

Watts, Sheldon

Epidemias y Poder

Editorial Andrés Bello.
Barcelona. 2000

¡El Cairo y la peste! Durante toda mi estancia, la peste se enseñoreó tanto de la ciudad, y estaba tan presente en cada calle y callejón, que ahora no puedo dissociar ambas ideas [...] Los orientales, sin embargo, manifiestan una fortaleza más serena que los europeos ante aflicciones de esta suerte [En las ciudades de los muertos] levantaban tiendas y colgaban columpios para diversión de los niños. ¡Un siniestro recreo! Pero los mahometanos [...] se enorgullecen de seguir impasiblemente sus antiguas costumbres a la sombra de la muerte.

Alexander Kinglake, *Eothen* (1835)¹

Viviendo y escribiendo en El Cairo islámico ciento sesenta años después de que el autor de *Eothen* observó la ciudad en tiempos de peste, me asombra la persistente integridad de la cultura egipcia cuando enfrenta crisis de vida o muerte. También soy consciente de que el imperialismo cultural promovido por Kinglake dista de haber fenecido. Por ejemplo, uno de los periódicos londinenses serios que se podían adquirir en las calles de El Cairo revelaba que un panel de Naciones Unidas sobre cambios climáticos estimaba que un individuo del Tercer Mundo valía en dinero sólo una quinceava parte de lo que valen las personas de Europa occidental o América del Norte.²

Una de las primeras preguntas que plantea un estudio de historia comparada acerca de las relaciones de poder y el impacto de las enfermedades epidémicas concierne al papel desempeñado por los médicos educados en la universidad. ¿Siempre han cumplido las mismas funciones que hoy? La respuesta es un contundente no. Hasta principios del siglo veinte y la “medicalización”



El profesor Robert Koch. Grabado de P. Naumann para el *London Illustrated News*, 29 de noviembre de 1890, p. 688.

de Occidente, la mayoría de los europeos enfermos que no pertenecían a los estratos altos o medios acudía a su familia para la atención de salud. Si la situación se agravaba, podían llamar al curandero de la aldea y quizá suplementarlo con curaciones recomendadas por buhoneros. Aparte del coste económico y las consideraciones de estatus, los europeos comunes recurrían poco a los médicos porque los juzgaban incapaces de curar enfermedades graves.

Siguiendo lineamientos establecidos por Galeno (131-c.201) y Avicena (Ibn Sina en árabe, m. 1037), los médicos mismos consi-

deraban que su tarea consistía en ofrecer a los pacientes técnicas personalizadas para impedir la mala salud. Cuando un paciente que había seguido un régimen recetado por el médico sufría una enfermedad grave, la función del médico consistía en crear una impresión de atención mediante placebos, baños, sangrías y recomendaciones dietéticas. El médico (en masculino: antes del siglo diecinueve, una mujer médica habría sido una contradicción) sabía muy bien que él no podía curar la enfermedad.³

Para nuestro enfoque, la medicina moderna comienza con el trabajo del científico prusiano Robert Koch (1843-1910). Koch descubrió el diminuto organismo viviente (vibrión) que causa el cólera mientras residía en Alejandría en 1883 y confirmó su hallazgo en Calcuta en 1884; dos años antes había descubierto el agente causal de la tuberculosis.⁴ Pero pasaría un tiempo hasta que las radicales ideas de Koch gozaran de aceptación general e influyeran sobre la terapéutica. Los doctores formados en las verdades científicas de la Gran Tradición sostenían que la mayoría de las enfermedades eran causadas por miasmas, por una forma de vida indisciplinada o por cualquier otra cosa, nunca por organismos *vivientes*. No estaban dispuestos a desistir de sus creencias vetustas para asimilar las ideas de Koch. Sólo cuando ellos se retiraron, los hombres más jóvenes formados en el nuevo paradigma pasaron a primer plano.⁵

Los años de transición (aproximadamente 1880-1930) que condujeron a la plena medicalización de Occidente (la aceptación, por parte de los legos, de que los médicos constituían la primera línea de defensa contra las enfermedades) coincidieron con la gran época del imperialismo europeo y norteamericano; ambos fenómenos están relacionados. De las luchas por Africa, las luchas por China y la conquista estadounidense del viejo imperio español del Caribe y del Pacífico surgió la nueva disciplina de la medicina tropical. Desde sus inicios, la medicina tropical fue un instrumento imperial destinado a posibilitar que las "razas" blancas habitaran, o por lo menos explotaran, todas las zonas del globo. Este nuevo papel hallaba su justificación en las ideas concebidas por Herbert Spencer y luego incorporadas a la divulgación de los seminales trabajos de Charles Darwin sobre la evolución. El mensaje del darwinismo social, tal como se interpretaba comúnmente, era que los europeos estaban en la cima de la cadena evolutiva y tenían derecho a dominar al resto de la humanidad.⁶

