

## **devociones políticas y oratoria salubrista. sobre un plan de reforma hospitalaria en la nueva granada (1790)\***

adriana maría alzate echeverri \*

Este artículo pretende estudiar las constituciones hospitalarias escritas por Pedro Fermín de Vargas para el hospital de Zipaquirá a finales del siglo XVIII. Este documento es una importante muestra de la emergencia local de las nuevas ideas relativas a la higiene y a las políticas asistenciales en la Nueva Granada; también muestra cómo durante esta época la elite cultural neogranadina argumentaba y discutía en torno al acuciante problema de la reforma de los hospitales. Tal plan se enmarca, asimismo, en un movimiento de reforma médica que empieza a presentarse en la Nueva Granada a finales del siglo XVIII y principios del XIX, relativo esencialmente a la educación médica y a la atención hospitalaria<sup>1</sup>.

La diferencia entre las constituciones conocidas para la América española que se encuentran a finales del siglo XVIII con las siglo XVII son claras en algunos aspectos. Los documentos del siglo XVII eran en extremo lacónicos; en ellos, el funcionamiento del hospital, la mención de los empleados, de las instalaciones y de las normas hospitalarias de diferente índole eran enunciadas de manera muy breve, simple y sin mayores precisiones. En general, eran redactadas por religiosos, en especial por quienes estaban en la alta jerarquía como obispos o arzobispos. Su razón de ser estaba fundamentada en los mandatos sagrados del cristianismo, el hospital debería cumplir con los ideales expresados por San Pablo sobre el amor al prójimo y el precepto bíblico según el cual el pobre es una figura de Cristo; allí se hacían, por ejemplo, exhortaciones a los fieles con las palabras evangélicas para despertar su piedad y conseguir así recursos para su funcionamiento: “venid bendito de mi padre a gozar del reino que os está guardado, porque teniendo hambre y sed y enfermedad me diste de comer, de beber y remediásteis...”.

Las limosnas se destinarían pues a la curación y al “regalo” de los pobres, y sus donadores tendrían por ello un premio otorgado por Cristo y otro dado por la Iglesia: 40 días de indulgencia. Tales instituciones se basaban pues en una lógica caritativa y su gestión escapaba a la intervención del “Estado”.

---

\* Este artículo se inscribe en un proyecto de investigación más vasto que pretende explorar las características esenciales de la policía médica en la Nueva Granada entre 1760 y 1810, y que contó con el apoyo de la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República.

\* Realizó estudios de Historia en la Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Historia, Université Paris I, Panthéon-Sorbonne.

<sup>1</sup> Cfr. QUEVEDO, Emilio, ZALDUA, Amarillys, “Antecedentes de las reformas médicas del siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada. Una polémica entre médicos y cirujanos”, en LAFUENTE, Antonio, SALA CATALA, José, *Ciencia colonial en América*, Madrid, Alianza Universidad, 1992, p. 192.

Esta pretensión religiosa y la intención de salvar las almas se manifiesta también en el hecho de que una parte de la enfermería del hospital se dedicaría al culto. Allí los enfermos “de cama” podrían oír misa los días de fiesta, lo que levantaría el espíritu a los enfermos y les ayudaría a padecer y a llevar con paciencia sus trabajos, sus dolores y su falta de salud corporal. El movimiento de la Contrarreforma marcó algunos aspectos de los hospitales que aparecen aquí: la insistencia en que aquellos que tienen medios económicos deben ayudar a los pobres enfermos, en la separación de las salas de los enfermos según el sexo (como se verá también posteriormente), en la existencia de una capilla en el seno del hospital, todo ello con el objetivo de hacer reinar un cierto orden moral<sup>2</sup>.

En cuanto a la administración y a los recursos del hospital, los datos eran también sumarios. En general se disponía de un mayordomo, encargado de la mayor parte de las labores hospitalarias, tanto de las administrativas como, en ocasiones, de las “curativas”. Entre las funciones administrativas, estaba la obligación de rendir cuentas anuales al vicario sobre el noveno y medio y sobre todas las rentas y limosnas otorgadas al hospital<sup>3</sup>. Estaban a su cargo varias actividades de rutina hospitalaria: debería realizar la relación pormenorizada de los nombres de los enfermos que ingresaban a curarse, del día, la hora, la ropa y las demás pertenencias que habían traído, así como la región de donde eran naturales. Si el enfermo muriera, sería también él quien velaría por sus pertenencias y si se restablecía estaba a su cargo devolvérselas<sup>4</sup>.

Otra de las tareas del mayordomo y de la persona o personas que éste designara como ayudante, sería velar por la limpieza de los enfermos (de las camas y de las ropas “mudándolas por lo menos cada ocho días de ropa limpia y más a menudo si la enfermedad lo hiciere necesario”)<sup>5</sup>. El mayordomo estaría obligado, asimismo, a ayudar al médico, cuando lo hubiere. Estas afirmaciones son significativas, pues era posible pensar en una institución hospitalaria sin médicos, lo que, poco a poco, pasaría a ser impensable; aquí también se ve, por ejemplo, que la preocupación higiénica era muy precaria.

El mismo mayordomo o sus ayudantes serían los encargados de dar los “auxilios médicos”, el alivio y la curación a los dolientes, lo que muestra bien las funciones esencialmente caritativas del hospital antes de su “medicalización”. La ausencia de médicos se debió, en parte, a la carencia de recursos, pues los Cabildos no poseían los fondos necesarios para traer profesores y garantizarles el sustento; por ello, los enfermos debían quedar, en el mejor de los casos, en manos de religiosos o de “una persona inteligente en medicina”, y aun, en ocasiones, las autoridades debieron

---

<sup>2</sup> IMBERT, Jean, *Histoire des hôpitaux en France*, París, Privat, 1982, p.204.

<sup>3</sup> Basados en las normas establecidas en el Concilio de Trento sobre estos asuntos, señalaban que ninguna persona podía administrar un hospital por más de tres años, al cabo de los cuales el mayordomo entregaría la institución junto con un inventario, ante el vicario de la región.

<sup>4</sup> El mayordomo las daría al vicario, quien dispondría de ellas sólo en caso de no haber herederos.

<sup>5</sup> En algunas constituciones se establece que el mayordomo compraría un negro, quien cargaría el agua y realizaría labores varias y una negra, que tendría como tarea la cocina y la curación de los enfermos.

aceptar mayordomos, empíricos y curanderos variopintos; aunque fue esta una situación que no logró mejorarse sustancialmente hasta ya entrado el siglo XIX<sup>6</sup>.

En cuanto a los beneficiarios de los hospitales, las constituciones mandaban que eran sólo para los pobres de solemnidad. Pero antes de recibirlos deberían ser vistos por el médico (si lo hubiere), quien declararía su enfermedad, y en caso de que fuere contagiosa, les designaría un lugar y una cama distinta de los demás enfermos si fuese posible.

En tales constituciones, se explican las tareas del médico y se asigna su salario, siempre haciendo la precisión: cuando lo hubiere. Este debería visitar los enfermos dos veces al día (8 a.m. y 3 p.m.), junto con el mayordomo u otra persona que trabajara en el hospital, quien tomaría por escrito los horarios y la comida que aquél mandare.

Se encuentran también disposiciones sobre el entierro de los pobres en el hospital, sobre las visitas de las mujeres a los enfermos, sobre la condena de las conversaciones y de las actitudes profanas y sobre las visitas religiosas. Pero sobre los aspectos esenciales para la curación, sobre la disposición del espacio, sobre las dietas alimentarias, no se encuentran más explicaciones<sup>7</sup>. Son estos últimos aspectos los que aparecerán en los planes elaborados a finales del siglo XVIII, como el de Vargas, el cual hace parte de otros redactados en la misma época en la Nueva Granada<sup>8</sup>.

