las islas de Fuerteventura y Lanzarote muchos informantes achacaban el inicio de su afección, principalmente, al clima húmedo y caluroso en ciertos períodos del año y a someterse los malatos a bruscos cambios de temperatura corporal. Uno de los párrocos, el de Tuineje, don Sebastián Robaina, refería el testimonio de Juan Hernández, de 40 años, afectado del mal desde hacía 16, el cual señalaba la raíz de su padecimiento a *salir acalorado de una casa, donde había una concurrencia y festín, y caminar descalzo en la tierra húmeda y fría, de lo que se le hincharon las piernas y creyendo curarse se dio algunas unsiones mercuriales*. También la alternancia entre frío-calor fue la razón aportada por Antonio Mateo, lazarino residente en dicho lugar, pues sus tumores y úlceras surgieron ante el calor soportado durante un verano⁷³. El propio párroco de Tuineje, admitiendo sus limitaciones sobre la cuestión planteada, veía la causa de todo en el caluroso clima común en el lugar, pero tampoco olvidaba la pésima alimentación del vecindario o la mala cura de *umores venéreos* como razones propiciatorias de tales padecimientos. Esta misma situación se alegaba para justificar la lepra de Domingo Rodríguez, uno de los lanzaroteños asilado en el hospital palmense, pues la enfermedad se le manifestó por *haber contraydo malos umores*, similares a los registrados por una hermana desde la infancia y varios parientes leprosos fallecidos ya en esos momentos⁷⁴. La combinación entre calor, baños de agua fría —de mar o pozo— o ponerse bruscamente bajo la sombra fueron factores alegados con asiduidad por los enfermos para referirse al contagio padecido. El párroco de Tías informaba de un malato —40 años— cuyo mal lo contrajo tras *un día en el campo arrancando con unos peones, para refrescarse un poco le hicieron una sombra cubierta con algunas yerbas, en donde estubo largo rato, gustado de aquel frescor*, observando al poco tiempo los síntomas de la lepra *que no puede atribuirle a otra causa porque no tiene noticia que en su familia haya habido ninguno que padeciese este accidente*⁷⁵.

⁷³ En Pájara la lepra de Gregorio, un niño de 9 años, era debida, según sus padres, a *excesos propios de su edad, como son entrarse con el cuerpo caliente en algún parage frío o entrarse en baño de agua fría estando el cuerpo acalorado*.

⁷⁴ El mismo *mal humor* era el alegado para Hilario Hernández, vecino de Fuerteventura, *por no conoserse motivos ni causas para ello que le ocasionen su enfermedad*.

⁷⁵ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra

Los lazarinos presentes en Tegui se fundamentaban sus achaques a diferentes circunstancias, pues la mayoría creían comenzar su afección a causa de razones de carácter psicológico y al contacto con personas presuntamente infectadas. Dos de ellos relacionaban el padecimiento de la lepra con sustos recibidos, enfados contraídos con otras personas y por ser *reprehendido en público por su superior*. En cambio, un tercer lazarino suponía el origen de su mal por *haber tomado leche de un ama que se creía tubo trato con un elefanciaco*. El contagio por contacto directo con otros enfermos y la herencia adquirida eran otras de las principales causas alegadas por los informantes en ambas islas, aunque no faltaron opiniones contrarias a estas hipótesis. La duda sobre el contagio por contacto y herencia se encontraba en el caso de María Paula, malata residente en Arrecife, de 56 años, la cual tuvo las primeras manifestaciones del mal con 19, no impidiéndole contraer matrimonio con 22 años. Al poco tiempo de la boda se le descubrieron unas úlceras en la cara, los brazos y en casi todo el cuerpo, además de caérsele la nariz, parte de los dedos de las manos y tener regulares sofocos de pecho, hechos no tomados en cuenta por su esposo para la concepción de varios hijos de los que en 1835 sobrevivían cinco, todos casados y con vástagos sin ninguna manifestación lazarina. Por contra, su paisana, María del Pino Moreno, con su cuerpo invadido de verrugas crecidas y de color aplomado, tuvo la desgracia de comunicar a sus cuatro hijos –con edades comprendidas entre los 12 y 2 años– su padecimiento. Los dos primeros tuvieron los comienzos de brotes cuando ella se curaba *tomando sudores, que fueron con abundancia, sus hijos, como eran pobres, los acostaba en su mismo lecho*, mientras a los dos menores los había concebido en el momento de estar ya afectada. En 1835, en Tías el cura del lugar decía contar con un lazarino de 17 años, el cual creía proceder su mal por *haber sido pegada de su tío, porque después de su enfermedad estuvo mucho tiempo durmiendo con él*⁷⁶.

