



VIRUELAS, MERCANTILISMO E HIGIENE PÚBLICA

**ANÁLISIS SOCIOHISTÓRICO DEL DESARROLLO DE LA HIGIENE PÚBLICA,
DE LAS POLÍTICAS ESTATALES EN LOS ESTADOS MERCANTILISTAS
EUROPEOS Y SU INFLUENCIA EN LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA DE 1782-
1783 Y 1801-1802 EN SANTAFÉ, NUEVO REINO DE GRANADA.**

TATIANA ROA LOSADA

Tutor

EMILIO QUEVEDO VÉLEZ

Título a obtener: Magíster en Salud Pública

**Escuela de medicina y ciencias de la salud
Maestría en Salud Pública
Universidad del Rosario**

2024

Tabla de contenido

Introducción	3
<i>Estado del arte</i>	3
<i>Marco teórico-metodológico</i>	4
<i>Delimitación del estudio</i>	6
El proceso de construcción del concepto de higiene pública	8
<i>Antecedentes del surgimiento de las prácticas de higiene pública</i>	8
<i>Nacimiento de la higiene pública</i>	10
Condiciones económicas, culturales y políticas del surgimiento de la Higiene Pública ilustrada a finales de siglo XVII y en el transcurso del siglo XVIII	15
<i>Procesos económico-políticos</i>	15
<i>Procesos filosóficos y científicos</i>	18
Mecanismos de poder del Estado mercantil absolutista sobre la Higiene Pública ilustrada ...	20
<i>Matemática social: herramienta de gobierno</i>	21
Surgimiento de la Higiene Pública ilustrada en España	22
El Nuevo Reino de Granada: Manejo de la Higiene Pública en las epidemias de viruela y en la estructuración de los cementerios	26
<i>Influencia de España en el Nuevo Reino de Granada</i>	26
<i>Virrey Antonio Caballero y Góngora y el manejo de la epidemia de viruela de 1782-1783</i>	28
<i>Análisis de los subcampos en salud</i>	32
<i>El Virrey José Manuel de Ezpeleta y el manejo de los cementerios</i>	35
<i>Análisis de los subcampos en salud</i>	40
<i>Virrey Pedro Mendinueta y el manejo de la epidemia de viruela de 1801-1802</i>	41
<i>Análisis de los subcampos en salud</i>	49
Conclusiones	51
Epílogo	53
Bibliografía	55

Introducción

Este artículo es el resultado de la investigación para la tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad del Rosario y está enmarcado en un Programa de largo alcance sobre los estudios histórico-comparativos, transcoloniales y transnacionales, de la medicina y la salud pública en América Latina, el cual se viene desarrollando desde 2011 en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y de la Escuela de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario (Quevedo V., 2011).

Esta investigación tiene como objetivo principal describir cómo las diferentes estructuras de poder de los estados mercantilistas europeos del XVIII e inicios del siglo XIX influyeron en el manejo de la Higiene Pública, en el caso particular de las epidemias de viruela de 1782-1783 y de 1801-1802, en la ciudad de Santafé, en el Nuevo Reino de Granada. Como objetivos específicos busca realizar un recorrido histórico del surgimiento de la Higiene Pública como disciplina; describir los procesos económico-políticos, filosóficos y científicos de los estados mercantilistas europeos del siglo XVIII y comienzos del XIX; y, describir los métodos de poder utilizados por los Estados europeos en dichos procesos.

Esta investigación socio-histórica consistió en revisar, ordenar y articular variados aportes de la literatura existente (bibliografía secundaria) sobre el tema, complementándola con algunas fuentes primarias editadas y publicadas (no se utilizaron fuentes primarias de archivo que no estuvieran publicadas), con el fin de elaborar un marco conceptual, general e integrado, sobre el tema.

Estado del arte

Para la realización de la articulación y contextualización del tema específico de las viruelas de 1782-1783 y 1801-1802 en Santafé, se utilizaron varios textos históricos que tocan el tema de las epidemias y su importancia, pero de una manera descriptiva, epidemiológica o breve (Quevedo et al. 2008, Bejarano 2023, Quevedo et al. 2023). Sin embargo, dentro de la búsqueda se hallaron dos obras que llamaron la atención ya que realizaron un análisis socio-histórico y una descripción más detallada y profunda. Dentro de estos se encuentra, en primer lugar, está la obra titulada *“Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de modelos culturales”* de Renán Silva (Silva, 1992); y, en segundo lugar, el libro titulado *“Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del antiguo régimen: Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX, las epidemias de viruelas”* de Marcelo Frías Núñez (Frías, 1992).

La obra de Frías rescata una delimitación de los principales agentes sociopolíticos (incluyendo la población general, los profesionales y la corona) que estuvieron presentes en

las epidemias, así como sus intereses; realiza una profundización del papel de la institucionalización de las ciencias y de la Higiene Pública; y, narra la repercusión de la epidemia en la sociedad y en el cambio del concepto de enfermedad (Frías, 1992). Por otro lado, el libro de Renán Silva, además de narrar la génesis del concepto de salud pública, trae a colación el término de modelo cultural, entendido como el conjunto estructurado de prácticas, saberes y representaciones que cristalizan en espacios sociales diferenciados. Ambas obras ofrecen un contenido importante en cuanto al estudio del papel de los individuos, de la ciencia y de las relaciones de poder. Sin embargo, hace falta profundidad en los análisis sociopolíticos y culturales y pueden caer en la predominancia de su carácter descriptivo. Vale la pena señalar que Renan Silva no marca la distinción histórica existente entre los conceptos de salud pública e higiene pública y, por lo tanto, en el concepto de salud pública engloba el de higiene pública, sacando conclusiones de carácter anacrónico (adjudicándole a la salud pública características de la higiene pública) o presentista (adjudicándole a la higiene pública características de la salud pública), creando confusiones.

A pesar de la bondad del término de “modelo cultural” utilizado por Silva para elaborar un análisis integrado del proceso de construcción del concepto de salud pública, al no hacer la distinción histórica entre higiene pública (concepto hegemónico desde la Muerte Negra de 1347, hasta el siglo XIX, con sus particularidades durante el siglo XVIII) y el de salud pública (construido durante la primera mitad del siglo XX) (Quevedo V. et al., 2004: 20-30 y 168-170), se le está dando al análisis histórico un carácter continuista, lineal y progresista entre ambos modelos, típico de la historia positivista, cuando, en realidad, lo que existe es una discontinuidad entre ambos conceptos (ruptura epistemológica según Gastón Bachelard (Bachelard, 1981 [1938]) o revolución científica según Alexandre Koyre (Koyre, 1973) o Thomas Kuhn (Kuhn, 1972 [1963]; Kuhn, 1975 [1971])).