### *las constituciones de Vargas*

El plan que se pretende estudiar fue presentado por Pedro Fermín de Vargas al virrey Ezpeleta en 1790<sup>9</sup>. Vargas nació en San Gil en 1762, realizó estudios en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario de Santafé de Bogotá, ocupó el cargo de Oficial Primero de la Secretaría del Virreinato, fue Corregidor y Juez de Residencia de Zipaquirá (entre 1789 y 1791), estuvo vinculado a la Expedición Botánica desde 1784, donde supervisó el acopio de quina por sugerencia de Mutis. Fue, al decir de la mayoría de sus contemporáneos, “un sujeto de singular talento e instrucción” y de “superiores luces”. Uno de los personajes más lúcidos y temerarios de la generación de la Independencia<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> GARDETA SABATER, Pilar, *El Real tribunal del Protomedicato en el virreinato de la Nueva Granada (1740-1820)*, Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, 1994, p. 39

<sup>7</sup> Sobre el problema de larga duración que significó el deplorable estado de los hospitales en la Nueva Granada, ver: VARGAS, Julián, VERA, Guillermo, “Formas asistenciales y de beneficencia en Santafé. Hospitales, expósitos y hospicios”, en *La sociedad de Santafé colonial*, Bogotá, CINEP, 1991; GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia, *Medicina tradicional de Colombia*, tomo I, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1985; SORIANO LLERAS, Andrés, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la Conquista y la Colonia*, Bogotá, Kelly, 1972.

<sup>8</sup> Como los redactados por el médico Antonio Froes (1790), por el fiscal Estanislao Andino (1790), por el procurador de número Don Luis de Obaye (1806) o por el virrey Mendinueta (1803).

<sup>9</sup> Fueron presentadas al virrey Ezpeleta. Archivo General de la Nación, Sección Colonia, Fondo Hospitales y Cementerios, tomo 3, fols. 295r-309v.

<sup>10</sup> Sobre Pedro Fermín de Vargas, ver: TISNES, Roberto María, *Pedro Fermín de Vargas: biografía de un precursor*, Bucaramanga (sin pie de imprenta), 1979; MIRAMON, Alberto, *Dos vidas no*

En este documento, Vargas expone los aspectos que deberían tenerse en cuenta para el referido hospital, que aún era un proyecto, es decir, se trata aquí de la plasmación escrita de un ideal<sup>11</sup>. En este texto se hace visible también el hecho de que buena parte de los funcionarios coloniales se convirtieron en agentes y difusores de las ideas modernas en distintos ámbitos. Las ideas presentes en la legislación metropolitana en este sentido, una vez en manos de los funcionarios e ilustrados locales, fueron objeto de apropiaciones singulares, de reelaboraciones, de transformaciones y de refinamientos varios. En la Nueva Granada, como en el resto de las colonias españolas, la modernidad se extendió “desde arriba”, desde allí se expandió hacia otros sectores de la sociedad, en una especie de táctica pedagógica para “difundir las luces”<sup>12</sup>.

Se considerarán en especial los aspectos referidos al primer desplazamiento de la noción de caridad hacia la de beneficencia, para sustentar filosófica y políticamente la actividad hospitalaria; la cuestión del establecimiento de un personal hospitalario; y la higiene y su relación con la medicalización del hospital.

En principio, vale decir que la transformación de la institución hospitalaria fue uno de los problemas fundamentales que planteó la circulación del ideario higienista, las nuevas concepciones en torno al sentido de la asistencia y el aumento y la valoración de la población a finales del siglo XVIII. Hasta esa época, para el mundo occidental, el hospital era más el lugar del pobre que el sitio del enfermo.

El siglo XVIII marca la génesis del hospital moderno. Es sólo entonces cuando tal institución comienza a transformarse en un espacio exclusivo para la curación de los enfermos, aunque ella no se vuelva eficaz en estricto sentido hasta los últimos decenios del siglo XIX, cuando la anestesia, la asepsia y los descubrimientos de Pasteur anuncian, definitivamente, su nacimiento.

Fuera de esa corriente de pensamiento que sustentaba, desde un imaginario científico específico, la transformación hospitalaria, existieron otras circunstancias que rodearon la emergencia de tales proyectos, tanto en Europa como en América: el aumento de la población y los fenómenos epidémicos. En la Nueva Granada, durante la tardía colonia, los hospitales se vieron impelidos a afrontar la presión que creó el aumento de la demanda de sus servicios, debido en esencia al crecimiento poblacional y a la gestación de nuevos núcleos sociales urbanos. Igualmente, ante la recurrencia de los

---

*ejemplares: Pedro Fermín de Vargas y Manuel Mallo, Bogotá, Academia Colombiana de Historia, 1962.*

<sup>11</sup> Una de las características importantes de este plan es su semejanza con otros que, por la misma época, se escribían en Europa, v.gr. el del Marqués de Condorcet (1743-1794), “Mémoire sur les hôpitaux”, escrito en 1786, sobre todo en lo relativo a la gestión y a la racionalización administrativa de un proyecto hospitalario. Condorcet, fundándose en el mal funcionamiento de los hospitales de entonces en París, elabora un proyecto que buscaba remediar cada una de sus debilidades. Ver: *Revue Dix-huitième siècle*, París, Editions Garnier Frères, No. 9, 1977, pp. 110-114. La contemporaneidad de tales preocupaciones, lucubraciones y proyectos con los de Europa es evidente; debe tenerse en cuenta en ese sentido que en ese mismo año de 1790, aparece el importante texto de P. G. Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* y que dos años antes, en 1788, Jacques Tenon había publicado sus *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*.

<sup>12</sup> GUERRA, François-Xavier, *Modernidad e Independencias*, Madrid, Mapfre, 1992, p. 96.

fenómenos epidémicos, los funcionarios y las gentes se encontraron, la mayoría de las veces, desprovistos de adecuadas instituciones de asistencia<sup>13</sup>.

***la misericordia secularizada***

En el documento de Vargas están también presentes las ideas de la caridad y de la moral cristiana sobre el socorro que los ricos y poderosos debían a los pobres y miserables, y sobre cómo el Evangelio ordenaba el amor al prójimo; pero en una perspectiva diferente a la de las constituciones del siglo anterior<sup>14</sup>. En su texto, ello aparece mezclado con consideraciones de orden político según las cuales la desigual distribución de las riquezas había creado entre los hombres una suerte de potestad semejante a la de los amos para con sus esclavos, y que “el imperio de los ricos” era más independiente porque estos últimos no estaban obligados a otorgar ninguna protección hacia los pobres, cuyos servicios, sin embargo, exigían.

Así, expone que en medio de las relaciones de la vida social, debería haber una balanza de igualdad entre las necesidades y los deseos que impulsan a otros a aceptar el trabajo que se les ofrece; y señala la propiedad como la causante de todas las dificultades para establecer tal igualdad. Por ello –dice-, los abusos que cometen quienes poseen el libre ejercicio de propiedad sólo podrían menguarse mediante la “obligación de la beneficencia, impuesta a voluntad soberana y en un espíritu general de caridad recomendado a todos los hombres”.