El mal se manifestaba, según aseguraba la mayoría de los lazarinos, de forma sorpresiva, muchos, como ya se mencionó con anterioridad, señalaban un susto repentino como el inicio de las primeras manifestaciones. El citado hecho era alegado por Pedro Álvarez, vecino del Valle de Santa Inés, al señalar la razón primigenia de su padecimiento

⁷⁶ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra

los temores que tubo de ser tomado para servir a las órdenes del coronel don Ysidro Barradas, atribuyendo su mal no solo a esto sino a los sitios en que se vio precisado a ocultarse para no ser habido. En menor número, se achacaba al calor, a enfados⁷⁷ o a consecuencia de un maltrato los comienzos de la enfermedad⁷⁸, mientras los síntomas se presentaban con gran rapidez, a los tres o cuatro días de haberse producido la situación alegada por cada uno de informantes, aunque, como se ha apuntado, su período de incubación era mucho más largo. Varios afectados por la lepra decían haberse encontrado en poco tiempo con su cuerpo invadido por la enfermedad, la cual se extendía rápidamente –Eufemia de Páiz en cinco años vio progresar el mal con gran virulencia, convirtiendo a su *cuerpo en una llaga*–, ya que la falta de una medicación, una adecuada alimentación y la carencia de la mínima higiene agravaron su situación.

La herencia genética fue la razón aportada con más reiteración por los párrocos a la hora de señalar la presencia de lazarineros en sus respectivas jurisdicciones eclesiásticas, subrayando su transmisión desde algunas generaciones. En 1835 el párroco de Tetir, don José Viera y Cubas, decía contar con tres lazarineros, entre ellos dos hermanos que achacaban el principio de su mal a bañarse en el mar y *luego tenderse al rayo del sol*. El informante no parecía estar conforme con la explicación, fundamentando la lepra en recibirla del abuelo y un hermano de este, además del padre de ambos lazarineros, el cual era sospechoso de portar el mal, pues tenía la cara roja, *con unas herpes viva y sanguinolenta, circunstancias que aclararán el origen*. El informante de Yaiza, don Antonio Ramón Curbelo, subrayaba el caso de Julián Viera, de 30 años, afectado sin saber la razón, pues, según sus padres, decía *haberle acometido un accidente de repente y quedarse sin habla, este luego se le alibió en esta ocasión pero al cabo de cuatro años se le empezó a asombrar el cuerpo hasta que por último se declaró el mal*. Pese a lo manifestado por la familia, Curbelo averiguó tener el malato un bisabuelo, Marcial Viera, que tuvo 3 hijos declarados por enfermos, muriendo todos ellos solteros. María Manuela Viera, también enferma del mismo mal, siendo su madre nieta del citado Marcial, siendo esta, según el informante, la portadora de tan nefasta herencia. El cura de Arrecife, don Francisco Acosta Espino, creía tener la extensión de dicha lacra una base hereditaria –*su origen corra con la sangre y por herencia*–, ilustrando su disertación con el caso de María Paula –56 años, leprosa desde los 19– y Eugenia Páiz que eran primas hermanas, hijas de Miguel y Antonio, hermanos de Juan, María y Catalina, concibiendo entre todos a un total de 8 lazarineros –4 fallecidos–, siendo el origen Miguel Antonio, un hermano fallecido con 18 años, *que fue el primero en quien prendió esta enfermedad en esta línea*. Eugenia Páiz, lazarina, tenía, a su vez, un nieto afectado con

⁷⁷ La citada María del Pino Moreno, de 32 años, residente en Arrecife aunque originaria del barrio de San Lázaro de Las Palmas, aseguraba haber contraído el mal por un *arrebato de enfado que tomó con una besina, porque a los tres días de aberlo tenido se le llenó todo su cuerpo de ronchas*.