Marco teórico-metodológico

El marco teórico-metodológico para el análisis de este proyecto se basó en estudios con enfoques socio-históricos de las ciencias de la salud y el análisis de las relaciones de poder social (Belmartino & Bloch, 1994; Bourdieu, 1990; Foucault, 1999 [1976]; Johnson, 2005 [1995]; Quevedo V., Cortés M., Hernández A. & Eslava C., 2013).

En primer lugar, se caracterizó el sector salud como un campo social, partiendo del concepto de “campo social” propuesto por Pierre Bourdieu, con el cual se explica a la sociedad como un racimo de campos sociales en los cuales interactúan agentes (actores sociopolíticos) por medio de relaciones de poder, los cuales luchan por la apropiación de capitales materiales y simbólicos acumulados durante enfrentamientos anteriores. Estas luchas van a tener como fin la modificación o conservación de las estructuras del campo y la distribución de los capitales específicos, para así poder convertir en hegemónicas sus propias concepciones. Es importante notar que, los agentes comprometidos en el campo tienen unos intereses

“fundamentales comunes, es decir, todo aquello que está vinculado con la existencia misma del campo”; y, es por esto que la lucha no es necesariamente antagónica y por lo tanto puede resultar en negociación o alianza para garantizar la subsistencia del campo (Bourdieu, 1990: 108-110).

En segundo lugar, para el entendimiento de los actores socio-políticos, se tomó la visión de Mario Hernández, quien propone el concepto de “culturas políticas”. Estas se explican como “el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce poder” y se construyen dentro de conflictos normativos en las relaciones sociales. Los actores sociales realizan, entonces, confrontaciones entre la conservación y la transformación de estas relaciones; y, así, constituyen el proceso socio-político de las sociedades. Es por esto que es posible referirse a estos actores como actores socio-políticos (Hernández Álvarez, 2008: 29-30).

Tomando en cuenta estas concepciones, se puede entender que el “campo de la salud” consiste en un conjunto relaciones entre actores socio-políticos (instituciones y sujetos de la salud), regidos por unas normas particulares, dadas estas por el contexto socio-político donde se encuentran, y que luchan por un mismo capital simbólico, en este caso la salud, y entre los cuales se establecen relaciones de poder. En el sector de la salud los actores tienen la capacidad de acción para influir en la sociedad y actúan en esta para transformar o conservar un campo (Belmartino & Bloch, 1994: 12; Bourdieu, 1990: 108-109). Estos actores van a ser las instituciones, las profesiones y las disciplinas de la salud, personas o instituciones que no siendo parte del sector de la salud influyen en él y los usuarios que en este caso son los pacientes. Las relaciones del campo van a depender directamente de los procesos sociales, culturales y económico-políticos y, de este modo, estas se pueden configurar de tres maneras. Quevedo V. y colaboradores, denominaron estos diferentes tipos de relaciones en el campo de la salud como subcampos, teniendo en cuenta que, en cada uno de ellos están presentes casi todas estas relaciones, pero, algunas de ellas, tienen una mayor predominancia en algunos de estos subcampos más que en los otros. Uno, el subcampo de la Salud del Público, está más centrado en las formas y determinaciones del enfermar de las personas, y de las representaciones que de ellas construye el público; otro, el subcampo de Los Sujetos de la Salud (que incluye a los sujetos que laboran en las disciplinas y profesiones de la salud, así sean estos trabajadores sanitarios o de otras actividades que indirecta o directamente se relacionan con la salud) y que se enfoca más en las relaciones que estos actores sociopolíticos construyen a partir de sus diferentes tipos de labor en el campo; y, otro más, el subcampo de La Salud para el Público, en el cual se ponen en marcha relaciones de intervención tanto en el ámbito de lo individual como colectivo y estatal para resolver los problemas de la salud del público (Quevedo V., Cortés M., Hernández A. & Eslava C., 2013: 303-304).

Nótese que son los actores sociopolíticos los que construyen un saber y unas capacidades prácticas para interpretar las condiciones y determinaciones de las Salud del Público y los

que, a su vez, recomiendan las acciones relacionadas con la Salud para el Público, siempre actuando en el marco de unas condiciones económico-políticas, sociales, culturales e históricas determinadas y determinantes (Quevedo V., Cortés M., Hernández A. & Eslava C., 2013: 303-312).

En tercer lugar, se tuvo en cuenta el análisis de la política de la salud en el siglo XVIII, aportado por Michel Foucault, en el cual incluyó el concepto de “noso-política”, que se refiere al uso de la salud como herramienta de disciplinamiento de la población, de acuerdo con los intereses económicos y políticos hegemónicos presentes en una formación social dada. El autor explica cómo la noso-política ha influido en el cambio de los conceptos de salud-enfermedad a través de la historia. Por ejemplo, el paso del hospital de pobres al hospital que permite la salud para la población productiva (Foucault, 1999 [1976]: 328-330). Según Foucault la noso-política actúa en diferentes dimensiones: en primer lugar, en el privilegio de la infancia y la medicalización de la familia; y, en segundo lugar, en el privilegio de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social. En la primera dimensión, la familia funciona como primer referente de salud para la población; por lo tanto, la familia tiene la obligación moral de criar y proteger a los niños para que en su vida adulta puedan ser sanos y, por lo tanto, altamente productivos. Así mismo, dicha familia tiene una obligación económica, para darle condiciones óptimas; y, más tarde, una obligación legal y social, cuando se desarrollan enfermedades endémicas y se inventa la inoculación (Foucault, 1999 [1976]: 336-337). De este modo la familia se vuelve un eje clave de control de la población, cuando ésta se comienza a medicalizar. En una segunda dimensión, la higiene pública y la medicina generan un control directo en el espacio urbano, la higiene personal, el hábitat y la alimentación. De esta manera, producen un impacto social directo, el cual se va a ver reflejado en las políticas públicas y en el alto control político otorgado al médico (Foucault, 1999 [1976]: 336-337). Del mismo modo, Foucault planteó que los profesionales de la salud tenían un rol significativo en el mejoramiento de la población productiva y, por lo tanto, era necesario un proceso de profesionalización organizado, el cual garantizara el buen control de la enfermedad en la población. Fue entonces cuando el hospital dejó de ser lugar de caridad para los pobres y se convirtió en un espacio medicalizado y privilegiado para el manejo de las enfermedades y para la formación médica, a partir de la práctica diagnóstica y terapéutica en las salas hospitalarias, a la cabecera de los pacientes (Foucault, 1999 [1976]: 336-337).