Aparecen allí entremezcladas dos nociones que justo en esta época comienzan a diferenciarse: las de caridad y beneficencia. Vargas dice que el comportamiento caritativo era el único capaz de amalgamar la libertad personal y las leyes de propiedad, y señala el espíritu de beneficencia como la más esencial virtud, nacida esta última también del sentimiento religioso.

En Vargas es posible observar también la vinculación entre responsabilidad económica y posición social elevada, la cual fue muy estrecha durante los siglos XVIII y XIX. La idea de que las clases altas tienen obligaciones con las inferiores, precede a la idea según la cual el Estado debe tomar sobre sí la mayor parte de la “asistencia pública”. Es en este sentido, que se sitúa la reflexión de Pedro Fermín de Vargas sobre los hospitales para los pobres enfermos, lugares donde los “príncipes y señores de la tierra” realizan su obligación de dar consuelo, seguridad, cuidados y curación a los necesitados. El gobierno, al decir de Vargas, busca hacerse cargo de alimentar y curar “a sus hijos desvalidos, cuya subsistencia asegura el vigor y el poder del Estado”. Adoptando tal sistema de beneficencia y caridad –anota-, España había fundado hospitales bajo una multiplicidad de normas y constituciones. Esta manera de relacionar la fortaleza de los hombres y el poder del Estado revela la adherencia de

---

<sup>13</sup> Sobre los hospitales de viruelas y, en general, sobre las dos principales epidemias de viruela que azotaron la Nueva Granada a finales del siglo XVIII y principios del XIX, ver: SILVA, Renán, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada*, Cali, Universidad del Valle, 1992 ; RODRIGUEZ, Ana Luz, *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales*, Bogotá, El Ancora/Banco de la República, 1999.

<sup>14</sup> Al respecto, dice Vargas: “Así las exhortaciones vehementes a la beneficencia y la caridad que se hallan a cada paso en el evangelio deben elevar nuestros pensamientos y penetrar nuestro profundo respeto”.

Vargas, entre otras cosas, al “credo fisiócrata”, también evidente en otros de sus escritos<sup>15</sup>.

Igualmente, se plantea el problema de la vitalidad física y del incremento demográfico en una perspectiva económica y política: la actividad humana como fuerza productiva de bienes y de riquezas<sup>16</sup>. El soberano no tenía sólo el derecho de intervenir en la organización de los hospitales, tenía también el deber.

En cuanto a la palabra *beneficencia*, ella se convierte en sustantivo sólo en el siglo XVIII; antes existía como adjetivo. El mérito de tal desplazamiento fue atribuido por Voltaire al abate de Saint Pierre, moralista y político francés<sup>17</sup>. Es aproximadamente en 1760 cuando su uso se empieza a generalizar, cuando la nueva “virtud” se pone de moda. Para el abate de Saint Pierre, la beneficencia significaba simplemente cumplir con las buenas obras, obras de educación y de misericordia como las de aliviar a los enfermos. Pero la necesidad de crear una nueva palabra para denominar tal comportamiento se presenta por el hecho de que, para él, la beneficencia no era pura y simple misericordia, era una cualidad totalmente nueva: “la más perfecta imitación de Dios”, incluso superior a la plegaria. Después de 1760, al ponerse de moda el término, no hubo tratado de educación o de moral que no le hiciera elogios. Sin embargo, el sentido de la palabra beneficencia no fue siempre el sugerido por el abate, pronto dejó de ser una acción para convertirse en un “sentimiento natural”. La beneficencia pasará así a ser una virtud laica, la misericordia secularizada<sup>18</sup>.

El paso de la caridad, plena de connotaciones religiosas y pensada como deber de obedecer a un precepto divino a la beneficencia, hija de la benevolencia, reviste también un valor simbólico. Esta nueva noción se convierte en una máquina de guerra filosófica contra la pobreza, la cual empieza a ser considerada ya no como la sanción inevitable de la imperfección humana sino como una consecuencia de la organización de la sociedad<sup>19</sup>. Este cambio en el vocablo expresa, asimismo, una visión optimista de las posibilidades de acción del hombre contra la miseria. Tal idea estaba ya presente en Vargas y en la mayor parte de la elite cultural neogranadina que se manifestaba también, por ejemplo, en el *Papel Periódico de la ciudad de Santafé de Bogotá*, donde se hacían severas críticas a la caridad privada: al dar limosna a los pobres, se los convierte en vagos y holgazanes, y se fomenta la mendicidad como forma de vida. La limosna debía redimir al pobre de la limosna<sup>20</sup>. Todo esto hace

<sup>15</sup> Esta filiación se hace manifiesta en su “Memoria sobre la población del Nuevo Reino”, en *Pensamientos políticos*, Bogotá, Nueva Biblioteca Colombiana de Cultura – Procultura -, 1986, p. 132.

<sup>16</sup> FOUCAULT, Michel, “Conférence à l’Université de Stanford, octobre 1979”, en DREYFUS, Hubert, RABINOW, Paul, *Michel Foucault: un parcours philosophique*, París, Gallimard, 1984, p. 201.

<sup>17</sup> Las palabras de Voltaire al respecto fueron: “Certain législateur [l’abbé de Saint Pierre]... vient de créer un mot qui manque à Vaugelas: ce mot est bienfaisance, il me plaît ...”, *Petit Littré*, Gallimard-Hachette, 1971, p. 187. Sobre el abate de Saint Pierre, ver: GOUMY, Edouard, *Etude sur la vie et les écrits de l’Abbé de Saint Pierre*, París, Hachette, 1859.

<sup>18</sup> DE VIGUERIE, Jean, *Histoire et dictionnaire du temps des Lumières 1715-1789*, París, Robert Laffont, 1995, pp. 774 - 775.

<sup>19</sup> REY, Roseline, GOUBERT, Jean-Pierre, *Atlas de la Révolution Française: médecine et santé*, París, EHESS, 1993, p. 7.

<sup>20</sup> *Papel periódico de la ciudad de Santafé*, tomo 1, marzo 13 de 1791. VARGAS, Julián, VERA, Guillermo, *op. cit.*, p. 289. Respecto a este tema, ver también: SILVA, Renán, *Prensa y Revolución*.

parte, pues, de ese proceso de “desacralización” de la pobreza, que pretende borrar su dimensión mítica y situarla en el terreno de los intereses públicos<sup>21</sup>.

Vargas señala que el sentimiento de caridad estuvo presente desde el principio de la conquista de América y se extendió por todos los territorios españoles. Aunque tales fundaciones se hicieron -continúa-, sin tener en cuenta los conocimientos más esenciales de medicina y política, razón que ha producido, en ocasiones, más daño que provecho, habiéndose arruinado otros por descuido o negligencia<sup>22</sup>.

Las críticas formuladas contra los abusos y las condiciones deplorables de los hospitales neogranadinos constituyen un lugar común en la época. La reforma del hospital es objeto de diversos debates y es del terrible cuadro hospitalario de entonces de donde saldrán los proyectos de reforma que poseen ya algunos elementos modernos<sup>23</sup>.

Pedro Fermín de Vargas consulta diversas personas versadas en tales materias con el fin de reflexionar sobre la manera de evitar al futuro hospital del Corregimiento de Zipaquirá, la triste situación de estas instituciones en otras provincias de la Nueva Granada. Propone, pues, un plan cuyas reglas básicas se verán a continuación.

