

XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

Salud e higiene en el “Pasaje Intermedio”. Una crítica a las explicaciones usuales sobre la mortalidad entre los esclavos negros durante el cruce del Atlántico.

Santos, Guillermo Martín (UNQ / UNLu), Lalouf, Alberto (UNQ) y Buch, Alfonso (UNQ).

Cita:

Santos, Guillermo Martín (UNQ / UNLu), Lalouf, Alberto (UNQ) y Buch, Alfonso (UNQ). (2007). *Salud e higiene en el “Pasaje Intermedio”. Una crítica a las explicaciones usuales sobre la mortalidad entre los esclavos negros durante el cruce del Atlántico. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-108/495>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**XI° Jornadas Interescuelas
Departamentos de Historia.**

Tucumán, 19/21 de Septiembre de 2007

Mesa Temática 56:

**Contextos socio-políticos, espacios institucionales y prácticas de
investigación y desarrollo e innovación tecnológica en América latina, siglos
XVIII y XX**

Guillermo Martín Santos

Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IEC-UNQ) – UNLu.
Av. Rivadavia 2358 P.6 Dcha. – C1034ACP – C. A Buenos Aires
Tel: 4951-8221
gsantos@becarios.unq.edu.ar

Alberto Lalouf

Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IEC-UNQ)
Av. Rivadavia 2358 P.6 Dcha. – C1034ACP – C. A. Buenos Aires
Tel: 4951-8221
alalouf@unq.edu.ar

Alfonso Buch

Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IEC-UNQ)
Av. Rivadavia 2358 P.6 Dcha. – C1034ACP – C. A. Buenos Aires
Tel: 4951-8221
abuch@unq.edu.ar

**Salud e higiene en el “Pasaje Intermedio”. Una crítica a las explicaciones usuales sobre
la mortalidad entre los esclavos negros durante el cruce del Atlántico**

1. Introducción *

Entre 1700 y 1867 cerca de 9 millones de seres humanos fueron capturados en diversas regiones del continente africano y transportados a través del Atlántico para ser vendidos como mano de obra esclava en América. En general, se considera que entre un 15 y un 20 % de los cautivos morían a bordo de los barcos que los trasladaban a lo largo del llamado *Pasaje Intermedio*¹.

El objetivo de la presente ponencia es problematizar, desde una perspectiva socio-técnica algunas de las nociones de enfermedad –con especial énfasis en la disentería- que

* Esta ponencia forma parte de los trabajos vinculados al desarrollo del proyecto de investigación PICT N° 13698 “De la producción de esclavos a la producción de bienes. La construcción socio-técnica de sistemas de producción basados en mano de obra esclavizada (África-América, entre los siglos XVI y XIX)”, actualmente en ejecución en el Instituto de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología de la Universidad Nacional de Quilmes y financiada por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

¹ Esta expresión para denominar al transporte transatlántico de esclavos es utilizada por Klein (1978), quien la atribuye a los tratantes ingleses del siglo XVIII.

sustentan las explicaciones usuales acerca de mortalidad a bordo de los barcos de la trata durante los siglos XVIII y XIX.

Los sistemas de producción basados en mano de obra esclavizada desarrollados en América entre los siglos XVI y XIX se concretaron en gran medida con población capturada en África y trasladada al continente americano a través del océano Atlántico.

Para su transporte, los esclavos eran alojados en bodegas y compartimientos de carga, donde permanecían varias semanas hasta su arribo a los puertos americanos.

Para muchos de los actores involucrados en la trata -comerciantes, capitanes de barco, cirujanos de a bordo-, la manifestación de diversas enfermedades a lo largo del cruce transatlántico resultaba uno de los principales problemas para mantener la cantidad y calidad de los esclavos que eran transportados. A lo largo del tiempo, fueron utilizados diversos procedimientos para intentar reducir la pérdida de vidas entre los cautivos.

Este aspecto de la trata ha sido analizado en diversos estudios del campo de la historia económica, como así también de la epidemiología histórica, considerando las características y repercusiones sociales, económicas y biológicas de las enfermedades para el comercio negrero y los sistemas de producción basados en mano de obra esclava. En los abordajes empleados en tales trabajos se tiende a privilegiar algunos de los aspectos del problema, en general, generando explicaciones deterministas sociales o tecnológicas y en cada caso se atribuyen causalidades a un conjunto restringido de elementos.

En la presente ponencia se plantea la posibilidad de ampliar el conocimiento acerca de las enfermedades que afectaban a los cautivos y los procedimientos empleados para combatirlas, comenzando por señalar las limitaciones de los abordajes disponibles, con vistas a la utilización futura de un abordaje teórico-metodológico diferente.

El enfoque socio-técnico, que se basa principalmente en la triangulación de conceptos del campo de la sociología constructivista de la tecnología y la economía del cambio tecnológico, supone la posibilidad de identificar nuevas relaciones, re-construir nuevos procesos y generar nuevas explicaciones. En este abordaje, los elementos heterogéneos vinculados al proceso analizado son considerados simétricamente, sin privilegiar unos sobre otros.

Con este fin, se desconstruirán las nociones usuales sobre las enfermedades a bordo de los buques esclavistas, para comenzar a re-construir el complejo proceso de determinación recíproca entre artefactos y sociedades que se produjo en torno a la problemática de la salud en el tráfico transatlántico de esclavos.

Las principales preguntas que sirven de guía en este trabajo son:

- ¿cuáles han sido las principales hipótesis sobre las causas de la mortalidad a bordo de los buques negreros?
- ¿cuáles fueron las principales causas de disentería entre los esclavos transportados según los propios tratantes y los cirujanos de a bordo?
- ¿qué características tuvieron los distintos procedimientos sanitarios que se implementaron para controlar y prevenir la enfermedad?
- ¿qué conocimientos y/o supuestos estaban presentes en el diseño e implementación de dichos procedimientos sanitarios?

A continuación se expone un resumen de las principales hipótesis que fueron planteadas en los últimos años para explicar los índices de mortalidad de los esclavos durante el *Pasaje Intermedio*, señalando sus limitaciones. Luego se presentarán los relatos de los propios sujetos que participaron en la trata esclavista, entre ellos, capitanes de barcos y cirujanos de a bordo acerca de las causas de la disentería y las estrategias de solución implementadas. Por último, se plantea una alternativa para el análisis de las relaciones entre enfermedades, procedimientos sanitarios y trata de esclavos.