Pero, como sabemos, lo único nuevo de estos asertos era que contaban con el respaldo de la ciencia; el fenómeno del imperalismo europeo tiene unos quinientos años. Los primeros pasos de Europa hacia la dominación mundial los dieron portugueses y españoles en el siglo quince, y en los doscientos años posteriores les siguieron holandeses, franceses e ingleses. A mediados del siglo diecisiete, en el marco de una auténtica economía global que afectaba a todos los continentes habitables excepto Australia, nació el consumismo de masas. Este fenómeno formaba parte de un plan más amplio, el *Desarrollo*, gestionado por agentes que vivían en las capitales económicas de Europa: Génova, Lisboa y Amberes, y luego Amsterdam y Londres.

El Desarrollo, para nuestros propósitos una fuerza motriz decisiva en el mundo moderno, podía cobrar múltiples formas. La mayoría requería cuatro elementos: (1) tierra fértil, semillas, bosques, minerales y otras *materias primas* que se pudieran convertir en productos (algunos de ellos totalmente nuevos) destinados al consumidor; (2) *mano de obra* para efectuar esta conversión, con trabajadores que podían funcionar como consumidores o no, según lo que permitieran sus dueños o patrones; (3) *crédito* e instituciones crediticias para afrontar el coste de reunir en el mismo sitio la materia prima y la mano de obra necesaria para convertirla en un producto vendible y llevarla al mercado que ofreciera las mayores ganancias; y (4) *consumidores* que, al dar efectivo, pagarés o la promesa verbal de pagar, convertían el producto terminado en oro o plata, los valores que respaldaban el crédito europeo antes de 1930. Hasta fines del siglo diecinueve (cuando la industria de alta tecnología finalmente prevaleció), la naturaleza de los productos terminados —hechos a mano, a máquina o con una combinación de ambas cosas— no tenía importancia. Lo importante era que los agentes europeos del Desarrollo mantuvieran estos procesos en marcha y tuvieran bajo su influencia a cada vez más personas en el mundo.⁷

Una de las consecuencias no deseadas del Desarrollo fue la creación de redes de pestilencia que, al igual que la red comercial instalada primero por los portugueses, se propagaron por el mundo. Antes del decisivo cruce del Atlántico por Colón en 1492, ninguna de las enfermedades tratadas en este libro —peste bubónica, lepra, viruela, cólera, malaria, fiebre amarilla o sífilis venérea (a diferencia del pian)— existía en el Nuevo Mundo. Se considera que esta feliz condición es resultado de dos sucesos. El primero

fue la migración terrestre de pueblos protoasiáticos por lo que hoy es el estrecho de Bering, hace 40 mil años; la elevación del mar cerró esta ruta 30 mil años después. Estos colonos formaron el núcleo genético de la población del Nuevo Mundo precolombino. El segundo fue la evolución de las enfermedades modernas, que ocurrió en el Viejo Mundo *después* de la partida de esos emigrantes.³

La teoría —basada en la idea europea de que su propio pasado establece reglas aplicables siempre y en todas partes— sostiene que las enfermedades epidémicas que tratamos aquí requerían, para evolucionar, grandes poblaciones de gente sedentaria. En el Viejo Mundo, la agricultura sedentaria se asentó como distinta de la actividad cazadora-recolectora entre el 10.000 a.C. (en Asia) y el 9.000 a.C. (en Egipto y el Creciente Fértil). Esta cronología concuerda muy bien con cronologías que plantean la evolución y la aparición de las enfermedades del Viejo Mundo. Sin embargo, la teoría no explica por qué éstas no se desarrollaron en el Nuevo Mundo, a excepción de la tuberculosis. En el hemisferio occidental, sobre todo en Mesoamérica, existían desde el 500 a.C. grandes mercados y populosas ciudades, muchas con más de 50 mil habitantes.

La evolución de organismos microscópicos capaces de causar enfermedades epidémicas en la masa terrestre eurasiática varios miles de años *después* de la partida de los ancestros de los americanos nativos* significó que los descendientes de éstos no tuvieron ocasión ni necesidad de desarrollar inmunidad. Las consecuencias fueron catastróficas, sobre todo en el caso de la viruela. Apenas doce años después de la muerte de Colón, en todas las regiones del Nuevo Mundo invadidas por los europeos y su contagio, al cabo de una generación nueve de cada diez americanos nativos eran eliminados por la viruela (u otras enfermedades fatales que parecían semejantes) antes de que pudieran dejar descendencia.