### *evitar la promiscuidad*

Una de las necesidades que aparecen en este plan es la mejor distribución del espacio. Vargas señala con énfasis la inquietud por la proximidad y convivencia de los enfermos entre sí: “Por repetidas funestas experiencias sabemos los grandes inconvenientes que producen los hospitales, la inmediación de los enfermos, haciéndose las enfermedades muchas veces incurables por este malísimo método”. Por ello sugiere la construcción de salas de enfermería con las dimensiones necesarias no sólo para evitar la cercanía de los enfermos, sino también para “proporcionar el debido desahogo para su servicio y [para] que los dependientes puedan entrar sin embarazo”. En el mismo sentido, anota que sería necesario hacer una sala para cada sexo, una para hombres y otra para mujeres.

---

*Contribución a un análisis de la formación de la ideología de la independencia nacional*, Bogotá, Banco de la República, 1988, pp. 95-125.

<sup>21</sup> MARTINEZ BOOM, Alberto, CASTRO, Jorge, NOGUERA, Carlos, *Crónica del desarraigo*, Bogotá, Cooperativa Editorial Magisterio, 1995, p. 21

<sup>22</sup> Es necesario distinguir el hospital del hospicio, ambas instituciones de asistencia, pues el primero era el lugar del pobre enfermo; el segundo, el sitio para el pobre sano, aunque en varias ocasiones el hospicio debió también cuidar a los pobres en sus enfermedades.

<sup>23</sup> Baste citar sólo una de las múltiples lamentaciones que se escuchaban en la época sobre la precaria situación hospitalaria, la realizada por Isla, quien anotaba: “...este hospital [de Santafé] lo fundó la religión y algunos particulares. En su construcción presidió una caridad activa, ardiente y eficaz, pero nada ilustrada. Todo el anhelo y cuidado se dirigía a recibir muchos enfermos, y a socorrerles animados con el espíritu del Santo Patriarca pero se cuidó muy poco de darle aquella forma, que facilitando más el servicio de los enfermos, les procurase al mismo tiempo su más pronta y perfecta curación. Defecto que ha sido común en la mayor parte de los hospitales antiguos, aun de la Europa, hasta que en el tiempo presente se han reformado”, AGN, Colonia, Miscelánea, tomo 31, fol. 300, 301-302, citado por: RODRIGUEZ, Ana Luz, *op. cit.*, p. 40.

Propone también el establecimiento de una habitación específica donde se hallarían los enfermos desahuciados [una “sala de desahuciados” para hombres y otra para las mujeres], con el fin de impedir, entre otras cosas, esa especie de ópera corporal permanente que afectaba el cuerpo y el espíritu de los enfermos :

Nada es más triste para un enfermo como el oír las voces y suspiros de un moribundo, y mucho más verle expirar a su lado. Para evitar este inconveniente, que a muchos podría acarrear la muerte o acelerarla cuando menos, se dispondrá de una pieza separada de las enfermerías en donde quepan 6 u 8 camas, y allí se trasladarán los enfermos de las salas grandes que se hallaren desahuciados por el médico ...

Expresa la conveniencia de instaurar dos salas, una para los enfermos contagiosos y otra para quienes padecían enfermedades agudas no contagiosas<sup>24</sup>. Asimismo, se establecería una determinada longitud de las ventanas para que el aire no se “corrompiera”, las salas no tendrían comunicación unas con otras sino que el aire “se mandará por los corredores”. Como se mencionó, en aquella época se pensaba que en los lugares cerrados, donde el aire no era renovado de manera adecuada, los sudores se acumulaban en lugar de disiparse, aumentando así la congestión y favoreciendo las condiciones pútridas (patógenas). La idea dominante en aquel entonces, y desde el medioevo, era que el contagio de una enfermedad de una persona a otra tenía lugar bajo la forma de un miasma, comunicado mediante el aire<sup>25</sup>. Durante las épocas de peste se creía que los “apestados” contaminaban el aire que los rodeaba; la teoría hipocrática, redescubierta en Europa en el siglo XV otorgó un asidero “sabio” a la doctrina llamada “aerista”. Según esta doctrina, el contagio se debía a una infección de la atmósfera, explicada por las influencias malignas de la tierra; los vapores venenosos, los miasmas salían de los pantanos o de las aguas estancadas o de los lugares cerrados o aun de aquellos que albergaban cadáveres en descomposición. Ante estas “pestilencias” los aeristas oponen una especie de “medicina de los olores”, pues pensaban que la manera más simple de remediar una atmósfera miasmática era poner el aire en movimiento; también era recomendada la utilización de sahumeros y sustancias aromáticas, pues se consideraba que estimulaban la transpiración y mitigaban el efecto de los venenos causados por el mal olor. Se creía que el perfume y la ventilación purificaban, por acción del buen olor sobre el hedor, y por el hecho de poner a circular el aire<sup>26</sup>.

Este afán por la aireación, la ventilación y la utilización de sahumeros era cantilena de todos los manuales de salud de la época, algunos de los cuales leyó probablemente

<sup>24</sup> Al respecto, Vargas anota: “Como pueden entrar en el hospital algunos enfermos de males contagiosos, sería grande embarazo que éstos se alojasen en las mismas salas de los de enfermedades agudas no contagiosas. Para aquellos, pues, y los que necesitaren tomar unciones, se harán dos apartamentos separados, en donde se puedan mantener con el abrigo y cuidado conveniente”.

<sup>25</sup> “Se llama *miasma* a una materia sutil, que los sentidos no perciben, la cual penetra en el organismo y causa daños y enfermedades en el mismo. Pertenecen al grupo de las emanaciones contenidas en la atmósfera, de cualquier parte que procedan, principalmente de las materias que emanan los cuerpos, las cuales al penetrar en otros cuerpos, provocan una destrucción parecida y enfermedades análogas”; cfr. WAGNER, “Problemas de la etiología y profilaxis de las enfermedades infecciosas en el siglo XVIII”, en *Ensayos científicos escritos en homenaje a Tomás Romay*, La Habana, Museo Histórico de Ciencias Médicas Carlos Finlay-Academia de Ciencias de Cuba, 1968, p. 381.

<sup>26</sup> Respecto a este tema, ver: CORBIN, Alain, *Le miasme et la jonquille*, París, Flammarion, 1982.

Vargas, como el de Samuel Tissot, el de William Buchan<sup>27</sup>, el de Antonio Ribeiro Sánchez o el Antonio Pérez de Escobar<sup>28</sup>. La obra de Tissot, especialmente el *Avis au peuple sur sa santé* (1761), fue uno de los más importantes tratados de medicina popular del siglo XVIII, y uno de los referentes claves en este proceso de apropiación de las nuevas nociones de saber referidas a la medicina, al problema del contagio, y a otros aspectos relativos a la policía médica en la Nueva Granada durante tal periodo<sup>29</sup>. Este libro es una especie manual de información, que intentaba otorgar datos útiles sobre el cuidado y la prevención de algunas enfermedades. Su intención era permitir el acceso a un saber, informar e instruir; y es además considerado el texto fundador de la “medicina social”<sup>30</sup>. Una buena parte de los ilustrados locales (médicos, naturalistas, abogados, funcionarios, clérigos, estudiantes y algunos “aficionados”)<sup>31</sup>, se refieren siempre a estos autores para seguirlos, copiarlos, parafrasearlos, actualizarlos y citarlos como argumento, como referencia de autoridad<sup>32</sup>.