⁷⁸ José Perdomo, interno en el hospital de San Lázaro, llevaba 26 años soportando la enfermedad, desde los 14 de edad, la cual se le manifestó *a resultas de una calda, que le dejaron por muerto*.

Los testimonios de los beneficiados y párrocos se intentaron ajustar a la realidad del lugar aunque, en algunos casos, se obviaron dar contestación a las diversas cuestiones demandadas por el obispo en su informe o se recogieron los datos de modo generalizado, casi siempre con el deseo de ocultar declarar/señalar a ciertas personas del lugar por tales lazarinos, ante posibles marginaciones sociales. Varios párrocos manifestaron sus escrúpulos y dudas en tildar como lazarinos a parroquianos, siendo ilustrativo el caso de don Rafael Navarro, cura de Haría, en cuya memoria elevada al obispo decía precisar la concurrencia de un médico capaz de determinar si dos vecinos sospechosos eran o no lazarinos, pues *no tienen el uno ni el otro ningún indicio que pueda inducir a esta sospecha, que el de tener ambos encogidos los dedos de la mano izquierda que dicen les ha proseedido de haberlas calentado al fuego en un día de mucho frío, pues así por la limpieza de todo su cuerpo como por la claridad de su voz no encuentro diferencia ninguna de los que están perfectamente saludables*⁸¹. La misma precaución se registraba en la información de don Sebastián Robaina, cura de Tuineje, cuando hacía referencia a Antonio Mateo –de 26 años de edad– el cual mostraba una enfermedad cuyo origen se había observado en el último verano. Esta, decía Mateo, la adquirió *travajando con el rrigor de los calores, aconstumbraba a vañarse en el mar, de lo que se le lebanaron unos tumorcillos que no le dolían y algunos de ellos se le an echo úlseras*, aunque, pese a las manifestaciones aparentemente claras de un posible contagio leproso, Robaina eludía cualquier tipificación al no presentar el cuadro habitual de ese mal, aunque, apuntaba, *me le hace temer por lasarino, pero no está declarado como tal*. La misma duda estaba presente en el escrito del cura de San Bartolomé a la hora de registrar a Rosalía Bermúdez, vecina de Güime, entre los severamente afectados, pues padecía el mal *aunque no con mucho rigor*, pues no le impedía realizar sus ocupaciones domésticas. La presunta malata presentaba *algunos chichones o tumores en el rostro amaratados, sin reventar ni brotar ninguna materia*. Los tres hijos varones de Rosalía estaban sanos mientras su única hija –15 años– se encontraba *amenazada* de la enfermedad, aunque *la familia nunca han separado cama, comida ni ropa*⁸².

⁸¹ El 25 de noviembre de 1835 el párroco de Haría comunicaba al obispo Romo la señalización de ambos jóvenes como tales enfermos tras el reconocimiento a que fueron sometidos por el doctor José Bethencourt, cuyo informe definitivo los declaró afectados por el llamado *Fuego Sagrado* o mal de *San Antón*.