Pero, para los agentes europeos del Desarrollo, resueltos a obtener la máxima ganancia de las minas de oro y plata del Nuevo

* Usamos "americano nativo" para traducir la expresión *Native American*, que designa a los amerindios o integrantes de los pueblos aborígenes de las Américas. *Native American* pretende evitar los estereotipos ofensivos al tiempo que corrige la errónea denominación de Colón, "indios", y evita una confusión entre los aborígenes de América y los habitantes de la India. (*N. del T.*)

Mundo, la destrucción de americanos nativos no representaba una gran pérdida. La tecnología naval portuguesa (pronto superada por la holandesa y la inglesa) y las bases portuguesas en África y Asia facilitaban la importación de esclavos africanos para trabajar en las minas americanas. Al cabo de pocas décadas de contacto europeo, el holocausto de la viruela (junto con el sarampión y el tifus) se combinó con la codicia blanca y otras conductas humanas para transformar totalmente la composición étnica del Nuevo Mundo.⁹

En toda sociedad, tratárase de Europa, de una región no europea sometida a la transformación del Desarrollo o de una colonia europea propiamente dicha, una epidemia influía sobre la relación de poder entre la minoría dominante y la mayoría dominante. Obviamente, eran los gobernantes quienes determinaban la respuesta oficial a la enfermedad (a veces con asesoramiento médico). Aunque los contextos epidemiológicos diferían, con frecuencia la elite sostenía que la enfermedad atacaba a ciertas personas y dejaba en paz a otras. Esta percepción, producto de un complejo de filtros culturales, formaba parte de lo que denomino la enfermedad constructo (por ejemplo, el constructo lepra, o el constructo fiebre amarilla). En la creación de respuestas oficiales, este constructo determinaba qué se podía hacer en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad.¹⁰

Muchas veces la gente común descubría que las medidas tomadas durante una epidemia —rápido entierro de cadáveres encalados en fosas comunes, confiscación de la propiedad de los difuntos, cierre de mercados, cuarentena— planteaban más amenazas a su mundo de experiencias y sus expectativas que la enfermedad en sí. Pero los privilegiados nunca entendían por qué sus ideas (tomadas como paradigmas de la sabiduría de la Gran Tradición culta) no debían tomarse como norma universal. Con la llegada de la Ilustración a Francia, Inglaterra y Escocia, la divergencia entre las actitudes de las elites y el pueblo se ensanchó aún más.¹¹

En los siguientes capítulos, sitúo cada enfermedad epidémica en dos contextos culturales, uno europeo y otro no occidental. La contextualización temporal, espacial y cultural indica que me he planteado una tarea diferente de la que se propuso William McNeill hace veinte años; McNeill se encargó ante todo de evaluar las repercusiones de las enfermedades epidémicas en la humanidad en general.¹² Trabajando cronológicamente, yo comienzo con un estudio de la peste bubónica en Europa occidental y el

imperio mameluco de Oriente Medio, con sede en El Cairo, ambos afectados por la enfermedad en 1347. En Europa desapareció entre 1690 y 1710, pero en Oriente Medio persistió hasta la década de 1840. En Occidente, siglos después de la desaparición de la peste, siguió siendo el flagelo esencial con el cual se compararían crisis posteriores.¹³ No obstante, por espantosas que fueran las experiencias europeas, la peste no allanó el camino de conquistadores extranjeros, como ocurriría con la viruela en América.

El capítulo 2, sobre la lepra, comienza en la Edad Media europea, con un examen del crecimiento de ese potente constructo que es el leproso como ser estigmatizado, y luego presenta ejemplos del modo en que este constructo se aplicó en el mundo colonizado del siglo diecinueve. Comenzando por Hawái y la India, paso a Sudáfrica, Nigeria, las Filipinas y Malasia. El capítulo termina con una advertencia: aunque hoy existe una cura para la lepra, que surte efecto si se aplica a tiempo, el constructo medieval cristiano permanece. La gente proclive a aceptar la noción occidental del constructo lepra rara vez busca cura médica a tiempo para impedir la irreversible pérdida de los dedos de manos y pies.

El capítulo 3 trata sobre la viruela en América y Europa. El capítulo 4 examina la peste oculta, la sífilis venérea, en Europa y América después de 1493. El capítulo termina con un comentario sobre los modos en que la orgullosa civilización que fue China enfrentó el constructo sífilis.