Delimitación del estudio

Este estudio pretendió generar un análisis sobre un tema ya estudiado por otros autores, pero reconstruido desde este nuevo enfoque especificado en el apartado anterior, ya que profundiza y contextualiza los instrumentos de poder en boga en la Europa y especialmente en la España ilustrada, y añade los conceptos de los subcampos de la salud propuestos en los trabajos de la Línea de Investigación en Estudios Sociales de la Salud del Grupo de Estudios

Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario. Estos últimos contruidos partir del concepto de “campo social” de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1990; Bourdieu, 2000 [1976]), y de las últimas concepciones de Michel Foucault sobre las políticas de salud del siglo XVIII (Foucault, 1978; Foucault, 1999 [1976]; Foucault, 2007 [2004]), no tomados en cuenta anteriormente, con la pretensión de construir una mirada más integrada de las relaciones de doble vía que se establecen entre los actores sociopolíticos (los sujetos e instituciones de la salud) que actúan desde el subcampo de las profesiones de la salud y las problemáticas que están en juego en los otros dos subcampos, el de la salud del público y el de la salud para el público (ver marco teórico) (Quevedo V., Cortés M., Hernández A. & Eslava C., 2013).

Partiendo de estos enfoques teórico-metodológicos, se decidió estudiar el proceso de constitución de la higiene pública en el Nuevo Reino de Granada al final del período Colonial, ya que, a diferencia de otros virreinos americanos, como el de Perú o Nueva España, dicho Virreinato no contaba con el soporte económico ni con los profesionales sanitarios suficientes para enfrentar las epidemias severas. Adicionalmente, los hospitales estaban destinados a evangelizar más que a atender a los enfermos y el Protomedicato no funcionaba de forma eficiente, a diferencia de otras partes de América (Quevedo V., 2005: 50). Todo esto convirtió al Nuevo Reino de Granada en un caso peculiar para el estudio del surgimiento de la Higiene Pública. Particularmente, el estudio de este proceso se centró en la ciudad de Santafé, por ser esta la que contaba con más documentación y donde estaba ubicado el poder administrativo central de la época.

Por otro lado, se decidió estudiar la viruela, por ser esta una epidemia facilitadora de las conquistas de América y su gran impacto en la morbilidad de la población. A diferencia de otras epidemias que habían podido ser controladas, la viruela seguía produciendo estragos incluso hasta finales del siglo XVIII y principios de XIX. Adicionalmente, su manejo y posterior prevención por medio de la inoculación y la vacunación fue un hito de la medicina y la Higiene Pública ilustrada. A pesar de que, en el caso español y en sus colonias, su introducción fue algo tardía. Las epidemias de 1782-1783 y de 1801-1802 nos muestran un cambio importante hacia la introducción de técnicas y saberes modernos ilustrados de la medicina y de la Higiene Pública europea en el continente americano. La epidemia de 1782-1783 fue de especial importancia ya que fue considerada la más calamitosa del siglo XVIII y donde se comenzó a instaurar la práctica de la inoculación. Por otro lado, la de 1801-1802 se caracterizó por un fortalecimiento de la organización de la higiene pública y la generalización de la práctica de la inoculación (Frías Núñez, 1992; Quevedo V., 2005: 50).

Como periodo de estudio se escogió aquel comprendido desde mediados del siglo XVII hasta principios del siglo XIX, pues, además de que coincidió con dos grandes e importantes brotes de viruela que marcaron su comienzo y su final (1782 y 1801-1802), dicho período también

significó una época de cambios políticos, intelectuales, científicos y filosóficos, que constituyeron el pensamiento médico de la época en el Nuevo Reino de Granada. El final del período de estudio de esta investigación se cierra en 1804, con llegada de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna al Nuevo Reino, como respuesta de la Corona española a la crisis sanitaria desencadenada por la epidemia de 1802, en la antesala de las revoluciones políticas que condujeron a las independencias americanas, las cuales representaron un nuevo giro a las expresiones de cambio ilustrado de la época.

Se espera que esta investigación impulse la generación de nuevo conocimiento sobre la historia social de la Higiene Pública local, logrando así la reinterpretación del campo de la salud y estimulando la construcción de nuevas políticas en salud. Así mismo busca ser una contribución para futuros investigadores sobre el tema estudiado.

Por otra parte, este trabajo abordó aspectos que enriquecen el marco teórico del Programa de Estudios Histórico-Comparativos y Transnacionales de la Medicina y de la Salud Pública en América Latina, que viene siendo desarrollado por el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario, y que pueden potenciar el enriquecimiento de los conocimientos de los procesos de consolidación de la Higiene Pública.

El proceso de construcción del concepto de higiene pública

Antecedentes del surgimiento de las prácticas de higiene pública

El concepto de higiene¹ surge en la antigua Grecia y fue planteado por la medicina hipocrática. Esta medicina, anterior a la peste negra y enmarcada dentro del paradigma humoral², comprendía a la higiene como la forma de conducir la vida para evitar los desequilibrios humorales y, por lo tanto, garantizar el equilibrio de estos en cada paciente en el ámbito de lo singular. En ese sentido, esta higiene era una práctica exclusivamente privada y accesible únicamente para los hombres libres, que disfrutaban de mucho tiempo de ocio pues dependía de las acciones que cada persona ponía en marcha para garantizar su propia salud. Sin embargo, estas acciones podrían ser afectadas a su vez por los cambios extremos en el ambiente (la estación y el clima regional) (Hipócrates, 1976 [Siglo VI, A. C.]; Quevedo V. et al., 2004: 36; Sigerist, 1981 [1956]: 24-25, 35-36). Dentro de esta misma concepción podemos decir, también, que la higiene se consideraba como el conjunto de normas necesarias para mantener la salud y prevenir las enfermedades (Rosen, 1993 [1958]: 12-13).

¹ La palabra higiene viene del nombre de la diosa *Hygieia*, que según la mitología griega era una de las tres hijas de Asclepio (*Hygieia*, *Iatreia* y *Panacea*), y estaba encargada de la salud (Quevedo V., 2004).

² Este modelo entendía a la salud como el equilibrio de los cuatro humores que componían el cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y la enfermedad como la monarquía de uno de ellos sobre los demás (Quevedo V. et al., 2004: 36).

El médico de Pérgamo, Claudio Galeno, propuso un concepto de higiene que propondría un “modo higiénico de vida”, reconociendo que “un esfuerzo menor puede llevar a mejores resultados a la larga” (Sigerist, 1981 [1956]: 15).

Durante el Imperio Romano, y tomando como base el enfoque ambiental hipocrático, se realizaron múltiples acciones estatales de salubridad ambiental y cuidados hacia la población pobre. Dentro de estas actividades se incluyó la fabricación de acueductos y sistemas de aprovisionamiento de agua potable, pues las fuentes de agua potable se encontraban alejadas de las ciudades. Así mismo, construyeron redes de alcantarillado para la evacuación de inmundicias. Por otro lado, dentro del cuidado de los pobres, nombraron terapeutas y crearon puestos de atención médica gratuitos para las personas que no estaban en capacidad de pagar su tratamiento. Así mismo, en ciertos grandes centros urbanos se crearon enfermerías para los esclavos, y hospicios caritativos para los indigentes. Estas acciones fueron posibles gracias a los conocimientos en ingeniería hidráulica, en urbanismo y arquitectura, a la racionalización de las prácticas públicas y a la capacidad administrativa de los ediles (Fassin, 2008: 9-10).