⁸² A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra

En todos los casos la enfermedad truncó el desarrollo social, cultural, económico y familiar de los malatos –reales o sospechosos–, algunos de las cuales se recluyeron, la mayoría se encontraron marginados dentro de sus comunidades y otras vieron limitado su ascenso social o la mera relación con sus parentelas. Algunos lazarinos pudieron realizar una vida cotidiana casi normal, al estar muy limitada la enfermedad a ciertas partes del cuerpo, pero en la mayoría de los casos los afectados por la lepra estaban señalados por amputaciones espontáneas de algunas falanges y dedos de pies y manos aunque, tal como sucedía con Antonio Rodríguez, vecino de Femés, la caída de algunos dedos de los pies no era síntoma de advertir *en lo demás de su cuerpo ni ronchas ni havas ni cosa alguna, sino mui limpio*. En otros casos la vida marital y familiar se había reducido ante el temor de contagiar o contagiarse, tal como sucedía con Domingo Martín Medina, vecino de San Bartolomé, el cual contrajo la enfermedad, según el cura del lugar, cuando se ocupaba de *regar cal dentro del algunas casas y que no reparaba el salir sudando al ayre cuando hacía esta operación*. El enfermo llevaba doce años si dormir con su mujer, yaciendo en camas separadas, además de tener cubiertos y ropas exclusivas para su uso.

Varios sacerdotes inquirieron entre el vecindario el recuerdo más antiguo de la presencia de la lepra entre la población, las causas de su propagación o si los comunicantes sabían las razones de su permanencia/desaparición en el lugar. Uno de los sacerdotes fue el citado don Sebastián Robaina, cura de Tuineje, cuando al preguntar a sus parroquianos estos rememoraban registrarse el mal en el seno del vecindario desde tiempo *ymemorable*, aunque en el transcurso de los años se había incrementado la presencia de malatos. En su recopilación de datos y consultas realizadas a los propios lazarinos del hospital de Las Palmas –Robaina había sido antiguo mampostor – explicaba que llegó a *crer que el orijen de tan deporable mal tiene varias causas, en unos creo se les propagó por la generación; en otros por calor hayrado; en otros por las varias cominaciones o mescla de los alimentos; y otros por umores venéreos mal curado*. Robaina decía no estar fundamentada ninguna de las opiniones recogidas, ni sus observaciones en hechos científicos porque *no soy perito en la materia*. Apuntaba un último ejemplo donde intentaba exponer un caso singular, no recogido entre sus comunicantes, y fundamentar algunas de sus argumentaciones, mas cuando lo había presenciado en primera persona en su estancia en Lanzarote. En la

citada isla, abundaba, conoció a un joven el cual corrió haciendo de paje de un caballero, siendo sofocada su sed con la toma de agua de una cisterna, cuando venía *acolorado del trabajo del camino, desde ally salió difigurado y dentro de poco se declaró lasarino, siendo antes rrobusto*. Similar precaución sobre los brotes y propagación de la enfermedad se atisbaban en la carta enviada al obispado en marzo de 1835 por el cura de Pájara, don Francisco Pastor, pues *mis cortos conocimientos en esta materia son ningunos, mayormente que los mejores facultativos en esta parte han caído en innumerables errores, por lo tanto me abstengo de tratar en un asunto en el que no haría otra cosa que caer de un error en otro*. El cura de Tetir, el mencionado Viera, fue otro de los sacerdotes empeñados en cumplir escrupulosamente con el mandato del obispo, disponiendo se indagara sobre las razones del mal en la jurisdicción de su parroquia. Los datos recogidos le permitieron elaborar un informe *según noticias fidedignas*, destacando ser el mal *antiquísimo en esta ysla*, aunque en ciertos pueblos se había generalizado a causa de *la conmezcla de alimentos como son el conejo y leche, el pescado, salemá y chopá, con la de camella y en esa persuasión están los viejos y citan casos que no dejan dudas*. En algunos lugares, pese a intentar averiguar los orígenes históricos de la enfermedad, ya por ignorancia de la población, ya por desconocimiento del sacerdote no se llegó a reflejar nada en el informe remitido al obispado. Ilustrativo fue el caso del cura de Femés, don Domingo Cristóbal Viera, pues, pese a realizar *las mayores diligencias en averiguar y tomar las noticias de los más ancianos de este pueblo, para de algún modo, según mi deseo, dar un ecsacto cumplimiento a los particulares de le referida circular; pero me será imposible por ser mis conocimientos y luces mui limitados*⁸³. En cambio, el citado Ramos Curbelo, preguntó a muchos vecinos de Yaiza con edades similares o superiores a los 80 años si conocían los nombres de los primeros lazarinos, asegurando algún informante ser los primeros afectados en el lugar los tres hijos del citado Marcial Viera, residentes en Yaiza en la década de los 30 del siglo anterior. Sumaba a este dato otro referente al número de lazarinos registrados durante el tiempo de ejercicio de su curato en el lugar –39 años–, recurriendo a los libros de defunciones de la localidad en los que pudo recoger un total de 25 malatos ya fallecidos. El número de hombres se elevó a 14, mientras las mujeres llegaron a 11, estando casados de ellos 2 varones y 3 hembras.