<sup>27</sup> El médico William Buchan (1729-1805) fue profesor del Colegio Médico de Edimburgo, y autor de *Domestic medicine or a treatise on the prevention and course of diseases by regime and simple medicines, with an appendix, containing a dispensatory for the use of private practitioners* (1769), obra que fue traducida al castellano por Pedro Sinnot y publicada en Madrid en 1785, bajo el título de *Medicina doméstica o casera, y tratado completo sobre los medios de conservar la salud* (una traducción española y otra francesa se encuentran en la Biblioteca Nacional de Colombia). Este libro contiene tres partes esenciales; la primera se consagra a las causas de las enfermedades, la segunda se detiene en el estudio de algunas enfermedades específicas y la última se dedica a las medicinas que deberían emplearse para tratar cada dolencia. El mismo Tissot consagra unas palabras elogiosas a esta obra en el prefacio que hace a la quinta edición de su tratado, realizada en Lausana en 1775, allí, dice: “... M. Buchan [...] sous le titre simple de *Médecine domestique*, a réuni un très grand nombre de vérités utiles sur la conservation de la santé et sur les maladies tant aiguës que chroniques. Je regarde cet ouvrage comme un des bons ouvrages de médecine qu'on ait”. TISSOT, S., *Avis au peuple sur sa santé*, Lausana, 1775, p. 41.

<sup>28</sup> Antonio Pérez de Escobar (1723-1790) fue autor de *Avisos médicos populares y domésticos: historia de todos los contagios, preservación y medios de limpiar las cosas, ropas y muebles sospechosos: obra útil y necesaria a médicos, cirujanos y ayuntamientos de los pueblos*, (Madrid, Joachim de Ibarra, 1776), que se encuentra en la Biblioteca Nacional de Colombia, con un sello de la Real Biblioteca Pública de Santafé. Este médico, nacido en Sigüenza (Castilla-España), realizó sus estudios en el Colegio Universidad de San Antonio de Potaceli, se desempeñó como Médico de Familia de Real (1766), como Examinador del Real Tribunal del Protomedicato, como Académico de la Real Academia Médica de Madrid y como “Primer Médico del Real Convento de las Señoras de la Encarnación”. SANZ SERULLA, Javier, “El Dr. Antonio Pérez de Escobar (1723-1790). Su vida y su obra”, en *Revista Guadalajara*, Diputación Provincial de Guadalajara, No. 19, 1992, p. 75.

<sup>29</sup> Fue una de las obras más leídas en su momento, tanto en Europa como en América. Constituyó un verdadero “best seller” en la época, de tal éxito dan cuenta las 18 ediciones publicadas durante la vida del autor, es decir, entre 1761 y 1792; salía, en promedio, una edición cada 20 meses; cfr. TEYSSEIRE, Daniel, “Aux origines de la médecine sociale et de la politique de la santé publique: l’Avis au peuple sur sa santé de Tissot”, en *Mots, Les langages du politique*, No. 26, 1991, pp. 47-64. En Nueva Granada, lo leen Mutis, Froes, Isla, entre otros; en Quito, por ejemplo, Eugenio Espejo lo cita en repetidas oportunidades en sus escritos sobre la inoculación antivariólica; cfr. ESPEJO, Eugenio, *Reflexiones sobre la utilidad, importancia y conveniencias que propone D. Francisco Gil, Cirujano del Real Monasterio de San Lorenzo*, Quito, Imprenta Municipal, 1930, p. 27.

<sup>30</sup> DUSSERT-CARBONE, Isabelle, “Les dictionnaires de vulgarisation médicale au XIX en France”, en *La science populaire dans la presse et l’édition*, París, CNRS, 1997, p. 95.

<sup>31</sup> SILVA, Renán, *Les éclairés en Nouvelle-Grenade. Génèse d’une communauté d’interprétation*, Thèse d’Histoire, Université Paris I, Pantheon-Sorbonne, 1996, snp.

<sup>32</sup> Los libros de Tissot y Buchan aparecen a menudo en las bibliotecas de los ilustrados neogranadinos; estaban presentes, por ejemplo, en la del abogado Emigdio Troyano, quien había estudiado en el Colegio San Bartolomé y frecuentado los círculos de naturalistas santafereños; en la de un clérigo de apellido Rueda, sacerdote de la ciudad de Neiva; en la del clérigo Francisco de Valenzuela y, desde luego, en la biblioteca de Mutis, Isla y Nariño. SILVA, Renán, *Les éclairés en Nouvelle-Grenade... op.*

Para Vargas, el objetivo de acabar con la promiscuidad debía cumplirse en primer lugar en el lecho. Pregona la individuación, una cama para cada enfermo (se admitirían 32 enfermos, porque había sólo 32 camas); la separación por sexos (hombres y mujeres en salas diferentes), y la separación de los enfermos en pabellones distintos, según la naturaleza de su dolencia. El postulado relativo a la individuación del lecho hospitalario tiene relación con un aspecto importante: es también durante esta época que pretende llevarse a cabo la individuación de la tumba<sup>33</sup>. Este es uno de los tantos aspectos del ascenso del individualismo, signo inequívoco del proceso de modernidad. Cabe aquí señalar que la costumbre de acostar dos o tres enfermos por cama, que venía siendo denunciada desde el siglo anterior, es reveladora de una concepción del hospital que no es médica sino de caridad, de socorro a los pobres.

Esta norma en particular evidencia la idea según la cual la promiscuidad es la causa fundamental del contagio (al separar los cuerpos se facilitaba también el control de las emanaciones individuales). La “acumulación humana”, el hacinamiento en distintos lugares venía siendo objeto de una inquietud acentuada durante el siglo XVIII. La respiración de grupos de hombres en lugares confinados se juzgaba en extremo peligrosa, pues ella y su “mefitismo” particular eran percibidos como descomposición, el sople era considerado un “excremento”.

Es posible ver también, en este deseo de separación, el sentimiento religioso que pretende combatir los juegos y las tentaciones de la carne e impedir el contacto entre los sexos. Algunos autores han señalado la articulación de tal regla con los intereses religiosos de la institución, por su afán de hacer reinar un cierto orden moral y un importante papel espiritual. Es preciso recordar que no es ésta una norma que aparece en el siglo XVIII, pues estaba ya presente en algunas de las más tradicionales bases de reglamentación hospitalaria de la historia de la Iglesia, como las establecidas en 1585, junto con las disposiciones relativas a la instrucción religiosa y al establecimiento de libros detallados sobre los enfermos que ingresaban al hospital; sin embargo, en el siglo XVIII, con la necesidad de reforma de la institución hospitalaria, estas normas se revitalizan y aparecen con una renovada fuerza.

Respecto a la cuestión de la instrucción religiosa, Vargas también menciona la pertinencia de construir el hospital junto a una capilla, la capilla de La Luz en Zipaquirá, pues no sería necesario construir otra donde los enfermos pudiesen escuchar la misa desde su cama. Pero sí era indispensable abrir un pasaje entre capilla y hospital, para que los enfermos oyeran misa en la capilla<sup>34</sup>.

---

cit., snp; RUIZ MARTINEZ, Eduardo, *La librería de Nariño y los Derechos del Hombre*, Bogotá, Planeta, 1990, p. 125.

<sup>33</sup> La individuación de la tumba aparece a fines del siglo XVIII no por razones teológicas o religiosas, sino por motivos de política sanitaria y de respeto a los vivos, es decir, para proteger a los vivos de la influencia funesta de los muertos. FOUCAULT, Michel, “Historia de la medicalización”, en *La vida de los hombres infames*, Madrid, Ediciones La Piqueta, 1990, p. 140. Sobre este tema en la Nueva Granada ver, por ejemplo, el informe sobre el cementerio de Mompox realizado por José Celestino Mutis (1798).