2. Breve estado de la cuestión.

En los estudios tradicionales de la medicina y de la historia de la medicina la difusión de ciertas enfermedades entre los africanos llevados como esclavos a América ha sido considerada como un elemento complementario en el análisis de la trata. Una de las ideas más generalizadas en dichos estudios es la atribución a los esclavos de una resistencia extraordinaria a los trabajos más duros en las zonas tropicales de América. Esto implica la aceptación de la raza como una condición básica en las diferencias establecidas entre blancos y negros en relación con las enfermedades (Guillot, 1950).

Esta perspectiva cambió sustancialmente en la década de los sesenta con los trabajos de Philip Curtin (1961; 1967; 1969), que a través de estudios biológicos y demográficos comparativos, promovió un cambio en el punto de vista con respecto a las diferencias raciales y a la relación de las poblaciones negras con las enfermedades, en África y de la negra, blanca e india en América.

En los últimos años, el desarrollo de una metodología específica para el estudio de la epidemiología histórica ha permitido una nueva caracterización de las enfermedades como fenómeno tanto individual como colectivo y, asimismo, subrayar su contribución a la mortalidad como factor de riesgo de determinadas poblaciones en diferentes procesos históricos (Mestre, 1995).

Desde los estudios del campo de la historia de la biología y de la medicina se han aportado una importante cantidad de datos acerca de la transmisión de las enfermedades entre los distintos continentes y se ha caracterizado al continente americano como una extensión de África en mayor medida que de Europa (Kenneth, 1987).

La relevancia de las epidemias y enfermedades como causas de mortalidad entre los africanos negros en el contexto de la trata esclavista fue analizada por varios autores, quienes han destacado la conexión entre las condiciones de alimentación y sanidad en África y las características y volumen del tráfico negrero (Klein, 1978; Miller 1980; Eltis, 1983 y 1984; Cohn, 1985; Jensen, 1986 y Haines, 2000).

Para el contexto de la sociedad rioplatense se destacan los estudios realizados por Marta Goldberg y Silvia Mallo (2005) sobre la población de origen africano entre los siglos XVIII y XIX. Las autoras han analizado las condiciones de vida de los negros en el Río de la Plata y han señalado los efectos mortales y mórbidos que las enfermedades y epidemias han tenido entre los esclavos desembarcados en la ciudad de Buenos Aires.

3. La mortalidad durante el Pasaje Intermedio: resumen crítico de las principales hipótesis elaboradas.

La mortalidad de los esclavos durante su transporte a través del Atlántico ha sido analizada por muchos especialistas en la trata esclavista. No sólo se han interesado por determinar las causas más frecuentes que provocaban las muertes acaecidas a bordo, sino también han intentado calcular índices de mortalidad distinguiendo períodos históricos y origen de buques y esclavos².

Sin embargo, las interpretaciones acerca de las causas predominantes de muerte de los africanos transportados en las bodegas y compartimientos de los buques utilizados en la trata divergen sensiblemente.

Al hacer una revisión de la bibliografía más reciente sobre el tema se puede constatar diferentes interpretaciones causales sobre la mortalidad de los esclavos durante el *Pasaje Intermedio*, que pueden clasificarse en cinco grupos:

- a) Un primer conjunto de explicaciones son las que atribuyen a la incidencia de brotes epidémicos de diversas enfermedades la causa principal de las muertes ocurridas a bordo. Según esta perspectiva, la duración de los viajes y el volumen de los esclavos transportados en las bodegas de los barcos determinan en gran medida la posibilidad de que brotes epidémicos de disentería, viruelas y escorbuto afecten mortalmente a la carga transportada. De esta manera, viajes de duración especialmente prolongadas

² Para un resumen de estos trabajos se recomienda consultar Eltis, D. (1989) y Gemery, H. (1979).

crearían las condiciones para que dos o más círculos de infección provoquen una epidemia a bordo. En otras palabras, dadas las condiciones en que los esclavos eran transportados en las bodegas y los cortos períodos de incubación de estas enfermedades, podían ocurrir varios brotes epidémicos antes de que los barcos llegaran a sus puertos de destino.

- b) En un segundo conjunto de explicaciones se ha focalizado la atención en los elementos que los capitanes de barcos y los tratantes debían controlar y prever antes de realizar el viaje. Según esta explicación, altas concentraciones de muertes ocurridas a bordo se debían a cálculos erróneos realizados por los responsables de los navíos a la hora de contabilizar y cargar provisiones suficientes de agua y comida, tanto para la tripulación como para los esclavos transportados, o, en todo caso, a un alargamiento inesperado de la travesía que tornaban insuficientes las provisiones embarcadas.
- c) En un tercer conjunto de explicaciones se puede constatar como causa de la mortalidad de los esclavos la presión que la demanda de éstos generaba en los mercados americanos sobre los tratantes y capitanes de buques negreros. De esta forma, se aduce que muchas veces los tratantes esclavistas debieron adquirir esclavos enfermos o mal alimentados para cumplir con la demanda requerida por los mercados americanos, aumentando de esta manera, la probabilidad de que éstos murieran o extendieran el contagio de enfermedades adquiridas antes de su estiba.
Por otra parte, se destaca también que ante la necesidad de aumentar el volumen de los esclavos para comercializar en América los tratantes se veían obligados a adquirir seres humanos en regiones del continente africano que se habían mantenido hasta entonces aisladas en términos inmunológicos. Esto quiere decir que estos nuevos cautivos, quienes no habían entrado en contacto con las poblaciones costeras ni con los europeos, eran más susceptibles de adquirir enfermedades para las que carecían de anticuerpos y defensas.
- d) Un cuarto tipo de hipótesis para explicar la mortalidad de los esclavos durante el *Pasaje Intermedio* lo constituye el shock traumático y el estrés que provocaba en estos seres humanos el hecho de ser arrancados de sus hogares, llevados kilómetros en caravanas hasta la costa y luego embarcados y transportados a través del océano.
- e) Finalmente, una quinta hipótesis es la que hace eje en el accionar de las patrullas británicas antiesclavistas, a partir de la ilegalización de la trata. Bajo estas condiciones, los tratantes y capitanes de barcos tuvieron que modificar sus prácticas de adquisición, estiba y transporte para evitar ser descubiertos y encarcelados.

En este sentido, o bien los barcos debían permanecer con toda la carga a bordo varias semanas hasta encontrar el momento propicio para zarpar o bien el hecho de acelerar los tiempos implicaba no cargar adecuados volúmenes de provisiones para el viaje y embarcar gran cantidad de esclavos para que el viaje y el riesgo fueran económicamente recompensados. En cualquiera de estos casos, las probabilidades de muertes ocurridas durante la travesía habrían aumentado significativamente.