Otro gran impulso del Imperio Romano para lograr estas acciones en la sanidad pública fue el nuevo concepto político del Estado. Dentro de las funciones del Estado y de esta nueva manera de gobernar no estaba únicamente asegurar la defensa contra los enemigos externos y enemigos internos (por medio de la policía) sino también garantizar el bienestar de la población bajo su autoridad, manteniendo la limpieza de las ciudades o atendiendo a los pobres. De esta manera, el Estado tomó a su cargo a los sujetos del Imperio y constituyó sus vidas en objeto de gobierno (Fassin, 2008: 10). Valga la pena resaltar que esta actitud estatal romana incluyó en sus cuidados de la salud de las personas el cuidado y la limpieza del entorno, especialmente el de las ciudades. Por lo tanto, en el caso de Roma, la higiene no se refirió solo a los cuidados privados, sino que fue apareciendo un primer embrión de higiene pública a cargo del Estado, aunque el término higiene pública todavía no había sido inventado. A pesar de estos avances sanitarios, la higiene personal se deterioró: El deporte se convirtió en espectáculo y el baño dejó de ser un medio de limpieza para convertirse en medio de afeminamiento (Sigerist, 2007: 72).

Exceptuando la primera gran pandemia de la peste de Justiniano, en el siglo VI, desde finales del siglo VIII y hasta mediados del siglo XIV Europa estuvo libre de casi todas las enfermedades epidémicas, por lo tanto, la higiene hipocrático-galénica siguió siendo útil para el control social de la enfermedad. En aquellos casos, como en el de la lepra, en los cuales la higiene clásica era inútil, se acudió al aislamiento como medida preventiva (Quevedo V. et al., 2004: 86-87).

Por otro lado, según Henry Sigerist, la concepción dualista del cristianismo primitivo, que separaba el cuerpo del alma, descuidaba el cuidado de la parte terrenal y pecadora del hombre

(el cuerpo) y centraba su atención en el cuidado del alma. Así, buscó sus discípulos entre las clases más bajas, que tenían poco interés en la higiene personal, y mantenían una actitud indiferente hacia el cuerpo. A pesar de esto, durante la Edad Media, la iglesia vuelve a reconocer al cuerpo como la morada del alma, se reconcilia con la medicina y apoya los esfuerzos para mejorar las condiciones sanitarias. Gran parte de este cambio de pensamiento ocurrió con la creación de Escuela Médica de Salerno en el siglo XI, gracias a la popularización del *Regimen Sanitatis Salernitanum* (Regla Sanitaria Salernitana) que circuló en versión manuscrita inicialmente (Sigerist, 2007: 72-73).

De esta manera, a mediados del siglo XIV, surgió un proceso socio-epidemiológico que resultó en la primera pandemia de la Muerte Negra europea (1347-1353). Este proceso se desencadenó como consecuencia de la perturbación del equilibrio ecológico de Eurasia, sumada a la diseminación de la peste bubónica desde el Desierto de Gobi, hacia el sur de la India y el Asia central, llegando al Medio Oriente por la Ruta de la Seda y otras rutas comerciales, hasta alcanzar la cuenca del mediterráneo. Este proceso se siguió repitiendo por brotes epidémicos hasta mediados del siglo XVIII (Quevedo V. et al., 2004: 86-87).

En ese contexto, el *Regimen Sanitatis Salernitanum* reapareció en forma de libro, en su primera versión impresa de 1480, con comentarios del médico español, Arnau de Villanova. Como consecuencia de esta versión, durante el siglo XV, las prácticas de las que se componía la higiene fueron democratizadas, tanto para los médicos como para los legos cristianos, ya que esta religión prometía la redención y cura de todas las personas, sin importar sus antecedentes (Sigerist, 1981 [1956]: 43-46). Según Sigerist, se construyeron baños públicos, donde las personas podían darse baños de vapor y recibir consejos del cirujano-barbero (Sigerist, 2007: 72-73).

Esta peste, denominada en su época como “Muerte Negra”, dejó ver la insuficiencia de las medidas de la higiene privada y estimuló la idea de que la teoría humoral carecía de fundamentos para explicar su propagación (Quevedo V. et al., 2004: 35-36). En este contexto, desde el siglo XIV hasta el siglo XVII, los médicos, sin dejar atrás los ejes de la teoría hipocrática de prolongar la vida, preservar la salud individual mediante dieta y ejercicio, ampliaron el conocimiento sobre la influencia de las condiciones ambientales sobre la salud (Porter, 1999b: 56).

Nacimiento de la higiene pública

La medicina europea posterior a la Peste Negra medieval, no dejó atrás la tradición hipocrática de que el estudio de las condiciones meteorológicas y la participación de estas en el enfermar humano, las cuales siguieron teniendo gran importancia para los médicos medievales. Según estos, la enfermedad era considerada como un desequilibrio de los humores causado por un conflicto entre las condiciones de la naturaleza general (la physis

cósmica o naturaleza cósmica) y la naturaleza individual (*physis humana*), es decir, la constitución humoral de cada individuo. Más allá de la diferenciación entre las enfermedades agudas y cónicas (según su patocronía o tiempo de evolución), en la medicina clásica hipocrática no existía la diferencia que habría, después de la Muerte Negra, entre las enfermedades ambientales (debidas a la presencia de partículas pútridas en el ambiente) y las contagiosas (trasmitidas de unas personas enfermas a otras sanas por la acción de dichas partículas pútridas que los enfermos exhalaban por su respiración y por su aliento) (Porter, 1999b: 56). Tomando esto como base, se comenzaron desde entonces a implementar actividades de control ambiental y se fue desarrollando el concepto de higiene pública dentro del paradigma de la teoría miasmática.

Este paradigma dictaba que las enfermedades agudas y pútridas eran causadas por la corrupción e *inficción* del aire por miasmas/vapores venenosos y pegajosos suspendidos en el aire y que por inhalación o contacto mataban al hombre (Cipolla, 1993 [1989]: 18; Porter, 1999b: 56). Estos miasmas eran partículas invisibles que solo se podían notar por su mal olor, y que se generaban a consecuencia de una desgraciada conjunción de los astros, la exhalación de aguas palúdicas, la erupción de volcanes, las condiciones de suciedad y hediondez y, de las exhalaciones procedentes de “*rebus et corporibus putridis et corruptis*” (cosas y cuerpos podridos y corruptos). La cadena de propagación podía ser: miasma→humano; objeto infectado→humano; animal infectado→humano; humano infectado→humano (Cipolla, 1993 [1989]: 18). Los miasmas “ambientales” serían los culpables de la presencia de las enfermedades “infecciosas”; en cambio, los miasmas expulsados (mediante respiración o secreción) por los enfermos *inficionados*, producirían en los demás individuos las enfermedades “contagiosas”.