El capítulo 5 trata sobre el cólera en la India y Gran Bretaña. Durante los años de dominación británica, 1786-1947, el cólera reclamó la vida de más de 28 millones de personas. Antes de la llegada de los ingleses, es improbable que haya sido una amenaza importante para el subcontinente. El cólera puede verse, pues, como la enfermedad colonial por antonomasia. Dentro de las Islas Británicas, donde la enfermedad atacó por primera vez en 1831, el cólera y el constructo cólera (en este caso, un constructo no relacionado con la experiencia colonial) se ven como uno de los varios instrumentos que la incipiente clase media utilizó contra sus enemigos sociales, las comunidades de artesanos, que en viejas interpretaciones constituían el auténtico pueblo de Inglaterra.

El capítulo 6 trata sobre la malaria y la fiebre amarilla en el mundo atlántico (África, el Caribe, la América continental). En la evolución de estas enfermedades, el desarrollo (con la migración involuntaria de millones de trabajadores potenciales del Oriente a Occidente) es de nuevo una fuerza motriz decisiva. Al igual que la

lepra en el siglo diecinueve, la enfermedad constructo contribuía a formar la actitud de los pueblos dominantes. El constructo fiebre amarilla sostenía que los africanos negros eran inmunes a la enfermedad. Esta páfida interpretación se usó para demostrar que el Dios cristiano los había creado para servir como esclavos en las Américas. En Africa y Liverpool, en la década de 1890, el personal médico inglés marginó aún más a los negros al crear un constructo malaria.

Esta cruda visión de los usos de la enfermedad epidémica en el pasado conduce a un epílogo que presenta un breve comentario acerca de la situación en el momento de la publicación de este libro. Mi punto de partida es que, apoyándose en las visiones de Robert Koch, los médicos y técnicos modernos han alcanzado al fin la capacidad para controlar todas las enfermedades epidémicas comentadas en este estudio. En el caso de la malaria, que aún causa muchas muertes, se puede argumentar que la incapacidad para controlarla se debe a barreras de tipo social, intelectual y económico y no a ignorancia técnica. Con la superación de barreras similares, la viruela se eliminó de la faz de la Tierra en 1977.¹⁴

Aunque el conocimiento científico avanza año a año, el personal médico forma parte de sistemas sociales e inevitablemente comparte sus valores. Así, en el Norte económicamente avanzado y en ciertos enclaves urbanos del trópico, ciertos grupos de personas albergan planes de ganancia personal que no dan alta prioridad al control de enfermedades infecciosas, que ahora se encuentran principalmente en el Sur. Pero las personas *comunes* que Alexander Kinglake observó en los cementerios de El Cairo en 1835, y que yo veo a diario en sus calles, han demostrado una y otra vez su voluntad de aceptar la valía y dignidad de todos sus congéneres. En dichas personas se encuentra la semilla de un futuro más humanitario.¹⁵

La respuesta humana a la peste en Europa occidental y Oriente Medio, 1347-1844

Introducción

En el verano de 1347, ratas y pulgas infectadas con peste bubónica abordaron naves mercantes genovesas en Caffa, en el Mar Negro. Ese año, algunas de esas naves cruzaron los Dardanelos, hicieron escala en Mesina (Sicilia) y luego navegaron a Pisa, Génova y Marsella; otras naves genovesas viajaron de Caffa a la desembocadura del Nilo, en Egipto. Al cabo de pocos meses, una pestilencia desconocida para los contemporáneos comenzó a matar a hombres, mujeres y niños en ambas márgenes del Mediterráneo. En 1348 la peste atacó las poblaciones de las costas del Atlántico y del Báltico. Luego, viajando por ríos y carreteras y a campo traviesa, sorprendió a los europeos que vivían en el interior.

Aunque la información confiable es escasa, pareciera que durante los cinco años en que atacó la Peste Negra (1347-1351), la mortalidad regional oscilaba entre un octavo y dos tercios de la población. Quizás haya matado a tres europeos de cada diez, dejando 24 millones de muertos. Es el desastre epidémico más grande de Europa desde el derrumbe del imperio romano.¹

La tasa de mortalidad también fue espantosamente alta en el Oriente Medio musulmán: pereció entre un cuarto y un tercio de la población. Escribiendo en 1349, Ibn Khatimah, un escritor médico de la Andalucía musulmana, testificó:

Esto es ejemplo de los maravillosos actos y el poder de Dios, pues nunca ha ocurrido una catástrofe de tal magnitud y duración. No tenemos informes satisfactorios, porque la enfermedad es nueva [...] Sólo Dios sabe cuándo se irá de la tierra.²

los ingenieros expatriados supervisan una obra en construcción. Empero, no han desarrollado técnicas baratas de largo plazo que los nativos pobres puedan usar para salvarse de la malaria y la necesidad de engendrar familias numerosas.⁴⁰