⁸³ A.C.C.D.C. Expediente sobre el mal de elefancia y lepra

Curbelo, decía haber realizado indagaciones y hecho conjeturas sobre la cuestión sin llegar a nada en concreto, *al no poder descubrir tan poco que las ropas sucias de los enfermos puestas en los lavaderos de los sanos, no las nabajas de afeitar pasadas de estos a aquellos hayan podido ocasionar el contagio*. En corroboración a lo dicho ponía el ejemplo de don Andrés Velasco, malato, cuya navaja de afeitar la empleaba su hermano don Pedro –con 76 años en ese momento– sin haber tenido ningún tipo de contagio. Los hijos del último *comían los alimentos que le sobraban al tal y bistiéron la ropa que quedó a su fallecimiento y ninguno ha padecido esta enfermedad*.

Finalmente, algunos eclesiásticos hacían hincapié en aspectos relativos a la moralidad y la sexualidad de los enfermos, caso de don Juan Ramírez, cura ejerciente en Las Palmas, el cual observando a los lazarinos pululantes por la ciudad, decía fundamentarse la raíz del mal en el contagio padecido ante el continuo roce entre enfermos y sanos, *especialmente entre la gente pobre en todos los barrios de esta ciudad y a través de ello el mal se expandía por la urbe y campos*. La falta de control de los enfermos por parte de la policía y el hospital de San Lázaro era la otra parte propiciatoria de dicha situación, pues a sus acogidos se les veía *promiscuamente en medio de estos vecinos en las plazas de mercado y pesquería de la ciudad y sin que se dimprecione el pueblo de la peligrosa preocupación de que él que se abstiene de comunicar con los lasarinos por no contraer tan mortífera enfermedad será castigado, debiendo entrar en todo ello la justicia civil* para cortar de raíz el *contajioso mal que se a propagado mucho en esta población de veinte a treinta años a esta parte*. El cura de Pájara, el citado Pastor, era de parecida opinión a Ramírez, basando su argumento en la vida llevada por dos lazarinos de su feligresía. Uno de ellos era Sebastián Pérez, el cual después de muchos años contrajo la enfermedad, según decía, a causa de *un exceso del que se le originó sin que se haya transmitido a su esposa y demás que haya tenido roce alguno*. Estas palabras corroboraban la realidad del momento, pues solo las parroquias de Tinajo y Vega de San Brígida, ambas con lazarinos recogidos en el padrón de 1830, se encontrarán cinco años más tarde libres de la presencia de este tipo de enfermos, aunque sus párrocos se esmeraron en preguntar a los vecinos y consultar los libros de la parroquia para poder asegurar la carencia de enfermos en sus parroquias, enviando un informe positivo al obispo sobre la erradicación de la enfermedad. La carta remitida al

obispo por el cura de Tinajo anotaba tener memoria el vecindario de datarse el primer brote conocido en el lugar en 1785, mientras el último se registraba en 1832, contabilizándose entre ambos períodos un total de 11 casos de los cuales 7 eran varones. Las edades de los lazarinos se comprendían entre los 13 y 40 años sin conocerse de ninguno la posibilidad de contagio o herencia, incluso, la primera lazarina de la que se tenía constancia, María Navarro, padeció la enfermedad por diez años durante los cuales tuvo cinco hijos a los que amamantó sin que ellos ni su marido adquirieran la enfermedad.