<sup>34</sup> Vargas refiere: “Ellos [los enfermos] no están obligados a esta acción religiosa, y es indecente, por otra parte, exponer a la fetidez y pestilencia de un hospital al Santo de los Santos, que no debe adorarse sino entre perfumes los más preciosos”. Este mismo argumento se utilizará de manera reiterada para justificar el entierro de los cadáveres fuera de las iglesias.

Otros aspectos relativos a la disposición espacial se refieren al establecimiento de una cocina, una despensa, una ropería, una habitación para el capellán y el administrador y un cuarto de botica.

*personal del hospital: funciones y jerarquías*

Un punto importante de este ímpetu reformista, tanto en Europa como en la Nueva Granada fue el deseo de reglamentar el funcionamiento del hospital de una manera más clara y severa, y de anclarlo definitivamente en la escritura, la observación y la vigilancia más detenida del enfermo. En este sentido, desde el inicio de su texto, Vargas indica que no se debería entregar este hospital a ninguna comunidad religiosa, como era común hacerlo<sup>35</sup>, sino que tendría una administración colectiva; que estaría sujeta “inmediatamente” al Virrey, y llevaría el nombre de Hospital Real de San Pedro.

En la germinal estructura hospitalaria habría tres grupos de trabajadores: el “personal médico”, la administración y los empleados, que estarían regidos por un principio burocrático esencial: la jerarquía. Entre el “personal médico” estarían: un médico, un boticario, un enfermero, una enfermera. En la categoría de los administradores estaría sólo un administrador. Y en la última jerarquía de empleados se tendrían: una cocinera, una “segunda” para barrer y asear, una lavandera, un capellán, un barbero (que haría también las veces de ropero y despensero), y dos mozos (ayudantes de los enfermeros)<sup>36</sup>.

El administrador estaría encargado de todo lo relativo a la economía hospitalaria, sería éste el cargo de “mayor consideración”, él debía cobrar las rentas del hospital, llevar diaria relación de los gastos del mismo en un “libro con entradas y salidas” que presentaría ante la junta que se estableciere para vigilar el hospital, una vez por mes<sup>37</sup>. Contrataría la provisión de víveres a fin de asegurar un buen precio; velaría sobre la conducta de sus dependientes y podría pedir cuenta de la gestión de cada funcionario; tendría la facultad de despedir, previa autorización del Corregidor, a quienes no desempeñaran su trabajo a satisfacción, y pagaría el salario mensual de cada uno de los dependientes, exigiendo el correspondiente recibo del pago; presentaría un estado de cuentas anuales a la junta encargada de vigilar el hospital. En fin, tendría que llevar su gestión a buen efecto teniendo como principios de acción la economía y la disciplina.

En cuanto al tema de la administración del hospital, Vargas proponía una administración colectiva: el administrador estaría sujeto a una junta compuesta por el Corregidor (en este caso el de Zipaquirá), los dos Alcaldes y dos vecinos “de los más honrados y celosos, nativos de allí y escogidos cada dos años de entre los ocho representantes del pueblo”. Tal junta sesionaría los primeros domingos de cada mes, y

<sup>35</sup> Pedro Fermín de Vargas parece sugerir que sus manejos no le complacen, pues conoce ejemplos en otras provincias, donde tales instituciones, dirigidas por religiosos, se fundan con numerosos caudales y al cabo de poco tiempo se ven arruinadas. En este aspecto podría verse la emergencia de ese proceso de hacer pasar al sector civil algunas de las instituciones que antes estaban, por entero, dominadas por religiosos, porque resulta aun un poco temerario hablar ya de un “proceso de secularización”. El plan de reforma hospitalaria del virrey Mendieta, redactado años después será también particularmente claro en esa intención.

<sup>36</sup> El sueldo de cada uno de ellos sería: médico: 500 pesos, administrador: 300, boticario: 200, capellán: 200, enfermero 96, enfermera: 60, cocinera: 60, “segunda”: 30, lavandera: 30, barbero: 120, mozo ayudante de enfermería: 24.

<sup>37</sup> Tal junta –sugiere Vargas- estará encargada del “arreglo y gobierno del hospital, cuidará eficazmente de que se guarden y cumplan estas constituciones, las que sólo se podrán variar con consentimiento del Superior Gobierno y por motivos muy graves”.

cada uno de sus integrantes velaría por el buen cuidado del hospital y de los enfermos, debiendo visitarlo intempestivamente algunas veces por semana. Tal tipo de juntas fueron potenciadas por varios ilustrados, no sólo en España sino también en sus colonias, como órganos administrativos mucho más “rationales”, eficientes y mejor sujetos a la inspección. En ocasiones se ha dicho que su origen tiene relación con una suerte de transacción que busca armonizar los intereses de los diferentes sectores sociales que pretendían intervenir, entonces, en el control de la “asistencia social”.

De otro lado, era en torno a la figura del médico que comenzaría a girar la actividad hospitalaria. El médico empieza a verse como una autoridad del saber, con la obligación de realizar las visitas de rutina, supervisar los alimentos, vigilar la naturaleza y las dosis de los remedios dados a los enfermos; separarlos según el tipo de dolencia que padecieren, acudir a su llamado cuando lo necesitaran, incluso fuera de las horas estipuladas para las visitas diarias. También debía ordenar al barbero-cirujano las operaciones que éste ejecutaría; y asignar las dietas a los enfermos según “el estado de la enfermedad, su carácter y circunstancias”. Se buscaba que la figura del médico controlase todos los espacios del hospital.

El boticario tendría unas funciones claras, iría con el médico a visitar los enfermos, llevaría relación de los medicamentos dados a cada uno de ellos, entregaría al enfermero las medicinas para suministrar a los enfermos, y, en fin, estaría a las órdenes del médico para lo que éste lo necesitase. El barbero-cirujano observaría todo lo que el médico mandare en lo tocante a su facultad, y se encargaría de las obligaciones concernientes al ropero, otorgaría los elementos necesarios a los enfermeros para que acomodaran bien a los enfermos; supervisaría la actividad de la lavandera, y se haría cargo de lo relativo a los víveres, entregando diariamente a la cocinera lo necesario para la alimentación de todos aquellos que estuviesen en el hospital (tanto empleados como enfermos). Este reglamento hospitalario no tiene en cuenta la fusión que en aquella época comenzaba a operarse entre medicina y cirugía. Considerado inferior, el cirujano debía atender obligaciones más pesadas que las del médico, por un salario incluso inferior al del boticario...<sup>38</sup>.

El capellán, por su parte, estaría encargado de todo lo relativo al culto y a la vida espiritual de los enfermos, buscando mantener la tradición, legitimar el orden hospitalario y moralizar a los pobres, esto porque se debía procurar que la estancia en el hospital formase en ellos la vida piadosa, para que “al volver al mundo”, fueran mejores cristianos. Además, celebraría cada año una misa de aniversario del hospital donde haría particular mención de sus benefactores y exhortaría a todos a hacer el bien por esta “institución tan cristiana”<sup>39</sup>.

Los enfermeros (un enfermero y una enfermera) vivirían en un “retrete”<sup>40</sup> contiguo a las enfermerías y vigilarían aspectos como la limpieza de las camas, las salas y el hospital en general: lavado de instrumentos, barrido de salas, realización de

<sup>38</sup> La cirugía se veía entonces como un *ars mechanica* o, cuando más, como un saber de baja estirpe. Hasta entonces pertenecía sanar a los médicos las enfermedades internas y a los cirujanos las enfermedades externas o “enfermedades de cirugía”.