Las explicaciones generadas en cada caso presentan significativas limitaciones; en primer lugar, en la medida que se enmarcan en enfoques monodisciplinarios, los elementos privilegiados en el análisis son aquellos que resultan relevantes para la perspectiva empleada en cada caso. En esta operación metodológica, se oscurece o ignora la incidencia de algunos de los elementos que se destacan en otros trabajos, por ejemplo, en los trabajos de historia económica, no se hace mención a las transformaciones en el diseño y construcción de los barcos utilizados en la trata, al tiempo que otros autores vinculan el uso de forrado de cobre en los cascos con la mejora en las condiciones de salubridad en las bodegas.

En segundo lugar, y por el mismo motivo, las relaciones de causalidad suelen ser lineales y deterministas, es decir, las enfermedades son el resultado directo y exclusivo de una o pocas causas identificables dentro del marco disciplinar. Por ejemplo, en los trabajos de epidemiología histórica, las causas de mortalidad se circunscriben a la identificación de cambios en las condiciones de vida de los cautivos, tales como el contacto entre poblaciones sin memoria inmunológica común.

En tercer lugar, en numerosas ocasiones, los autores realizan análisis anacrónicos, interpretando los datos acerca de las enfermedades a la luz del conocimiento médico actual, de este modo, las interpretaciones de la época y los procedimientos sanitarios son considerados, sin más, inadecuados. En la mayor parte de los estudios de historia de la medicina pueden encontrarse explicaciones de este tipo, por ejemplo, la aparición de casos de disentería se explica exclusivamente por la presencia de una bacteria en el agua potable suministrada a los cautivos y se descartan las interpretaciones contemporáneas y las soluciones implementadas en aquél momento.

Por último, en todos los casos, las explicaciones construidas tratan a “la” enfermedad como una dolencia única, monolítica, fuera de toda relación espacial y temporal, idéntica a sí misma más allá de todo grupo social y todo sentido adjudicado a la misma.

Para superar las limitaciones de los análisis usuales, en primer lugar, es necesario considerar a las enfermedades y a los procedimientos sanitarios como objetos múltiples, producidos en la interacción de elementos de naturaleza heterogénea que son considerados simétricamente al momento de construir las explicaciones. En segundo lugar, es preciso

analizar estos objetos múltiples utilizando un abordaje teórico-metodológico transdisciplinar, socio-técnico, de modo de integrar los elementos heterogéneos en un relato en el que se ponen en evidencia los procesos de co-construcción de artefactos y sociedades.

Dadas las limitaciones de espacio, en esta ponencia solamente se llevará adelante la primera de las operaciones mencionadas, para el caso de la disentería. Se expondrán entonces un conjunto de casos en los que pueden identificarse los elementos heterogéneos vinculados al caso elegido; prácticas médicas, conocimientos científicos y tecnológicos, artefactos, intereses comerciales y regulaciones legales.

4. Los problemas atribuidos a la disentería y sus estrategias de solución durante el transporte de esclavos a través del Atlántico (siglos XVIII y XIX)

En 1694 el barco esclavista *Hannibal*, al servicio de la Royal African Company, partió de la Costa del Oro con 684 esclavos con destino a Barbados. A su arribo, su carga se había reducido a 372 cautivos. En el registro del barco su capitán, Thomas Phillips, escribió que, aunque algunos pocos esclavos murieron de viruelas:

“la disentería [*flux*] los barrió (...) después de todas nuestras preocupaciones para darles medidas de orden y clima, como manteniendo sus compartimientos lo más limpios posibles para reducir lo más posible su miseria y pestilencia” (Phillips, 1746).

Alexander Bryson, quien fuera director general del Servicio Médico Naval de la Corona británica y quien sirviera durante nueve años en barcos a lo largo de la costa africana observaba que:

“...las enfermedades que los esclavos negros sufrían más severamente a bordo de los navíos destinados para su transporte eran la disentería, las fiebres, las viruelas, la oftalmía y la diarrea.” (Bryson, 1847:64)

y agregaba:

“...que las primeras dos [*disentería y fiebres*] eran generalmente las más destructivas y no era infrecuente que aquellas adquirieran tal virulencia como para llevarse a un cuarto y hasta un tercio de la totalidad de la carga en un breve período de pocas semanas.” (Bryson, 1847:64).

En los siglos XVIII y XIX los tratantes esclavistas y capitanes de barcos consideraban un problema a la disentería, en virtud de la alta mortalidad que causaba entre los esclavos que transportaban.

Generalmente se referían a ella como *bloody flux*, dado los efectos que provocaba entre los enfermos y que se manifestaban en forma de fuertes dolores abdominales con abundantes descargas de sangre y materia fecal.

En una descripción de las costas occidentales de África, el tratante esclavista Jean Barbot escribía en 1732 que:

“El [*bloody flux*] es muy común y barre con multitudes de negros después de que éstos hubieran perdido toda su sangre (...). Los negros de origen Quojas afirman que ellos nunca conocieron este mal hasta que éste fue traído desde Sierra Leona en el año 1626, ocho meses después que el almirante holandés Laun dejara el lugar” (Barbot, 1732:118).

La disentería era común, según lo observaban los tratantes, entre los esclavos mientras éstos estaban confinados en los barracones esperando su estiba y en los propios navíos.

“Los [efluvios] que se desprenden de las cubiertas son peculiares y enfermizos desde toda concepción, y generalmente son percibidos desde gran distancia a sotavento” (Bryson, 1847:64).

La disentería no sólo llamaba la atención de tratantes y capitanes de navío debido a la repugnancia que les generaba cuando afectaba en forma epidémica la bodega de un navío cargada de seres humanos, sino también por la gran mortalidad que generaba.

Algunos de los actores involucrados en la trata consideraban que la causa principal de esta enfermedad era el confinamiento. Así, por ejemplo, el capitán John Anderson, quien entre 1789 y 1790 testificó ante el parlamento británico sobre las condiciones en las cuales eran transportados los esclavos, señalaba que:

“la disentería [*flux*] era la enfermedad que sufrían principalmente los negros a bordo del barco. Ellos contraían la disentería más fácilmente que los marineros y los esclavos hombres más fácilmente que las mujeres” (Parliamentary Papers, 1790: 687).