En Europa, más específicamente en Italia, existieron antecedentes de acciones de prevención sanitaria, actividades comenzaron a ser entendidas como actividades de salubridad del entorno o del ambiente, y que fueron lideradas por las Juntas de Sanidad o Magistraturas de Sanidad, creadas en respuesta a las repetidas epidemias de peste ocurridas allí entre 1348 y 1351 (Cipolla, 1993 [1989]: 15). Sin embargo, su disposición solía ser temporal, con el propósito de brindar apoyo durante la epidemia y, posteriormente, eran disueltas. Dentro de las muchas funciones de las juntas se encontraban las de control social. Estas estaban relacionadas con el control de los productos que se vendían en el mercado, del movimiento de mendigos y prostitutas, de las condiciones de las casas de las personas pobres, del alcantarillado, del movimiento de mercancías y viajeros (pasaportes sanitarios), de los centros de salud (boticas, hospitales y lazaretos) y de la profesión médica. Así mismo se incluían la vigilancia y la supervisión sobre la construcción de cementerios para muertos de peste, del cierre de casas infectadas y del diligenciamiento de los registros de defunción (Cipolla, 1993 [1989]: 16). A partir de la segunda mitad del siglo XV, en Italia, estas juntas pasaron a ser magistraturas permanentes. Se tomó esta decisión, pues se creía necesario tener un grupo de expertos que se ocuparan particularmente de esta problemática, para evaluar

tendencias y sospechas de “contagio”. La contratación de personal permanente y la ampliación del área, así como la modificación del tipo y calidad de las intervenciones, muestra una transformación del pensamiento médico hacia uno centrado en la institucionalización estatal de las acciones preventivas (Cipolla, 1993 [1989]: 15-16).

Posterior al siglo XVI, y como consecuencia de la colonización y la expansión europea hacia América y al contacto entre poblaciones humanas y animales que no se habían encontrado antes, comenzaron a volverse epidémicas enfermedades contagiosas que habían azotado al medioevo como la peste, la viruela, las fiebres exantemáticas, la malaria, las enfermedades “tíficas”, la disentería y la influenza. Así mismo, se comenzaron a desarrollar las “enfermedades nuevas”, como el sudor inglés, la sífilis, el tifus exantemático, las neumonías tíficas, y las variantes de la difteria, entre otras (Laín Entralgo, 1978: 357-358). Esto motivó a los diferentes científicos a buscar una nueva explicación de la enfermedad. Ejemplo de esto fue el trabajo del médico Girolamo Fracastoro quien, en 1546, propuso la hipótesis del *contagium vivum*, descrita en su libro “*De contagiosis morbis*”, impulsado por su estudio e interés por la creciente epidemia de sífilis. Fracastoro afirmó que las enfermedades epidémicas se propagaban por obra de gérmenes vivos invisibles. Manifestó que los humores corrompidos eran capaces de crear *seminaria* (semillas o corpúsculos vivientes) que serían los causantes de las enfermedades contagiosas, y, adicionalmente pasaban de un individuo a otro generando epidemias. El contagio con las *seminaria* podía ocurrir por contacto directo (piel a piel), por contacto indirecto (por medio de objetos) o contagio a distancia (sin mediación de una persona u objeto) (Laín Entralgo, 1978: 227-228). A pesar de sus investigaciones, esta hipótesis fue descartada y poco difundida, dada la fuerza hegemónica de la teoría miasmática (Quevedo V., 1994: 93-94).

A partir del siglo XVII, los enfoques de Thomas Sydenham (1624-1689), junto con las propuestas de la filosofía empirista materialista³ e inductiva⁴ de Francis Bacon (1561-1626) y de John Locke (1632-1704), comenzaron a estimular un cambio filosófico y científico en la medicina. En particular, la lectura de la concepción baconiana de “saber es poder”, que realiza Sydenham desde la medicina, se convertiría en un principio rector de la filosofía y de la ciencia moderna. Esta mentalidad médica, impulsó una nueva concepción de la salud-enfermedad y de la práctica diagnóstica y terapéutica, tanto médica como quirúrgica (Astrain Gallart, 1996: 99-123; Laín Entralgo & Albarracín Teulón, 1961a; Laín Entralgo & Albarracín Teulón, 1961b; Laín Entralgo & Albarracín Teulón, 1976 [1972]; Laín Entralgo, Albarracín Teulón & Gracia Guillén, 1976 [1972]; Rosen, 1993 [1958]: 107-169).

³ Doctrina filosófica que coloca la experiencia sensorial como la fuente única del conocimiento. Para el empirismo materialista el fundamento de la experiencia sensible reside en los objetos de la naturaleza material (Laín Entralgo, Albarracín Teulón & Gracia Guillén, 1976 [1972]).

⁴ El punto de partida del conocimiento es el vínculo causal. El análisis de los diversos objetos y fenómenos y toda verdad auténtica debe apoyarse en el mayor número posible de hechos; de tal forma que, al confrontarlos, el hombre tiene posibilidad de elevarse de lo individual, a lo particular, y a lo general, para llegar a las conclusiones (Laín Entralgo, Albarracín Teulón & Gracia Guillén, 1976 [1972]).

Dentro de este contexto, a finales del siglo XVII, Robert Boyle dedujo que el clima local y la salubridad del aire podrían estar relacionadas con el surgimiento de epidemias. Adicionalmente, reforzó la idea de que la enfermedad podía ser causada por emanaciones corpusculares inorgánicas mezcladas con elementos atmosféricos (Porter, 1999b: 56). Basándose en las observaciones de Boyle, Thomas Sydenham, amplió las observaciones sobre la relación entre los cambios de estación, condiciones locales y las ocurrencias epidémicas. Así identificó cinco elementos que debían ser monitorizados: el calor, el frío, la humedad, la sequedad y las emanaciones de la tierra. Del mismo modo, clasificó las enfermedades entre aquellas producidas por la constitución ambiental, por la constitución atmosférica y por el imbalance humoral (Porter, 1999b: 56).

Así mismo, y basándose en la teoría miasmática, Sydenham precisó la teoría higienista reclasificando de las enfermedades en agudas y crónicas. Retomando esa clasificación de carácter clínico y cronopático que existía desde Hipócrates, Sydenham clasificó las enfermedades entre agudas, (de rápida instauración y corta duración) que eran causadas por los miasmas que atacaban las partes líquidas del cuerpo y generaban inflamación, pero que únicamente se presentaban cuando Dios lo quería⁵. Y, las crónicas (de larga e insidiosa duración), que se debían al régimen de vida de los hombres (es decir el exceso o defecto de sus actividades cotidianas) (Laín Entralgo, 1982: 4-49). Esto le dio un nuevo sentido a la división entre la práctica de la higiene pública y la de la higiene privada (Quevedo V., 1994: 95). De este modo, la higiene pública se encargaba del control del aire y el agua para evitar la proliferación de miasmas; y, la higiene privada, tendiente a estimular el autocontrol de las personas, evitando excesos en su régimen de vida. Así se llevaron a cabo acciones de higiene pública tales como: pavimentar, drenar, ventilar, desamontonar a los hombres y desinfectar (Quevedo V., 1994: 95).