Los informes enviados por los eclesiásticos al obispo intentaron ajustarse a las demandas y preguntas de este, aunque no todos los párrocos lograron recabar la suficiente y esclarecedora información sobre el asunto, como ya hemos dicho. Lo cierto es que algunos de los informantes procuraron comunicar todo los datos posibles, fórmulas de curanderos e informaciones médicas empleadas por los enfermos, parientes o hierberos solucionar el problema. De todo lo aportado por los párrocos al obispo Romo se deduce el generalizado desconocimiento del origen y formas de propagación de la enfermedad. solo en las últimas décadas del siglo XIX el bacilo de la lepra fue descubierto por Hansen y estudiado por Neisser, pero aún sin dar con el remedio para su cura sistemática, aunque las mejoras sanitarias generales actuaron como acicate para erradicar muy lentamente el mal en las islas.

3. CONCLUSIONES

La presencia de un alto número de afectados por la lepra en Fuerteventura y Lanzarote se fundamentó en varios factores como: el clima subtropical, favoreciendo la multiplicación de los bacilos; la falta de una alimentación adecuada en los grupos sociales con economías más modestas; la carencia de una higiene personal y de la propia vivienda; el mínimo cumplimiento por parte de las autoridades de las medidas establecidas para la reclusión de los enfermos o la falta de una adecuada asistencia sanitaria. Los citados aspectos generales se vieron a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX impulsados por las condiciones socioeconómicas de la región, sobre todo la progresiva pauperización de los sectores de población menos pudientes. La desarticulación de la presunta complementariedad económica regional, la caída de las exportaciones, el agravamiento de la crisis política interna y las reiteradas recesiones agrarias terminaron por hundir la economía doméstica

de un elevado número de pequeños y medianos agricultores que, tras vender sus propiedades o entregarlas a los censualistas por no poder abonar las cargas depositadas sobre ella, pasaron a integrarse dentro del amplio grupo de no propietarios. A ellos se sumaba un notable porcentaje de población establecida en los umbrales de la subsistencia, afectada no solo por la citada enfermedad sino por todas aquellas que periódicamente resurgían o arribaban a las islas en forma de epidemia.

La pobreza de sus viviendas, la carencia de vestidos adecuados, la limitada cantidad de los productos alimenticios adquiridos y su estado de conservación, la imposibilidad de acudir a médicos o cirujanos y las mínimas condiciones de salubridad de sus zonas de asentamiento propiciaron la multiplicación de la enfermedad. En ese momento quedaba lejos la época de mediados del siglo XVIII cuando el médico irlandés don Diego Barry para encontrar un enfermo malato, deseoso un paisano del galeno de ver los síntomas del mal, debió recorrer buena parte del término de La Orotava para localizar un afectado. La pauperización social en las islas, sobre todo en Tenerife, La Palma y Gran Canaria, ocasionó una clara reacción entre los efectivos de su población, propiciando no solo la retracción de estos y la emigración de un gran contingente de isleños, sino también la multiplicación de las enfermedades (lepra, tuberculosis, tifus, fiebre amarilla). El desconocimiento médico de su origen y formas de propagación, la menor atención de los investigadores –al ser enfermedades que afectaban a los grupos marginales o a países alejados de las zonas más ricas del planeta–, la imperiosa necesidad de eliminar otro tipo de contagios de mayor repercusión –la rabia, la viruela, la tuberculosis– o la falta de medios técnicos influyó en la dilatación de la búsqueda de una solución definitiva para la lepra. solo el inicio de nuevos ciclos económicos más prósperos, la profilaxis, limpieza de las calles, la introducción de la higiene personal, etc., permitirán a finales del siglo XIX comenzar a controlar la enfermedad, aunque su presencia habrá nuevos brotes a causa de las profundas crisis surgidas en la región debido a las situaciones económicas en el ámbito internacional e interno.