Anderson consideraba que las mujeres sufrían la disentería en menor medida que los hombres porque durante la mayor parte del viaje no estaban confinadas en las bodegas (Sheridan, 1981:604).

Por su parte, Isaac Wilson, un cirujano que había prestado servicios a bordo de navíos negreros, sostenía que la melancolía había sido causa principal del fallecimiento de 155 esclavos a bordo del *Elizabeth*. Agregaba que los cautivos que no mostraron síntomas de melancolía respondieron bien a las medicinas que se les había suministrado, pero aquellos que no manifestaban voluntad de vivir y rehusaban ingerir alimentos se volvían débiles y finalmente sucumbían a la disentería. Wilson explicaba esta relación entre melancolía y disentería de la siguiente forma:

“Los síntomas de la melancolía son el desgano y el abatimiento; rechazando su propia alimentación se incrementan estos síntomas hasta que el estómago se vuelve débil e incapaz de digerir la comida: siguen entonces el *flux* y la disentería y, dado el estado débil del paciente, éste pronto muere” (Parliamentary Papers, 1790: 699)

Otra opinión sobre las causas de la disentería que afectaba a los esclavos fue la referida por Alexander Falconbridge, quien entre 1780 y 1787 viajó como cirujano a bordo de distintos barcos esclavistas. Para este cirujano y médico la disentería era provocada por el *desánimo*, como así también por los repentinos cambios de calor a frío que sufrían los esclavos cuando eran sacados de las bodegas y llevados a la cubierta principal del barco.

También señaló como causas de esta enfermedad el respirar los ambientes pútridos de las bodegas y el estar encadenados unos a otros sobre cubiertas sucias con excrementos. Según lo manifestaba Falconbridge, no podía imaginar otra situación más repulsiva que una epidemia de [flux] en los barcos. (Falconbridge, 1788).

La opinión de la melancolía como causa de muerte entre los esclavos también fue sostenida por los tripulantes de los navíos. Así, por ejemplo, un marinero de la fragata *El Joaquín*, que en 1804 llegó al Río de la Plata con una carga de 30 esclavos sobre un total de 301 embarcados, sostuvo que la mortalidad:

“no provino de peste ni contagio alguno (...) sino de la enfermedad que suele reinar entre los negros bozales cuando se les embarca, que consisten en el pesar y melancolía que se apodera de ellos, reduciéndolos hasta el extremo de no tomar alimento alguno y morir de necesidad (...)” (Studer, 1958: 311)

Falconbridge sostenía que nunca pudo curar una sola persona que tuviera una “mala disentería” y que no creía que el conjunto del colegio de médicos hubiesen podido hacer una sola curación si hubiesen estado en su lugar. Para Falconbridge, la disentería no era curable de ningún modo en la medida que persistieran las causas que la provocan. (Falconbridge, 1788).

Para los médicos y cirujanos de a bordo, las causas que provocaban la disentería eran, como ya se ha señalado, el aire pútrido de las bodegas de los navíos, la malnutrición, el atiborramiento en los que estaban sujetos los esclavos durante su transporte marítimo, los cambios repentinos de temperatura y el desgano vital.

Esto afirmaba Jean Barbot, que añadía:

“No es aconsejable poner a los esclavos enfermos en la larga barca de cubierta, como se hizo imprudentemente en el *Albion*, pues quedan expuestos al aire libre y como vienen del ardiente depósito entre cubiertas, al yacer en el frescor de la noche durante un tiempo, justo debajo de la caída del viento por las velas, pronto enfermaron de violentos cólicos y diarreas sanguinolentas, y murieron en pocos días.” (Thomas, 1998:418)

En este sentido, las medidas que fueron implementadas para reducir la mortalidad de los esclavos y prevenir la posibilidad de una epidemia de disentería en los barcos estuvieron asociadas a estas explicaciones e incluyeron medidas que se basaban, ante todo, en la limpieza de los habitáculos donde eran transportados los cautivos, en actividades diversas para entretener a los esclavos, como bailes y música en cubierta para evitar así el desgano vital o melancolía, en la adecuada previsión de suministros y alimentos antes de partir y en la inspección constante de la tripulación en busca de posibles síntomas de enfermos.

Estas medidas implementadas fueron consideradas adecuadas para mantener la salubridad del viaje y reducir la mortalidad en los mismos. A fines del siglo XVIII, muchas de éstas, como la limpieza de las cubiertas donde eran transportados los esclavos, la inspección sanitaria de los mismos y el suministro de alimentos y medicinas, fueron consideradas

obligatorias para todos los buques ingleses de larga distancia e incorporadas a las regulaciones marítimas, como por ejemplo la Ley Dolben de 1788, en las que se reglamentaban las condiciones que debían cumplirse en los barcos afectados al comercio esclavista.

Una vez que los navíos dejaban las costas africanas y emprendían rumbo hacia sus destinos en el continente americano, era común entre los ingleses y franceses permitir a los esclavos subir a cubierta (Thomas, 1998:412). Se procuraba de esta manera que los cautivos tuvieran buen ánimo y procedieran a la higiene tanto de ellos como de los espacios donde eran transportados. El tratante esclavista Jean Barbot señalaba que los esclavos eran organizados en grupos para limpiar el barco y se les obligaba a cantar mientras lo hacían. Señalaba también que:

“tres veces por semana perfumamos entre las cubiertas con una buena cantidad de vinagre en baldes, con balas al rojo vivo dentro de ellos, para despejar el mal aire, después que se ha fregado todo con escobas, tras lo cual se limpia la cubierta con vinagre frío” (Barbot 1732:779).

Para el capitán Phillips del navío *Hannibal* la única posibilidad ante una epidemia de disentería entre la carga transportada era mantener sus bodegas y cubiertas lo más limpios posibles. A tal fin, utilizaba esclavos como capataces a los que se les proveía con látigos y

“se encargan de hacer que los negros limpien a fondo todas las mañanas el lugar donde duermen, para evitar cualquier enfermedad que pueda engendrar la suciedad (...)” (Phillips, 1746:229)

Las preocupaciones que manifestaban los capitanes de los barcos y los cirujanos de a bordo sobre la necesidad de mantener las bodegas limpias y aireadas se fundamentaban en un conocimiento médico que en los siglos XVIII y buena parte del XIX se basaba en las teorías de los miasmas y del contagio.

Se pensaba que las enfermedades agudas, febriles, purulentas y contagiosas (como la disentería y las viruelas, entre otras) eran producidas por los miasmas, es decir, partículas pútridas que surgían de los ambientes húmedos y en descomposición y provocaban la corrupción y envenenamiento del aire³.