De este modo, la higiene pública desde el siglo XVII hasta inicios del XVIII, se comenzó a entender cómo el conjunto de las prácticas de limpieza y control ambiental que garantizaban el mantenimiento de la salud del público (es decir, del pueblo) y evitaban la expansión de las epidemias, mediante la profilaxis de las enfermedades agudas. Por lo tanto, tenían que

⁵ Pedro Laín Entralgo cita Sydenham cuando habla “[...] de las enfermedades agudas, las cuales tienen casi siempre como autor a Dios, así como el de las crónicas somos nosotros mismos”. Y comenta, “[...] Dios es el autor de las enfermedades agudas; el de las crónicas, el propio enfermo. ¿Qué sentido puede tener esta sorprendente sentencia en un autor tan severamente racional, tan apartado de cualquier interpretación teúrgica de la enfermedad? Explícita o implícita, en todo lo expuesto se halla la respuesta. Originariamente, en tanto que causa primera, Dios es el autor del universo y de todo lo que en éste sucede; pero de las enfermedades agudas parece serlo de modo más directo, en virtud de varias razones: la presentación de todas ellas es casi siempre azarosa, ajena al arbitrio del hombre; en ellas es más perceptible el *conamen* curativo (capacidad de respuesta) de la naturaleza del enfermo, y en la naturaleza ve Sydenham un instrumento inmediato de los designios de su Creador; la índole de sus síntomas no depende de la potestad humana, son impuestos, fatales”. Por eso, Dios cura a través de la Naturaleza, que es su propia curación y, así, esta actúa bajo su mando (Laín Entralgo, 1982: 49).

garantizar el control del agua, para evitar la formación de pantanos y charcas, previniendo así la putrefacción de la tierra; y, del aire, para evitar su corrupción e *inficción* por los miasmas. En ese entonces, a finales del siglo XVII y comienzos del XVIII, la higiene pública no era una disciplina médica sino una práctica de control ambiental que se llevaba a cabo por diferentes actores de la sociedad, pero especialmente por las autoridades civiles (tanto urbanas como estatales) de las ciudades o de sus funcionarios, que comenzaron a ser llamados Policía Médica (Quevedo V. et al., 2004: 20-26 y 36).

A partir de esta diferenciación, junto con los procesos de cambio, revolución y restauración de la ilustración y la industrialización de finales del siglo XVII y durante el siglo XVIII, se generó una medicina ilustrada y el crecimiento y sistematización de la higiene pública. Parte de esta sistematización incluyó la institucionalización de sus actividades y del surgimiento de una política pública relacionada con el manejo de las enfermedades epidémicas (Porter, 1999a; Rosen, 1985b; Rosen, 1993 [1958]). Basados en este modelo, a causa de la alta frecuencia de la peste y del tifus exantemático, las juntas sanitarias (basadas en el ejemplo italiano) fueron instauradas con carácter permanente, en varias ciudades europeas, con el objetivo de evitar la propagación de miasmas y controlar las enfermedades pestilentes. Estas juntas significaron el comienzo de la organización de una higiene pública estable y no coyuntural (Quevedo V., 2004: 89; Quevedo V. et al., 2004: 36).

A partir de estas diferenciaciones, el ambientalismo médico del siglo XVIII generó nuevos conceptos que llevaron al desarrollo de la meteorología y la geografía médicas, impulsando el análisis cuantitativo de la enfermedad y la actitud preventiva en la medicina y en la higiene pública (Porter, 1999b: 56). Se trataba, entonces, de prevenir las enfermedades infecciosas, actuando sobre el entorno y las condiciones meteorológicas, para favorecer la acción de la naturaleza; y, prevenir las enfermedades contagiosas, evitando que los enfermos enfermaran a los sanos.

Dentro del marco teórico-metodológico que le sirve de base a esta investigación, podemos decir, entonces, que en este periodo se va consolidando aquello, que había tenido su embrión en el Imperio Romano, y que hemos llamado “la Salud para el Público”, la cual está conformada por todas aquellas formas de acción para enfrentar, controlar y prevenir las enfermedades agudas, y de las cuales se van haciendo cargo las autoridades civiles y estatales. El subcampo de la Salud para el Público se va a apoyar de los saberes que los Sujetos de la Salud van construyendo al estudiar y analizar las condiciones mismas del enfermar humano en cada momento histórico, es decir lo concerniente al subcampo de la Salud del Público.

Para entender los cambios que ocurrieron en la higiene pública durante estos siglos, se hace necesario comprender los procesos intelectuales y económico-políticos europeos, los cuales se van a enmarcar en el pensamiento ilustrado y del mercantilismo, característicos de estos

siglos. Por lo tanto, esto nos obliga a estudiar las formas cómo el comercio y la vida social se fueron organizando durante estos siglos y las maneras en que impactaron en los aspectos sociales relacionados con el enfermar humano, durante la transición a las formas de vida relacionadas con el desarrollo del capitalismo comercial, el cual se fue consolidando en Europa durante estos siglos.

Condiciones económicas, culturales y políticas del surgimiento de la Higiene Pública ilustrada a finales de siglo XVII y en el transcurso del siglo XVIII

Procesos económico-políticos

Durante los siglos XVII y XVIII se produjeron cambios de gran importancia para la consolidación de un nuevo régimen de acumulación de capital en Europa, el cual ha sido llamado mercantilismo. Esto fue consolidando la alianza de la naciente burguesía comercial con las monarquías absolutistas, fenómeno que tuvo un importante impacto en la concepción de la salud y de la enfermedad. En primer lugar, desde el punto de vista religioso, la Reforma protestante cambió la visión de la iglesia católica, desapareciendo, en los países en donde esta tuvo una influencia importante, la concepción de que el enriquecimiento personal, a costa de los intereses que producía el dinero en préstamo, no era un acto pecaminoso. Esto transformo, así, al comercio y a la industria en profesiones socialmente respetables. De esta manera, el esfuerzo y el éxito se comenzaron a medir por el dinero progresivamente acumulado. Por otro lado, la revolución comercial incentivó los avances en la navegación, lo que llevó al descubrimiento de nuevas rutas comerciales y de territorios hasta entonces desconocidos. España, Portugal, Francia, Inglaterra y Holanda fundaron imperios coloniales y en consecuencia, establecieron el uso de metales preciosos (especialmente el oro y la plata) como dinero acumulable, sustituyendo así el trueque directo de mercancías (Ferguson, 2001 [1948]: 33-34).