Entre tanto, en la ribera occidental del Nilo, casi a la vista de donde escribo, la gran Esfinge de piedra caliza, ahora amenazada por la polución corrosiva de los coches y autobuses, mira impasiblemente el cielo (y el segundo piso de una cercana Pizza Hut). Cuando se talló la Esfinge hace 4.500 años, la expectativa media de vida de los súbditos más acaudalados del faraón era de cuarenta o cuarenta y cinco años. Esta expectativa era similar a la de la campaña inglesa en 1835, cuando el joven Alexander Kinglake viajó para consultar a la Esfinge.

Hoy, gracias a la transición epidemiológica señalada por Abdel Omran de Egipto, esto ha cambiado. Globalmente, entre las multitudes poco longevas que viven mayormente en el Sur, hay un explosivo aumento en la cantidad de personas. Esto se puede contrastar con el explosivo aumento en el consumo de recursos no renovables por parte de la minoría longeva que vive principalmente en el Norte. De pie sobre las huellas de Kinglake, ante el oráculo más antiguo del mundo, uno puede preguntarse si se permitirá que continúe este grosero desequilibrio. A esta pregunta, la Esfinge no da respuesta.

Introducción

1. Alexander William Kinglake. *Eothen* (Londres, Longman, Green, 1940), 169, 173 (destacado del original).
2. Geoffrey Lean, "One Western Life is Worth 15 in the Third World, Says UN Report", *Independent on Sunday*, 23 de julio de 1995. Seguimiento: "Green Economist Faces Picket", *The Times Higher Education Supplement*, 24 de noviembre de 1995, 3. En 1896 las reflexiones de Kinglake ante la Esfinge –"no obstante, esa roca insomne observará las obras de la nueva e industriosa raza [los conquistadores de Egipto y la India]" (*Eothen*, 198)– fueron citadas aprobatoriamente por el agente del Desarrollo en Egipto, W. E. Garstin, subsecretario de Estado para Obras Públicas: R. H. Brown, *History of the Barrages at the Head of the Nile Delta*, introducción de W. E. Garstin (El Cairo, National Printing Department, 1896), x.
3. Roy Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from Below", *Theory and Society* XIV (1995), 175-98; Anne Digby, *Making a Medical Living* (Cambridge, Cambridge University Press, 1994), 302-10; Andrew Wear, "Interfaces: Perceptions of Health and Illness in Early Modern England", en Roy Porter y Andrew Wear, comps., *Problems and Methods in the History of Medicine* (Londres, Croom Helm, 1987), 230-56; Dorothy Porter y Roy Porter, *Patient's Progress: Doctors and Doctoring in 18th Century England* (Stanford, CA, Stanford University Press, 1989), 208-14; Matthew Ramsey, *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830* (Cambridge, Cambridge University Press, 1988); William Coleman. "Health and Hygiene in the *Encyclopédie*: A Medical Doctrine for the Bourgeoisie", *Journal of the History of Medicine* XXIX (1974), 399-421; Nancy G. Siraisi, *Medieval & Early Renaissance Medicine* (Chicago, University of Chicago Press, 1990), 120-23, 136-37; David Gentilcore, "Contesting Illness in Early Modern Naples: *Miracolati*, Physicians and the Congregation of Rites", *Past and Present* CXLVIII (1995), 115, 124-25; Carlo M. Cipolla, *Miasmas and Disease: Public Health and the Environment in the Pre-Industrial Age*, trad. ing. Elizabeth Potter (Londres, Yale University Press, 1992); Charles E. Rosenberg, "The Therapeutic Revolution: Medicines, Meanings, and Social Change in Nineteenth Century America", en su *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine* (University Park, University of Pennsylvania Press, 1979), 3-12, 21-22; Steven M. Stowe, "Seeing Themselves at Work: Physicians and