A su vez, estas partículas insalubres tenían la capacidad de pasar tanto de persona en persona a través del aliento y del contacto físico. Inclusive, se sostenía que las partículas pútridas podían adherirse a las cosas, permanecer allí y luego pasar a las personas.

³ La teoría de los miasmas formaba parte de la tradición hipocrática-galénica de la medicina, que entendía la salud como el equilibrio entre los cuatro humores que componen la naturaleza del cuerpo humano –la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra-, y la enfermedad, consecuentemente, como el desequilibrio entre ellos. A su vez, en el marco de la medicina hipocrática se suponía también que la armonía entre la naturaleza humana y la naturaleza general, es decir, que la armonía entre los humores depende del correcto equilibrio entre la constitución humoral de la persona y la naturaleza general, representada en los lugares, las aguas, los aires, el clima, la dieta, el régimen, etc. (Quevedo, 2004).

Las bodegas de los buques esclavistas, atiborrados de seres humanos y sin ventilación, suponían el reconocimiento por parte de las autoridades del buque de la posibilidad del contagio y propagación de la enfermedad. Según la teoría enunciada por el italiano Girolamo Fracastoro a principios del siglo XVI:

“los tipos esenciales de contagio son en número de tres: 1) infección por puro contacto; 2) infección por contacto humano y con objetos contaminados, como en la sarna, la tisis, la pelada, la lepra y otras de ese tipo. Llamo "objetos contaminados" a cosas como vestidos, ropas de cama, etc., que aunque no se encuentran corrompidos en sí mismos, de todos modos pueden albergar las semillas esenciales del contagio y así producir infección; 3) finalmente hay otra clase de infección que actúa no sólo por contacto humano y con objetos sino que también puede trasmitirse a distancia. Estas son las fiebres pestilenciales, la tisis, ciertas oftalmias, la viruela, y otras semejantes.” (Pérez Tamayo, 1997).

Para explicar la infección a distancia, Fracastoro presentaba la teoría del hálito o de la exhalación, que suponía que todos los cuerpos u objetos están continuamente desprendiendo partículas que percibimos a través de nuestros sentidos; por ejemplo, la exhalación de una cebolla puede apreciarse por el olfato y además produce lagrimeo. De manera similar, las exhalaciones de ciertas enfermedades pueden viajar a distancia y producir contagio.

Para mitigar los efectos de la melancolía, entendida ésta como causa directa de la posibilidad de propagación de la disentería entre los esclavos, los capitanes y cirujanos de a bordo aconsejaban mantener a los cautivos entretenidos y fomentar prácticas que involucraran movimiento y ejercicio físico bajo condiciones de seguridad.

Después de la hora de la comida, relata Jean Barbot:

“ordenábamos a los hombres que bajaran entre las cubiertas, pues a las mujeres se las dejaba en cubierta a su gusto mientras quisieran, aunque muchos de los hombres tenían la misma libertad, por turnos, ya que pocos o ninguno, estando en la mar, llevaba cadenas (...). Hacia el atardecer se divertían como querían en cubierta, unos conversando, otros bailando o cantando y jugando a su manera, lo cual les agradaba mucho y nos entretenía a nosotros, especialmente las mujeres, que estaban aparte de los varones en el castillo de proa (...)” (Barbot 1732:772).

A los cautivos de ambos sexos se les animaba a “cantar y bailar lo más posible”, declaró el capitán de un barco francés,

“a cuyo fin se les proporcionaban dos tambores. A los esclavos que bailaban bien se les solía dar una pequeña ración de aguardiente, así como un pedacito de carne o galleta. Esto les daba algo por lo que esperar” (Thomas, 1998:416).

A veces estas diversiones se ejecutaban bajo la amenaza de un castigo físico como señalaba el capitán Thomas Phillips:

“A menudo, cuando estábamos en la mar, por las tardes, dejábamos que los esclavos salieran a airearse bajo el sol y los hacíamos saltar y bailar cosa de una hora o dos, mientras tocábamos las gaitas, violines y harpas.” (Phillips, 1746:233).

De acuerdo a los relatos que se han analizado cabe suponer que los ejercicios físicos no sólo tenían la intención de crear una distracción entre los cautivos, sino también mitigar las condiciones en las que eran transportados los esclavos en las cubiertas de los buques.

En la medida que el desgano vital provocaba, según lo entendían los cirujanos de los barcos, falta de apetito y consecuentemente aumentaba la posibilidad de la disentería entre los esclavos, la alimentación de los mismos fue un elemento central en las estrategias para prevenir tal enfermedad.

De acuerdo a las opiniones de Thomas Aubrey, médico y cirujano del buque esclavista *Peterborough*, y Alexander Falconbridge, las restricciones dietarias a las que eran sometidos los esclavos constituían una de las principales causas de la disentería durante la travesía a través del Atlántico. Según Aubrey:

“Los *africanos* toman sus comidas en intervalos irregulares. (...) Ingieren habitualmente abundante aceite de palma y pimienta con carnes y pescados (...) Cuando son llevados a bordo como esclavos se les provee solamente dos raciones de comida diaria, se les limita el aceite de palma y la pimienta y se les suministra abundante sal en los alimentos que se les provee. El resultado de esto es que se rehúsan a comer, pierden el apetito, se les inflige severos castigos, enferman y mueren” (Aubrey, 1729:126).

Falconbridge, por su parte, remarca la importancia que tiene la dieta en la alimentación de los esclavos y señala que:

“Casi el único sentido por el cual el cirujano puede revindicarse a si mismo útil para los esclavos es viendo que sus comidas son apropiadamente cocinadas y distribuidas entre ellos.” (Falconbridge, 1788:29).

Sin embargo, la apropiada alimentación de los esclavos no siempre resultaba fácil para las autoridades de los buques y muchas veces recurrían a la utilización de la fuerza y a los castigos corporales para obligar a los esclavos a comer. Los procedimientos que los relatos dan cuenta son de una naturaleza atroz: Barbot afirma haberse visto ante la necesidad de ordenar “que rompieran los dientes de esos desgraciados porque no querían abrir la boca” (Barbot, 1732).

Otro procedimiento implementado para obligar a los esclavos a comer lo constituía la utilización de unas tijeras especiales, llamadas *speculum oris* (Fig. 1), cuyas hojas se introducían a la fuerza entre los dientes de los esclavos y luego se daba vuelta un tornillo que las separaba y mantenía la mandíbula abierta para suministrarle los alimentos.