<sup>39</sup> Algunos planes de reforma hospitalaria en Nueva Granada contemplaban también la bendición que el cura debía hacer de las nuevas salas y la instauración de pequeñas capillas o salones para la oración, para “adorar” al Santísimo.

<sup>40</sup> Aquí *retrete* debe entenderse como un cuarto pequeño que sirve para retirarse.

sahumerios, ventilación de las salas (abriendo las ventanas cuantas veces el médico lo viese necesario), etc.

Los 32 enfermos que tendría el hospital darían poco trabajo al médico –al decir de Vargas-, pudiéndose éste dedicar con más ahínco al estudio y aplicarse “al conocimiento de las plantas indígenas y sus virtudes”. Además, continúa, el puesto de médico en el hospital de Zipaquirá “sería un poderoso estímulo a la aplicación de nuestra juventud a la medicina, si conseguimos que se establezca en la capital una cátedra de esta facultad que hace tanta falta”. Estos dos elementos son fundamentales a la hora de comentar este plan, pues la mención del estudio de las plantas nativas habla de los intereses de esta elite ilustrada neogranadina, de su deseo por conocer los usos benéficos de las plantas del suelo propio y de ponerlas así al servicio de los enfermos.

Se evidencia también el anhelo de instaurar una cátedra de medicina en Santafé, ante la sorprendente carencia de facultativos idóneos, ausencia que traería consigo estragos sensibles en la salud pública. Este aspecto se convirtió en una de las quejas más reiteradas de la elite cultural neogranadina durante aquel periodo. Poco tiempo después, y debido a que cada vez tal ausencia era más grave, el Virrey pide a dos médicos de Santafé, Mutis e Isla, la elaboración de un nuevo plan de estudios médicos para restablecer la cátedra de medicina del Colegio Mayor del Rosario, cátedra que no se dictaba desde 1774. El primero de ellos fue redactado por Isla en 1804 y el segundo por Mutis en 1805. Tales planes proponen una nueva manera de enseñar la medicina, vinculándola con otras ciencias (la botánica, la química, la física) e introduciendo el aprendizaje de la medicina clínica en la cabecera del enfermo<sup>41</sup>.

Así pues, esta incipiente organización del espacio y del personal estaría al servicio de una germinal disciplina institucional. En principio, cada individuo debía tener su lugar; por eso se establecen sistemas para verificar el número de enfermos y su identidad; se reglamentan sus idas y venidas, se les obliga a permanecer en sus salas; en cada lecho se pone un número, se aísla a los enfermos desahuciados y a quienes padecen de males contagiosos, las camas y los cuerpos se separan y, asimismo, la vigilancia médica, aunque germinal, empieza a ejercerse sobre las enfermedades y los contagios; y comienza a volverse solidaria de otra serie de controles: sobre los remedios, las raciones, la alimentación, las dosis, las curaciones, las muertes. Así, posteriormente, con el refinamiento de la disciplina y su consolidación en la institución hospitalaria (siglo XX), el espacio administrativo y político se articulará a un espacio terapéutico, que tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas y las muertes<sup>42</sup>.

### ***rutinas hospitalarias: las ceremonias cotidianas***

En la mayoría de estos planes de reforma se ordena la vida hospitalaria, se codifica el quehacer de sus funcionarios y se consigna por escrito la circulación de los enfermos en registros de ingreso, de condición (estado civil, ocupación, sexo, residencia), de muerte; se anotan las pertenencias del paciente, su número de cama, se hace el

<sup>41</sup> QUEVEDO, Emilio, ZALDUA, Amarillys, *op. cit.*, p. 192.

<sup>42</sup> FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, París, Gallimard, p. 201.

depósito de sus ropas, etc. Pero, fuera de ello, se encuentran escrituras más relacionadas con lo terapéutico, como los cuadernos de visita que deberían llevar los médicos.

Sobre estas rutinas cotidianas dice Vargas: cuando un enfermo entra al hospital, el capellán lo exhortará a que se confiese, y le administrará el Santísimo si el médico lo señalare. En un libro rubricado anteriormente por el Corregidor y el Alcalde de Primer Voto, relacionará el capellán el día de entrada de cada enfermo, su patria, estado y condición, y asimismo el día en que el enfermo falleciese o saliese de la institución. Luego, el enfermero recibirá, de manos del barbero, una cama, compuesta de estera y colchones, además de dos sábanas, una almohada y una frazada. El barbero deberá tomar el nombre del enfermo, el de la sala a la cual fuere conducido y el número de la cama que le fuere asignada.

Cada día, muy temprano, los enfermeros limpiarían los vasos de los enfermos, quitándoles lo más rápido posible aquellos destinados a las evacuaciones. Luego harían las camas (se hacen dos veces al día, en la mañana y en la tarde), y darían de comer a los enfermos; deberían asimismo barrer las enfermerías, “ahumarlas” con incienso o con cualquier otro “humo” de planta aromática, y abrir las ventanas varias veces al día con el fin de ventilar las salas.

Sería obligación del barbero, después, hacer recoger los trapos del hospital y entregarlos a la lavandera para que ésta los lavara “con la mejor lejía” y así soltasen toda la grasa, teniendo especial cuidado de no mezclar las sábanas de los enfermos contagiosos, ni las de quienes habían sido tratados con unciones con las de los otros enfermos, lavando las sábanas de cada uno de estos enfermos aparte. Una vez por semana, la lavandera debería sacudir la ropa que estuviere a su cargo, para que no fueran estropeadas por la “humedad, las polillas o los ratones”. La nueva intensidad de la inquietud higiénica es uno de los pilares de las reformas hospitalarias, de allí la recurrencia en la necesidad de observar varias normas de higiene cotidiana: limpieza y aseo de camas, lugares, ropas e instrumentos (aún no hay ninguna prescripción sobre el aseo corporal individual total), separación, ventilación, lavados diferenciados, con el fin de conjurar el contagio. Esta reglamentación testimonia una concepción de la limpieza que operó hasta principios del siglo XIX; hasta entonces la limpieza estaba centrada sobre la ropa que se utilizaba, por eso se predicaba su cambio cada cierto tiempo y se velaba por su blancura, ella no tenía nada que ver con el aseo del cuerpo en sí, ni con la limpieza de la piel<sup>43</sup>.

El médico visitaría a los enfermos dos veces por día, una vez en la mañana, entre siete y ocho, y otra vez en la tarde, entre tres y cuatro, procurando establecer el silencio y la quietud necesarios para la recuperación de los enfermos. Indagará con cada enfermo sobre la calidad, cantidad y rigor de la alimentación recibida y de los remedios

---

<sup>43</sup> La concepción de la limpieza que prevalecía entonces no tenía nada que ver, ni con el baño, ni con lo que hoy se consideraría la limpieza corporal. La limpieza personal estaba simbolizada por la de la ropa, por lo limpieza de lo que cubría el cuerpo. La equivalencia entre cambio de ropa y limpieza excluía el lavado del cuerpo. En este documento, como en otros de la época que evocan el aseo de la institución hospitalaria, se hace siempre relación a la limpieza de los espacios (las inmundicias, la basura) y las ropas (de cama y de los enfermos). Sobre la historicidad de las prácticas de limpieza ver, VIGARELLO, Georges, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, París, Editions du Seuil, 1985.

suministrados. Firmará el cuaderno donde se asienta la relación de las raciones de los enfermos, “debajo de todas las partidas que mandare”.