Según lo planteado por Heli F. Heckscher, dicho periodo se caracterizó por la construcción de los primeros Estados nacionales, de carácter absolutista, y de una política económica que garantizó su existencia. El mercantilismo se instauró pues como un mecanismo unificador, al facilitar la construcción del Estado y de una economía nacional. Simultáneamente, esta forma de gobernar fue “convirtiendo la comunidad del Estado a la par en una comunidad económica nacional” (Heckscher, 1983 [1943]: 5-6). El economista alemán, Gustav Schmoller, define la esencia de la política mercantilista como aquella encaminada a la total transformación de la sociedad y de su organización estatal e institucional, por medio de la sustitución de una política económica local y regional por una política económica estatal y nacional (Schmoller, citado por Heckscher, 1983 [1943]: 12).

En el marco del pensamiento alemán el mercantilismo tomó una dirección más política y administrativa y se denominó “cameralismo”. Este concepto tuvo dos connotaciones: en

primer lugar, se utilizó para “explicar, justificar y guiar las tendencias centralizadoras y las prácticas en la política administrativa y económica de la monarquía absoluta” en los siglos XVII y XVIII; y, en segundo lugar, se utilizó también para poner en marcha intentos de llevar a cabo un recuento sistemático del funcionamiento de los diversos servicios administrativos (la práctica de la estadística que, en alemán, significa ciencia de Estado), como una base para el entrenamiento de los funcionarios públicos. La misión del cameralismo era entonces, dar un contenido positivo a la acción estatal, y sistematizar el número creciente de funciones estatales (Foucault, 1977: 39-44; Rosen, 2005 [1994]: 142143).

Teniendo en cuenta que los metales preciosos eran sinónimos de riqueza, era razonable creer que la grandeza nacional estaba determinada por el dominio sobre estos tesoros (Ferguson, 2001 [1948]: 36-39). Así mismo las nuevas armas de fuego requerían grandes cantidades de metal. Al agotarse los depósitos superficiales de estos metales, se vio la necesidad de cavar más profundamente, perfeccionando así las maquinarias y trayendo nuevos problemas para la salud (Sigerist, 1981 [1956]: 55). Por esta razón surgió la teoría de la balanza comercial que exponía que las exportaciones significaban entrada y las importaciones salida de dinero del país, por lo cual se buscaba una balanza del comercio "favorable" por medio de un exceso de las exportaciones sobre las importaciones. En respuesta, se aplicaron derechos de importación prohibitivos, con el fin de restringir la entrada de productos (con excepción de materias primas necesarias para las industrias nacionales) y se impusieron derechos de exportación para desalentar las exportaciones de materias primas para la manufactura (Ferguson, 2001 [1948]: 36-39).

Por otro lado, se concedieron patentes de monopolio a los propietarios de nuevos procedimientos de manufactura, se impulsó la inmigración de trabajadores extranjeros calificados, se dieron subsidios a la navegación y construcción de navíos, se crearon compañías comerciales a las que se concedían privilegios exclusivos, se fomentó la colonización, se fijaron precios, salarios y condiciones de trabajo y se favoreció el aumento de población (Ferguson, 2001 [1948]: 39).

De esta manera se facilitó el comercio, haciendo hincapié en el uso liberal de las letras de cambio, el establecimiento de bancos y de depósitos, la acuñación de la moneda, la inflación de la circulación monetaria y la concesión de privilegios para fomentar una política colonial. Esta incluía limitar la actividad de las colonias a la producción de materias primas, las cuales serían transformadas en productos acabados en la madre patria, para su posterior venta en las colonias (Ferguson, 2001 [1948]: 46). En consecuencia, un programa de restricción del comercio exterior, y la protección nacional del comercio y de los recursos interiores, que dieron como resultado, muy probablemente, un incremento de la libertad económica (Ferguson, 2001 [1948]: 47).

Estos cambios llevaron a que el Estado se convirtiera no sólo en la unidad política natural, sino también en la unidad económica natural. Hasta entonces, nunca se había glorificado tanto a la habilidad estadista como fuente principal de la prosperidad económica. De este modo las jerarquías ocupacionales también cambiaron, poniendo a los comerciantes en la punta, seguidos de los fabricantes de productos, el agricultor (porque alimentaba a la población y evitaba la importación de alimentos) y, finalmente, a tenderos, criados, hombres de ciencia, profesionistas, la clase media y otros que simplemente transferían riqueza en el interior y a los cuales se les negaba que su actividad fuese productiva (Ferguson, 2001 [1948]: 39-40) De este modo, se hizo más usual el término "economía política" para designar el arte gracias al cual un pueblo podía hacerse rico y poderoso con el crecimiento nacional (Ferguson, 2001 [1948]: 45).

Todo esto, implicaba la presencia de un rey con capacidad de acción política centralizadora del poder, así como, de la economía interna del país, y de las relaciones y el comercio con los otros países. Es decir, un rey intervencionista para un Estado intervencionista. Por esta razón, el régimen político, consecuente con esta necesidad era el del Estado absolutista. Un Estado y un gobierno absolutista aseguraban la reproducción de un régimen de acumulación de capital de carácter mercantilista y, por lo tanto, la existencia y mantenimiento de un Estado colonialista.

Estas nuevas condiciones relacionadas con el nacimiento y construcción de un régimen de acumulación de capital (el mercantilismo) y su correlato político (el Estado Absolutista), crean una serie de procesos de movilidad e intercambio de personas y mercancías por vía transnacional y transoceánica (Ferguson, 2001 [1948]). Estas favorecieron la aparición de procesos epidémicos frecuentes a través de los puertos y lugares de entrada y salida de estas personas y mercancías, tendientes a esparcirse por los caminos terrestres y fluviales de los distintos continentes conectados por el comercio (Porter, 1999b). Se afectaron así las condiciones de salud de los pueblos (Salud del Público) y obligando a los Estados a tener que imponer medidas cada vez más permanentes de registro y control anti-epidémico, en el marco de lo que ya se estaba entendiendo como higiene pública (es decir, la Salud para el Público). Para establecer el carácter de estas medidas, las autoridades estatales, vinculadas a las diferentes formas particulares nacionales del régimen político (Estado Absolutista), tuvieron necesariamente que ir recurriendo a los nuevos conocimientos sobre la salud y la enfermedad (la nueva versión ilustrada de la teoría miasmática) y las prácticas de ellos derivadas, que recomendaban los Sujetos de la Salud, es decir, los "expertos" en los nuevos procesos de sistematización de la higiene pública: los médicos higienistas (Quevedo V., 2004; Sigerist, 2007: 73-74).