Hacia mediados del siglo XVIII las diversas prácticas sanitarias implementadas a bordo de los buques esclavistas con el objeto de reducir los niveles de mortalidad entre los cautivos y tripulantes comenzaron a ser recopiladas y sistematizadas en tratados, manuales y folletos por parte de los cirujanos que prestaron servicios en dichos buques.

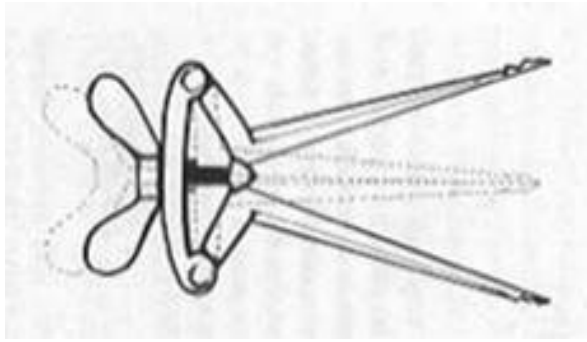


Figura 1
Speculum oris, instrumento utilizado para forzar a los esclavos a alimentarse

Muchos de estos cirujanos fueron profesionales de alta calificación, como Thomas Trotter, que luego de viajar como cirujano del *Brookes*, publicó en 1786 “*Observations on Scurvy*”, en donde señalaba las causas del escorbuto y los beneficios del consumo de cítricos como medio de prevención. Otro caso fue el de Robert Jackson, que en 1791 publicó un libro sobre las fiebres y su tratamiento titulado “*A Treatise on the Fevers of Jamaica*”.

Y sobre todo, cabe destacar a Thomas Aubrey, quien en 1729 publicó “*The Sea-Surgeon, Or the Guinea Man’s Vade Mecum...*”, un tratado práctico acerca de las principales enfermedades que afectaban los buques esclavistas y sus modos de combatirlas.

El libro de Aubrey adquiere especial relevancia, porque incorpora a los conocimientos médicos de la época la necesidad de conocer los hábitos y costumbres de los africanos, destacando así la utilidad que estos conocimientos tenían para tratar los principales problemas que se presentaban en el transporte de los esclavos. Así, por ejemplo, el tipo y la forma de los alimentos que las poblaciones africanas consumían habitualmente podía constituir una información útil para suministrar los alimentos a los esclavos y evitar así los riesgos de enfermedades como la disentería.

Al respecto, Aubrey señala que:

“es muy necesario estar al corriente con la naturaleza, constitución y costumbres de vida de los africanos, para que así los cirujanos adquieran una mejor calificación para preservar su salud y curarlos bien cuando se enferman.” (Aubrey, 1729:102)

Aubrey no sólo le dedicó atención a las causas que, según él, provocaban enfermedades durante la travesía de los barcos, como la disentería, el escorbuto y las viruelas, sino también denunciaba en su libro los tratos que los esclavos recibían a bordo de los buques esclavistas y sugería procedimientos estandarizados para que capitanes, tratantes y cirujanos implementaran con el objeto de reducir los índices de mortalidad de los esclavos.

En este sentido, Aubrey instaba a los cirujanos de los navíos a que hablaran con los propietarios de los barcos y sus capitanes y solicitaran adecuados suministros de comida, medicinas, brandy, tabaco y pipas, argumentando que era mejor tener gastos extras que perder la mitad de los esclavos.

Por su parte, también sugería a los propietarios de buques que delegaran toda la autoridad en relación a la organización del transporte de los esclavos en los cirujanos. Aubrey recomendaba a los cirujanos:

“alimentarlos bien, tener un trato amable con ellos y ofrecerles frecuentemente diversiones con tambores y danzas con el objetivo de disipar los pensamientos penosos que resultaban de quitarles su propio país, amigos y relaciones.” (Aubrey, 1729:132-133).

La labor de los cirujanos debía comenzar, según lo señalaba Aubrey, durante la estancia en la costa, inspeccionando a los esclavos que eran ofrecidos para su compra. Esta práctica era de vital importancia para evitar el riesgo de subir a bordo esclavos, no sólo con síntomas visibles de enfermedades, especialmente venéreas o con úlceras, sino también para identificar esclavos que, dado su estado físico y emocional, podían ser susceptibles de contraer la melancolía y adquirir luego la disentería.

Un último elemento que es posible considerar del papel que los cirujanos tuvieron en la trata tiene que ver con las motivaciones que estos hombres podían tener al emplearse en los buques negreros.

Aubrey señala que el uso de cirujanos a bordo de este tipo de navíos estuvo motivado primariamente por razones de ganancia económica y secundariamente por consideraciones humanitarias, cuando afirma que:

“Cuanto más se preserve a ellos para las Plantaciones, más ganancia se va a obtener, y también será mayor la reputación y el salario para otro viaje (...)” (Aubrey, 1729:134)

La compensación económica otorgada por desembarcar en América la mayor cantidad de esclavos sanos posibles constituyó un procedimiento para reducir la mortalidad de la carga durante la travesía.

Incluso, estos incentivos fueron incorporados en la Ley Dolben de 1788, en la que se establecía que los cirujanos recibirían un premio de 50 libras esterlinas si la mortalidad durante la travesía no excedía un 2 por ciento de la carga, o 25 libras si las pérdidas no excedían un 3 por ciento. En esta regulación también se planteaba que los viajes debían hacerse con cirujanos entrenados y, por ello, era necesario que adquirieran certificados de calificación por parte de la Compañía de Cirujanos de Londres o del Real Colegio de Cirujanos de Edimburgo.

5. Conclusiones.

En el presente trabajo se han mostrado las limitaciones de las explicaciones usuales acerca de las enfermedades que afectaban a los cautivos africanos a bordo de los buques de la trata. Estas limitaciones se deben, en general, a la utilización de enfoques monodisciplinares –

en los que se oscurece o ignora la relevancia de los elementos destacados en otros análisis-, a la interpretación lineal y determinista –causalidad directa y exclusiva a partir de uno o pocos elementos identificables dentro del marco disciplinar- y a la realización de análisis anacrónicos en los que se aplican categorías del conocimiento médico actual –negando las interpretaciones y las soluciones implementadas contemporáneas a los hechos.

Las limitaciones incluyen además el supuesto de que los objetos analizados, en el caso estudiado la disentería, son únicos e idénticos a sí mismos, inmutables a lo largo del tiempo y en los distintos espacios geográficos y sociales.