- the Case Narrative in the Mid-Nineteenth-Century American South”, *American Historical Review* n° 1 (febrero 1996), 4346.
4. “Robert Koch”, *Dictionary of Scientific Biography*, com-Charles Gillispie (Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1981), 420-35. En el mundo de la narrativa, que refleja la opinión pública en la época del triunfo pleno de la medicalización, Koch aparece como paradigma del médico científico: Sinclair Lewis, *Arrowsmith* (Nueva York, Harcourt Brace & World, 1925). Véase también: Roslynn D. Haynes, *From Faust to Strangelove: Representations of the Scientist in Western Literature* (Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1995), y Gerald L. Geison, *The Private Science of Louis Pasteur* (Princeton, Princeton University Press, 1995).
 5. Para ejemplos de abierta hostilidad hacia los paradigmáticos conceptos de Koch (llegado a la India en 1884) por parte del equipo de investigación científica de la Comisión Sanitaria del Gobierno de la India y la Comisión Sanitaria del Ejército, véase: *Parliamentary Papers*, 1894 LX [Cd 7514], 79, 103, 162, 202; *P.P.* 1898 LXIV [Cd 8688], 180; *P.P.* 1899 LXVI (part II) [Cd 9549], 218, 227, 234, 251; *P.P.* 1900 LVIII [Cd 397], 257; *P.P.* 1906 LXXXII [Cd 2766], 149.
 6. Sir Charles Bruce, “Tropical Medicine as Instrument of Empire”, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* XI (2 de noviembre de 1908), 334; Nancy Stepan, *The Idea of Race in Science: Great Britain 1800-1960* (Londres, Macmillan, 1982); Nancy Stepan, *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy, 1890-1920* (Nueva York, Science History Publications, 1976); Seymour Drescher, “The Ending of the Slave Trade and the Evolution of European Scientific Racism”, en Joseph E. Inikori y Stanley L. Engerman, comps., *The Atlantic Slave Trade: Effects on Economies, Societies and People in Africa, the Americas, and Europe* (Durham, NC, Duke University Press, 1992); John Farley, *Bilharzia: A History of Imperial Tropical Medicine* (Cambridge, Cambridge University Press, 1991); Michael Worboys, “The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Specialty”, en G. Lemaine et al., comps., *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines* (La Haya, Mouton, 1976), 89. Véase también: Roy MacLeod y Milton Lewis, comps., *Disease, Medicine and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion* (Londres, Routledge, 1988), y Armando Solórzano, “Sowing the Seeds of Neo-Imperialism: The Rockefeller Foundation's Yellow Fever Campaign in Mexico”, *International Journal of Health Services* XXII n° 3 (1992), 529-54.
 7. Para una visión general de la globalización de la historia después de 1492, véase: Jerry H. Bentley, “Cross-Cultural Interaction and Periodization in World History”, *American Historical Review* CI n° 3 (junio 1996), 749-70; para el “capitalismo caballeroso”, véase: P. J. Cain y A. G. Hopkins, *British Imperialism: Innovation and Expansion, 1688-1914* (Londres, Longman, 1993); para las relaciones crediticias: Joseph C. Miller, *Way of Death: Merchant Capitalism and the Angolan Slave Trade 1730-1830* (Londres, James Currey, 1988), 66-4-69; Fernand Braudel, *The Perspective of the World*, trad. ing. Siân Reynolds (Londres, Collins, 1984), 38, 44; para el consumismo: Ralph Austen y Woodruff D. Smith, “Private Tooth Decay as Public Economic Virtue: The Slave-Sugar Triangle, Consumerism, and European Industrialization”, en Inikori y Engerman, *The Atlantic Slave Trade*, 183-203; T. H. Breen, “Baubles of Britain”:

- The American and Consumer Revolutions of the Eighteenth Century”, *Past and Present* CXIX (1988), 73-104.
8. William McNeill, *Plagues and Peoples* (Londres, Doubleday, 1976); Alfred W. Crosby, *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492* (Westport, CT, Greenwood Press, 1972); Alfred W. Crosby, *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900* (Cambridge, Cambridge University Press, 1986); Mark Nathan Cohen, *Health and the Rise of Civilization* (New Haven, CT, Yale University Press, 1989).
 9. Véase nuestro capítulo 3.
 10. Véanse nuestros capítulos 2 y 6. Un ejemplo de una crisis que en la mayoría de las sociedades suscitó pocas respuestas médicas o medidas innovadoras es la epidemia de gripe de 1918, que mató por lo menos a 20 millones de personas en todo el mundo: Alfred Crosby, *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918* (Cambridge, Cambridge University Press, 1989). Sin embargo, en el territorio de los yorubas, en la Nigeria colonizada por los británicos, la muerte de 250 mil personas por la gripe indujo al establecimiento de iglesias Aladora de gestión local: John Peel, *Aladora* (Oxford, Oxford University Press, 1968). [Aladora o Aladura significa “dueños de la plegaria” en yoruba; y el movimiento se inició hacia 1918 entre los jóvenes de la comunidad cristiana. La epidemia de gripe precipitó la formación de un grupo de plegaria de laicos anglicanos en Ijebu-Ode, Nigeria, el cual enfauzaba la curación divina, la protección por la plegaria y un código moral puritano; en 1930 el catequista anglicano Josiah Oluonwo Oshitelu fundó la Iglesia del Señor (Aladura) en Ogere, Nigeria, que pronto se difundió dentro y fuera del África. (N. del T.)]
 11. Sir Isaiah Berlin, *The Crooked Timber of Humanity* (Nueva York, Alfred A. Knopf, 1991); Christopher Lasch, *The Revolt of the Elites and the Betrayal of Democracy* (Nueva York, W. W. Norton, 1995), 93; Edward Said, *Culture and Imperialism* (Londres, Chatto & Windus, 1993); Bhirkhu Paretkh, “Superior People: The Narrowness of Liberalism from Mill to Rawls”, *Times Literary Supplement*, 25 de febrero de 1994, 11. En algunos sectores, al hablar de los aspectos negativos de la Ilustración, se ha puesto de moda utilizar el término “Proyecto Ilustración”.
 12. McNeill, *Plagues and Peoples*. Para advertencias contra un determinismo inapropiado de la enfermedad, véase: Bill Luckin, “States and Epidemic Threats”, *Bulletin of the Society for the Social History of Medicine* XXXIV (1984), 25-27.
 13. Para un comentario temprano sobre la distorsión en la financiación de las investigaciones, favoreciendo la peste (que era causa de pánico) por encima de una enfermedad que mataba muchas más personas (en este caso el cólera), véase: *Parliamentary Papers* 1906 LXXXII [Cd 2766], 149. Véase también: Rajnarayan Chandavarkar, “Plague Panic and Epidemic Politics in India, 1896-1914”, en Terence Ranger y Paul Slack, comps., *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), 203-40.
 14. Esto también se señaló en *The World Health Report 1996, Fighting Disease. Fostering Development: Report of the Director-General* (Ginebra, OMS, 1996), 106-7, 110. Véase también: 367, n. 39.
 15. *The World Health Report 1996* consigna que “Los países de la región [Mediterráneo oriental] creen que es hora de recordar que los valores éticos de la

práctica médica se deben reforzar en el mundo de hoy, donde prevalecen consideraciones técnicas y económicas”, *World Health Report 1996*, 97. Acerca de la correlación directa entre igualdad social, calidad de vida y longevidad, véase: Richard Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality* (Londres, Routledge, 1996).

1. La respuesta humana a la peste en Europa occidental y Oriente Medio, 1347-1844

1. Para una introducción general: Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens: Tome I: La peste dans l'histoire* (París, Mouton, 1975), y *Tome II: Les hommes face à la peste* (1976). Para Oriente Medio, véase: Michael W. Dols, *The Black Death in the Middle East* (Princeton, NJ, Princeton University Press, 1977). La epidemia de 1347-53 se denomina “Peste Negra” y los ataques posteriores de lo que parece haber sido la misma enfermedad se conocen como “plaga”, “peste” o “pestilencia”. El ciclo de epidemias que comenzó en 1347 y finalizó en 1844 es la segunda pandemia; la primera pandemia (también procedente del Asia central) se suele denominar “Plaga de Justiniano”; asoló el Occidente en el 541 y duró hasta 775.
2. Citado en Ann Montgomery Campbell, *The Black Death and Men of Learning* (Nueva York, AMS Press, 1966), 52.
3. David Herlihy y Christiane Klapisch-Zuber, *Tuscans and their Families: A Study of the Florentine Catasto of 1427* (New Haven, CT, Yale University Press, 1985), 73-78.
4. Dols, *Black Death*, 230-31; Albert Hourani, *A History of the Arab People* (Londres, Faber & Faber, 1991), 213; Biraben, *Tome I*, 105-11; Emmanuel Le Roy Ladurie, *The Peasants of Languedoc*, trad. ing. John Day (Urbana, University of Illinois Press, 1974), 1-66; Harry Miskimin, *The Economy of Later Renaissance Europe 1460-1600* (Cambridge, Cambridge University Press, 1977), 20-21; Paul Slack, *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England* (Londres, Routledge & Kegan Paul, 1985), 15-17; Roger Mols, “Population in Europe 1500-1700”, en Carlo M. Cipolla, com., *The Fontana Economic History of Europe: The Sixteenth and Seventeenth Centuries* (Londres, Collins/Fontana, 1974), 38-39; William McNeill, *Plagues and Peoples* (Garden City, NY, Anchor Books, 1976), 150. Acerca de la peste en los centros urbanos del norte de Italia a mediados del siglo diecisiete, véase: Richard Rapp, *Industry and Economic Decline in Seventeenth-Century Venice* (Cambridge, MA, Harvard University Press, 1976), 22, 42; Carlo M. Cipolla, *Cristofano and the Plague: A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo* (Londres, Collins, 1973), 20; Ann G. Carmichael, “Contagion Theory and Contagion Practice in Fifteenth-Century Milan”, *Renaissance Quarterly*, XLIV n° 2 (verano 1991), 254; Domenico Selle, *Crisis and Continuity: The Economy of Spanish Lombardy in the Seventeenth Century* (Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979); Eric Cochrane, *Italy 1530-1630*, com. Julius Kishner (Londres, Longman, 1988), 280-81; Fernand Braudel, “Putting the Record Straight: The Age of the Genoese”, en *Civilization & Capitalism: 15th-18th Century III: The Perspective of the World*, trad. ing. Siân Reynolds (Londres, Collins/Fontana, 1985), 157-73. En 1722 Daniel