El acto de numeración de las camas es significativo, ello permitiría el seguimiento diario del enfermo en cuadernos de observación, y haría posible seguir más cuidadosamente su evolución, evitando los errores; en cada cuaderno, por ejemplo, se consigna el estado del enfermo, el diagnóstico y la síntesis de las visitas efectuadas en varias ocasiones, siempre bajo el control del médico.

El boticario entregaría al enfermero los medicamentos prescritos por el médico con un rótulo donde se consignará el número de la cama, la dosis y el horario en el cual deberá tomarlos. Al igual que el médico, tendrá que estar presente si algún enfermo requiere de sus servicios por fuera de las horas estipuladas para las visitas de rutina.

Esta reglamentación buscaba ser severa y coercitiva; intentaba establecer una regularidad en los horarios de los enfermos y en las funciones de los empleados; pretendía que las prescripciones médicas inspirasen mayor respeto, habida cuenta de lo difícil que ello podría ser en un lugar de sociabilidad como el hospital, donde la familia y los amigos venían a visitar al enfermo sin tener en cuenta las más mínimas normas médicas. Respecto a esto último, anota Vargas:

no pocas veces sucede que el cariño indiscreto de algunas personas, deudos y conocidos de los enfermos que duran en los hospitales, mueve a llevarles algunos socorros alimentarios como aguardiente, chicha, etc., con dispendio de su salud y recta convalecencia, es pues necesario interceptar y cortar este abuso con la mayor vigilancia y cuidado, supuesto a que mientras no haya decadencia en mantener como va dicho a los enfermos, no les puede restar queja ni necesidad de auxilios extraños. A este fin se encargará seriamente a los enfermeros no dejen entrar a ningún individuo que no sea la mujer o deudo muy inmediato del enfermo ...

### ***medicalización alimentaria***

El término medicalización alimentaria se explica por el deseo de hacer depender toda la dieta del enfermo de las prescripciones y consejos médicos, este aspecto también es evocado en el plan de Vargas. En principio establece un tipo de dieta para cada enfermedad, así: dos dietas rigurosísimas para enfermedades agudas y continuas, dieta rigurosa, establecida para el período de declinación de las enfermedades agudas y fiebres continuas, dieta ordinaria o de media convalecencia, que deberá darse al enfermo cuando éste ya no padezca ninguna calentura, con el fin de contribuir a su sólida nutrición, dieta de convalecencia entera, sugerida para el tiempo de la primera convalecencia y la ración ordinaria, que era la más común en los hospitales al decir de Vargas, por cuanto era la prescrita a quienes padecían enfermedades de cirugía como contusiones, heridas ligeras, obstrucciones y otras indisposiciones de “poco cuidado”.

Se menciona la necesidad de que enfermos como los “gálicos” (es decir, los sífilíticos) o “héticos” (tuberculosos) tuvieran una dieta especial, diferente a las antes mencionadas, pero ello quedaría siempre a discreción del médico. Igualmente se establecería un horario para dar de comer a ciertos enfermos, quienes no se guiarían

por la dieta rigurosísima o rigurosa, sino que dependerían totalmente de la opinión del médico. Una de estas dietas rigurosísimas se podría

... componer [...] de dos o tres onzas de arroz bien cocido y desleído en ocho o diez vasos de agua más o menos, según el Médico ordenare, alterándolo con las hierbas succulentas medicinales que el genio de la enfermedad pida y se prescriban conforme a ella, añadiendo en venticuatro horas una o dos tacitas de panetela o gelatina de arroz o de maíz blanco que comúnmente llaman colada, si fuere necesario según las fuerzas del enfermo y estado de la enfermedad. Siendo cosa sabida que en la declinación de las enfermedades se debe alargar un poco más la mano a esta dieta que en su principio, aumento y estado ...

A los otros se les debería suministrar alimento de la siguiente manera: el desayuno entre las seis y las siete de la mañana, la comida de las once y media en adelante, y la cena exactamente a las siete de la noche; de no llevarse a cabo tal reglamentación en la dieta, se originarían varios inconvenientes, todos ellos perjudiciales a la salud.

Sobre la cuestión de las dietas hospitalarias, la influencia de los manuales de salud de la época sobre todo del de Tissot, es innegable. En su *Avis au peuple*, Tissot consagra una buena parte de los capítulos a sugerir dietas para las enfermedades, en cada una de sus fases (algunos alimentos debían darse al comienzo de la enfermedad, otros al final, y otros durante el periodo de convalecencia); así, es posible ver allí un régimen alimentario singular para las enfermedades agudas, para la pleuresía, el reumatismo, la viruela, la rubéola, las fiebres pútridas, los cólicos, etc. Tissot sigue un procedimiento particular, en cada capítulo hace mención de la receta necesaria para cada dolencia, cada receta es enumerada, y al final del libro, en la *table des remèdes*, aparece la descripción de cada receta según el orden numérico, con sus dosis y algunas anotaciones adicionales. Algunos de los alimentos y preparaciones que aparecen pudieron haber sido tomados de allí por Vargas, pero otros fueron objeto de cierta adaptación a las particularidades climáticas y “gastronómicas” locales.

### ***la cuestión de las rentas***

Las rentas con las que funcionaría el hospital fueron asimismo objeto de estudio. Los indios contribuirían anualmente con una cantidad proveniente de la caja de comunidad, se contaría también con los medios novenos de los diezmos de todos los partidos, que era la cantidad destinada por la ley para el sostenimiento de los hospitales; se solicitaba además una cantidad a la Real Hacienda, pues ello se emplearía para el “bien de un pueblo que contribuye todos los años con cerca de 50000 pesos”. Vargas pensaba que era muy probable ganar las limosnas, “mandas y legados” de las gentes acomodadas de la región.

La administración de las rentas no se haría concurriendo a un síndico, pues la experiencia había mostrado cuánto decaían las rentas al someterse a tales tratamientos. Las limosnas y legados (en cualquier especie de bienes) se convertirían en dinero que se depositaría en las cajas reales a censo, pues ello otorgaba seguridad en su cobro, no importando si era menor del corriente. Tal procedimiento, a juicio de

Vargas “evitará las pérdidas del fondo del hospital, pleitos costosos, y proporcionará una administración sencilla y clara”.

Como los indios de Zipaquirá y Nemocón concurrían con una cantidad considerable al sostenimiento del hospital, serían admitidos con preferencia a los de otras regiones, siempre y cuando trajeran certificación de un cura o de una persona conocida, atestiguando sobre su estado de indigencia. En defecto de éstos, se admitirían indios provenientes de otros “pueblos comarcanos” y, por último de los blancos zipaquireños, quienes, asimismo, debían hacer constar a la entrada su estado de indigencia.

\* \* \*

Así pues, este documento testimonia la apropiación, por parte de un “ilustrado” perteneciente a la elite cultural neogranadina, de algunas ideas relativas a la salud y la asistencia hospitalaria, realizada a partir de una política metropolitana que preconizaba el aumento de la población y valoraba el cuidado de una vida sana y productiva como condición *sine qua non* de la prosperidad y la felicidad públicas. Refleja también la presencia germinal de una noción moderna de la institución hospitalaria: la aparición del médico como autoridad de saber y, por ende una prístina ambición terapéutica, que se aleja de los simples fines caritativos que habían presidido su fundación. De otro lado, en él se hacen visibles aspectos de la nueva sensibilidad frente al olor y a las emanaciones corporales que fundamentarán nuevas prácticas y creencias médico-higiénicas, en un movimiento completamente contemporáneo al europeo.