La posibilidad de generar una mejor comprensión de los procesos en los que se vinculan las enfermedades, los procedimientos sanitarios implementados para combatirlas y la trata de esclavos parte del reconocimiento de la multiplicidad de situaciones que aparecen significadas como “disentería”, para abrir la “caja negra” de la dolencia entendida en forma monolítica, tal como se la concibe desde una visión biomédica.

En la medida que en los relatos presentados pueden identificarse un conjunto heterogéneo de elementos vinculados a la incidencia y tratamiento de las situaciones significadas como “disentería” en la trata de esclavos, es posible afirmar que en cada caso se trata de objetos diferenciados. Es decir, no existe una única “disentería” sino que se trata de diferentes “disenterías” en función de las causas atribuidas, las soluciones implementadas, los actores involucrados y los conocimientos que sustentaban las prácticas de los autores. En el Cuadro N° 1 se representa esquemáticamente la multiplicidad de disenterías identificadas en el *Pasaje Intermedio*.

En el cuadro se observa que distintos elementos se articularon de maneras específicas para configurar cada tipo particular de disentería.

Por ejemplo, entender a la disentería como una consecuencia del “mal aire” de las bodegas de carga es el resultado tanto de la concepción de la teoría de los miasmas (por parte de los cirujanos de a bordo) como de la experiencia de los tripulantes acerca de la menor incidencia del padecimiento entre las cautivas (que pasaban más tiempo fuera de las bodegas). De este modo, las soluciones consideradas adecuadas para prevenir o curar la enfermedad pasaban por eliminar las partículas pútridas que componían los miasmas con el uso de vinagre o disminuir el tiempo de permanencia de los cautivos en las bodegas.

En el caso de la disentería atribuida a la inadecuación de las prácticas de tripulantes y cirujanos para prevenir los brotes y al hacinamiento en las bodegas, la identificación de la enfermedad corrió por cuenta de las autoridades británicas, que en medio de los debates parlamentarios impulsados por los partidarios de la abolición de la trata, fijaron su atención en las condiciones en las que eran transportados los cautivos a través del Atlántico.

Cuadro N° 1

Multiplicidad de las disenterías en función de la heterogeneidad de elementos vinculados

Disentería	Causa / s	Soluciones	Actores	Conocimientos implicados
Miasmática	– Confinamiento: “mal aire” en bodegas.	– Limpieza de los compartimientos con vinagre – Aseo personal – “Recreos” en cubierta	– Tripulación	– Experiencia / conocimiento tácito
			– Cirujanos de a bordo	– Conocimientos de vademécum – Teoría de los miasmas
Anímica	– Melancolía	– Música y danzas en cubierta.	– Tripulación	– Experiencia / conocimiento tácito
			– Cirujanos de a bordo	– Experiencia / conocimiento tácito – Conocimiento de las costumbres africanas
Por resistencia	– Rechazo de la alimentación	– Castigos físicos – Uso del <i>speculum oris</i> – Alimentación “africana”	– Tripulación.	– Experiencia / conocimiento tácito
			– Cirujanos de a bordo	– Experiencia / conocimiento tácito – Conocimiento de las costumbres africanas
Por prácticas inadecuadas	– Falta de personal competente a bordo – Hacinamiento	– Capacitación del personal – Incentivos económicos (Ley Dolben-1788) – Límite de carga	– Autoridades británicas	– Tratados médicos – Experiencia / testimonios ante el Parlamento

Por lo tanto, la solución de las autoridades británicas al problema de la disentería estuvo vinculada a la sanción de la Ley Dolben en la que se regulaban el número máximo de esclavos que se autorizaba a transportar en función del tonelaje del desplazamiento del barco, reduciendo el hacinamiento en las bodegas, así como las acreditaciones necesarias para los cirujanos de a bordo y se establecía un sistema de premios pecuniarios por niveles aceptables de pérdidas durante el viaje para estimular el cuidado de los cautivos.

Es importante señalar además que a lo largo del proceso de comercio esclavista existen otras situaciones en las que se mencionan algunas dolencias como “disentería”, sea en los depósitos de los tratantes en África y en América, o a lo largo del trayecto desde el interior del continente africano hasta la costa. Es claro que a partir de esos casos pueden identificarse

otras disenterías. Lo mismo ocurre con respecto a las ocasiones en que bajo otras circunstancias históricas –espaciales y temporales- los actores involucrados denominaron “disentería” a un cierto padecimiento.

También es necesario destacar que dadas las limitaciones de espacio no fue posible detallar todos los elementos vinculados a las disenterías a bordo de los barcos de la trata. Por ejemplo, no fueron considerados todos aquellos vinculados al diseño y construcción naval, la práctica de la navegación o la organización comercial, pero al momento de realizar el análisis socio-técnico del proceso, deberán ser tenidos en cuenta.

Por último, resulta relevante llamar la atención sobre un hecho que se ha ido constatando en diversas oportunidades a lo largo de la ejecución del proyecto de investigación “De la producción de esclavos a la producción de bienes. La construcción socio-técnica de sistemas de producción basados en mano de obra esclavizada (África-América, entre los siglos XVI y XIX)”. En las actividades del comercio esclavista y de la producción con mano de obra esclavizada se generaron, desarrollaron y/o difundieron prácticas y conocimientos científico-tecnológicos que eran considerados como los más avanzados para su época.

Estas constataciones contradicen las afirmaciones formuladas en distintos trabajos, provenientes de disciplinas diversas, acerca de que los sistemas de producción basados en mano de obra esclavizada han sido tecnológicamente regresivos, un obstáculo para el desarrollo de formas más modernas de producción.

En el caso de las disenterías, por ejemplo, durante su servicio en los buques de la trata los cirujanos de a bordo adquirieron un conocimiento y ensayaron una práctica médica que, en algunos casos, se trasladó a otros empleos de la medicina, más allá de la experiencia esclavista.

Estos conocimientos fueron puestos en juego a lo largo del siglo XIX cuando se debió trasladar por mar a un gran número de personas -como en el caso de fuerzas militares- y se reglamentó en manuales para capitanes y cirujanos una serie de recomendaciones orientadas a mantener las condiciones de salubridad a bordo de los barcos.

Bibliografía.