- Defoe, periodista, novelista y oportunista, publicó su famoso *Diario del año de la peste*. El relato de Defoe, ambientado en una imaginaria Londres de 1665, se afianzó en la mentalidad culta inglesa como una narración autorizada de lo que implicaba una peste.
5. Punto de inflexión identificado por Ann G. Carmichael, *Plague and the Poor in Renaissance Florence* (Cambridge, Cambridge University Press, 1986).
 6. Andrew B. Appleby, “The Disappearance of Plague: A Continuing Puzzle”, *Economic History Review*, 2nd series XXXIII n° 2 (mayo 1980), 161-73; Kari Konkola, “More than a Coincidence? The Arrival of Arsenic and the Disappearance of Plague in Early Modern Europe”, *History of Medicine* XLVII n° 2 (1992), 186-209.
 7. S. R. Epstein, “Cities, Regions and the Late Medieval Crisis: Sicily and Tuscany Compared”, *Past and Present* CXXX (1991), 350. Para la importancia de las variaciones regionales: J. M. W. Bean, “The Black Death: The Crisis and its Social and Economic Consequences”, en Daniel Williman, com., *The Black Death: The Impact of the Fourteenth Century Plague* (Binghamton, NY, Center for Medieval and Early Renaissance Studies, 1982), 23-38.
 8. Anthony Molho, “Recent Works on the History of Tuscany: Fifteenth to Eighteenth Centuries”, *Journal of Modern History* LXII (marzo 1990), 77.
 9. James Longrigg, “Epidemic, Ideas and Classical Athenian Society”, en Terence Ranger y Paul Slack, comps., *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), 21-44, es 34, 39. Como señala Longrigg, los capítulos 47-57 del libro II de la *Historia* hablan de una “plaga” que ningún autor contemporáneo de Tucídides menciona y que daba inmunidad a los sobrevivientes: la peste bubónica no otorga inmunidad.
 10. Citado en John Lerner, *Italy in the Age of Dante and Petrarch 1216-1380* (Londres, Longman, 1980), 265.
 11. Girolamo Fracastoro, médico de salón y personaje destacado en el mundo literario de Verona y Roma, publicó en 1546 un tratado sugiriendo que la peste podía ser transmitida por partículas invisibles que provocaban el contagio; esta idea estaba demasiado alejada de la mentalidad médica como para ganar aceptación o incluso ser recordada hasta el siglo diecinueve. Para una evaluación de la aportación de Fracastoro hecha por un ex funcionario de la Organización Mundial de la Salud (“oscura, nublada por la superstición [...] no guardaba ninguna relación realista con los conocimientos actuales sobre las enfermedades contagiosas”), véase Norman Howard Jones, “Fracastoro and Henle: A Reappraisal of their Contribution to the Concept of Communicable Diseases”, *Medical History* XXI (1977), 68.
 12. Citado en Cipolla, *Cristofano*, 17-18. Para el período de incubación, he utilizado el manual público de salud que se encuentra en el escritorio de mi médico: Abram S. Benenson, *Control of Communicable Diseases in Man*, 15ª ed. (Nueva York, American Publication Association, 1990), 326.
 13. M. C. Jacob señala que los filósofos naturales Galileo y Newton sostenían que su revolución científica estaba destinada a alterar sólo el pensamiento de la gente más distinguida; no se proponían menoscabar la confianza del “vulgo” en la tradicional autoridad cristiana y aristotélica: Margaret C. Jacob, *The Cultural Meaning of the Scientific Revolution* (Nueva York, Alfred A. Knopf, 1988), 3-9, 19-24, 34-35, 87-89, 109-11. Para un comentario magistral