- Aubrey, T. (1729), *The Sea-Surgeon, Or The Guinea Man's Vade Mecum*, London, en: Sheridan, R. (1981), *The Guinea Surgeons on the Middle Passage: The Provision of Medical Services in the British Slave Trade*, *The International Journal of African Historical Studies*, Vol. 14, No. 4, pp. 601-625.
- Bijker, W. (1995), *Of Bicycles, Bakelites and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change*, Cambridge, The MIT Press.
- Barbot, J. (1732): *A Description of the coasts of North and South Guinea and of Ethiopia Inferior, vulgarly called Angola*, London, Awncsham Churchill, ed, Vol 5.

- Bryson , A. (1847): *Report on the Climate and Principal Diseases of the African Station*, London, en HOEPPLI, R. *Parasitic Diseases in Africa and the Western Hemisphere: Early Documentation and Transmission by the Slave Trade*, Basel, 1966.
- Cohn, R. (1985), Deaths of Slaves in the Middle Passage, *The Journal of Economic History*, Vol. 45, pp. 685-692.
- Curtin, P. (1961), The White Man´s Grave: Image and Reality, 1780-1850, *Journal of British Studies*, N° I, pp. 94-101
- Curtin, P. (1967), Epidemiology and the Slave Trade, *Political Science Quarterly*, N° 83, pp. 190-216.
- Curtin, P. (1969), *The Atlantic Slave Trade. A Census*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press.
- Donnan, E. ed. (1965), *Documents Illustrative of the History of the Slave Trade to America*, New York, Vol I.
- Dow, G. F. (2002), *Slave Ships and Slaving*, New York, Dover Publications, Inc.
- Eltis, D., (1983), Free and Coerced Transatlantic Migrations: Some Comparisons, *American Historical Review*, No. 88, pp. 251-280.
- Eltis, D., (1984), Mortality and Voyage Length in the Middle Passage: New Evidence from the Nineteenth Century, *The Journal of Economic History*, Vol. 44, pp. 301-308.
- Eltis, D. (1989), Fluctuations in Mortality in the Last Half Century of the Transatlantic Slave Trade, *Social Science History*, Vol. 13, No. 3, pp. 315-340.
- Falconbridge, A. (1788), *An Account if the Slave Trade on the Coast of Africa*, en: [http://www.inmotionaame.org/texts/htm \(7/07/2007\)](http://www.inmotionaame.org/texts/htm (7/07/2007)).
- García Fuentes, L. (2005), “El tráfico de negros hacia América” en Andrés-Gallego, J. (Ed.), *Afroamérica, la tercera raíz*, Madrid, Tavera-Digibis.
- Gemery, H. Y Hogendorn, J. (1979), *The Uncommon Market. Essays in the Economic History of the Atlantic lave Trade*, London, Academic Press Inc.
- Goldberg, M. y Mallo, S. (2005), “Vida y muerte cotidiana de los negros en el Río de la Plata”, en Andrés-Gallego, J. (Ed.), *Afroamérica, la tercera raíz*, Madrid, Tavera-Digibis.
- Guillot, C. F. (1950), *Historia de las dermatosis africanas en el Nuevo Mundo*, Buenos Aires, Librería y editorial El Ateneo.
- Haines, R. (2000), Explaining the Mortality Decline in the Eighteenth-Century British Slave Trade, *The Economic History Review*, New Series, Vol. 53, pp. 262-283.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988), De ayer a hoy: construcción social del enfermo, *Cuadernos médico-sociales*, No. 43, pp. 21-30.
- Jensen, R. y Steckel, R. (1986), New Evidence on the Causes of Slave and Crew Mortality in the Atlantic Slave Trade, *The Journal of Economic History*, Vol. 46, pp. 57-77.
- Kenneth, K. (1987), A survey of recent literature on the biological past of the black, en Kenneth, K. (Ed.), *The African Exchange. Toward a Biological History of Black People*, Durham and London, Duke University Press.
- Klein, H. S. (1978), *The Middle Passage. Comparative Studies in the Atlantic Slave Trade*, Princeton, Princeton University Press.
- Klein, H. S. (1986), *La esclavitud africana en América Latina y el Caribe*, Madrid, Alianza editorial.

- Mauro, F. (1979), *La expansión europea 1600-1870*, Barcelona. Ed. Labor.
- Mestre, J. B. (1995), *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Miller, J. C. (1980), Mortality in the Atlantic Slave Trade: Statistical Evidence on Casuality, *Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 11, pp. 385-423.
- Parliament. House of Commons. (1790). Extracts from the evidence delivered before a Select Committee of the House of Commons in the years 1790 and 1791. en: [http://www.inmotionaame.org/texts/htm \(10/07/2007\)](http://www.inmotionaame.org/texts/htm (10/07/2007)).
- Pérez Tamayo, R. (1997), *De la magia primitiva a la medicina moderna*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Phillips, T. (1746), "The Voyage of the Ship Hannibal of London, in 1694", Londres, Churchill's *Collection of Voyages*, Vol. VI. en Dow, G. F. (2002), *Slave Ships and Slaving*, New York, Dover Publications, Inc.
- Quevedo, E. (2004), Cuando la higiene se volvió pública, en *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 52, pp. 83-90.
- Rodríguez, J. (2005), *De Costa a Costa. Esclavos, marinheiros e intermediarios do tráfico negreiro de Angola a Río de Janeiro (1780-1860)*, San Pablo, Companhia das Letras.
- Sheridan, R. (1981), The Guinea Surgeons on the Middle Passage: The Provision of Medical Services in the British Slave Trade, *The International Journal of African Historical Studies*, Vol. 14, No. 4, pp. 601-625.
- Studer, E. F. S. de (1958), *La trata de negros en el Río de la Plata durante el siglo XVIII*, Buenos Aires, Libros de Hispanoamérica.
- Thomas, H., Versino, M. y Lalouf, A. (2003), "Dinámica socio-técnica y estilos de innovación en países subdesarrollados: operaciones de resignificación de tecnologías en una empresa nuclear y espacial argentina", en ALTEC, *Actas del X Seminario Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica: "Conocimiento, Innovación y Competitividad: los Desafíos de la Globalización-ALTEC 2003"*, CD, Mexico D.F., ALTEC/UAM/UNAM.
- Thomas, H. (1998), *La trata de esclavos. Historia del tráfico de seres humanos de 1440 a 1870*, Barcelona, Planeta.
- Thornton, J. (1998), *Africa and Africans in the Making of the Atlantic World, 1400-1800*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Watts, S. (2000), *Epidemiología y Poder. Historia, Enfermedad e Imperialismo*, Barcelona, Editorial Andrés Bello.