Procesos filosóficos y científicos

En conjunto, con la consolidación de los Estados nacionales y el crecimiento económico, se desarrolló la filosofía de la Ilustración, la cual produjo múltiples progresos en la ciencia y en el pensamiento (Ferguson, 2001 [1948]: 49). La Ilustración (o Siglo de las Luces) fue un movimiento cultural e ideológico que expresaba una actitud de confianza absoluta en la razón pura e inmutable y rechazaba todo presupuesto metafísico y teológico. Este pensamiento será el que llevará a consolidar el término de “hombre moderno”. Dentro de sus rasgos se caracteriza la idea de “progreso” y su confianza en la capacidad del hombre para reformar la sociedad y mejorar el modo de vida. Del mismo modo, se creía en la capacidad de la razón humana para dirigirse por sí misma, al margen de todas las instancias religiosas, políticas y sociales (Fazio & Gamarra, 2002: 217-220). El proceso de ilustración se inició con la divulgación y aplicación práctica de los grandes principios establecidos por la filosofía y la investigación científica y fue impulsado por las crisis sociales.

En este contexto, entre 1751 y 1772, se publicó la *Enciclopedia de Artes, Ciencias y Oficios*, dirigida por Denis Diderot y Jean le Rond d'Alembert, la cual tenía como objetivo recolectar la mayor cantidad de conocimiento posible y explicarlo de tal forma que este fuera entendido por el público y fácilmente transmitido y aplicado en la transformación de la naturaleza. En esta recolección de información se les dio importancia a temas de salud, como la duración de la vida, el hospital, los niños abandonados, la aritmética política⁶ y la relación entre la mortalidad infantil y la dinámica de crecimiento o reducción de la población (Rosen, 1993 [1958]: 109-110). De modo similar, Charles Louis Montesquieu, en *El espíritu de las leyes* (1748), estudió los fundamentos de los tipos de leyes e instituciones políticas existentes, abogando por un gobierno basado en una separación de poderes. François Voltaire (1694-1778) defendió la razón y la tolerancia; Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) escribió sobre la teoría de los derechos naturales y formuló los principios de libertad, igualdad, y fraternidad en el Contrato Social (1762), que se convertirían en los lemas de la Revolución Francesa en 1789 (Ferguson, 2001 [1948]: 50).

El nacimiento de las nuevas ciencias como la anatomía de Vesalio y el heliocentrismo de Copérnico alteraron profundamente el pensamiento (Sigerist, 1981 [1956]: 55). Así, en naciones donde existía estabilidad política, las fuerzas de la naturaleza se concebían como benéficas y la riqueza de las naciones se invertía en la investigación científica o en subsidios a los hombres de ciencia, a sus sociedades y a sus revistas. De este modo, la geografía, la geología, las matemáticas y la astronomía consiguieron adelantos que describieron la época; y la física, la química y la biología surgieron definitivamente como ciencias. Así, se pasó al

⁶ A esta disciplina propuesta por los ingleses, en los países germanos se le terminó denominando más tarde como estadística, que, etimológicamente significa ciencia del Estado, por el hecho de que permitía medir el significado aritmético de las riquezas acumuladas como resultado del buen gobierno y, también, de las falencias económicas, como consecuencias del mal gobierno, para fundamentar las reformas económicas y políticas del Estado (Rosen, 2005 [1994]).

estudio de la naturaleza (la ciencia natural o "filosofía natural") reemplazando a la teología y a la metafísica como las ramas más importantes del saber (Ferguson, 2001 [1948]: 49). En el siglo XVIII, varios filósofos, historiadores, escritores y dramaturgos, se basaron en la filosofía natural para describir que: “los hombres deben tener libertad de pensar y actuar con el fin de que puedan descubrir las leyes naturales a que están sujetos los fenómenos sociales, y de guías para una acción social correcta” (Ferguson, 2001 [1948]: 50).

Sobre estas bases se comenzó a plantear la idea de que solo los Estados absolutistas, con un poder central fuerte, podían estimular el salto hacia la construcción de un pensamiento ilustrado, que favorecería el desarrollo científico y técnico necesario para garantizar la transformación, en las metrópolis de las materias primas de las colonias en bienes de consumo tanto para ellas como para las propias colonias. Todo esto requería de un conocimiento útil que pudiera ser aplicado tanto al desarrollo industrial como a la navegación y al comercio, pero también a las actividades militares que garantizaban la pervivencia de estos reinos, y al mejoramiento de la capacidad productiva de los trabajadores rurales y urbanos.

De esta manera, el mercantilismo, además de ser la práctica económica que fundamentaba este nuevo Estado, se fue convirtiendo en una doctrina económica ligada con la doctrina política del nacionalismo, la cual conllevó al aumento de la economía monetaria y al fortalecimiento de los Estados nacionales (Ferguson, 2001 [1948]: 36-38). Así mismo, pretendía dar gran poder político al Estado para poder controlar la vida social y económica de la población, sobre todo, en las monarquías absolutistas. El mercantilismo se convirtió en una concepción de la sociedad y, como tal, implicaba ideas acerca de las relaciones sociales de los individuos y de los grupos y la forma en la cual estos debían ser manejados en cuestiones de política social (Rosen, 1985a: 140-141). Entonces, el bienestar de la sociedad era sinónimo de bienestar del Estado y cualquier elemento de la política mercantilista tenía como fin fortalecer el poder y la riqueza del reino (Rosen, 2005 [1994]: 140-141). Los estados, entonces, buscaban su independencia con la expansión de sus posesiones nacionales en Europa y en el Nuevo Mundo mediante armas y navíos poderosos, una administración centralizada, una población numerosa y la prosperidad material (Ferguson, 2001 [1948]: 36-38).

Los principales requerimientos para obtener poder nacional eran: primero, tener una gran población en condiciones saludables, para, así, poder tener una nación autosuficiente e independiente de otros países, y con alta productividad; segundo, abastecer a esa población; y, tercero, mantener esta población bajo control gubernamental, para poder conducirla en cualquier dirección que requiriera la política pública (Rosen, 2005 [1994]: 140-141). Por otro lado, la población que no pudiera ser productiva, ya fuera por enfermedad o mala salud, debería recibir auxilio del Estado, incluyendo asistencia médica (Rosen, 2005 [1994]: 229). Para el progreso del Estado se sugirió eliminar la ociosidad, reducir a un mínimo las personas

empleadas en ocupaciones perjudiciales; la conservación de la vida y la salud y el estímulo a los matrimonios prematuros. Así, se propuso imponer fuertes impuestos a los solteros y apoyar económicamente a las solteras pobres (Ferguson, 2001 [1948]: 36-38).

Mecanismos de poder del Estado mercantil absolutista sobre la Higiene Pública ilustrada

Durante el siglo XVIII, los gobiernos absolutistas paternalistas nacientes comenzaron a ordenar lo que se debería hacer para estar sano y prohibir lo que era dañino. De esta manera se propuso que la salud de las personas era un asunto de los Estados y que la mejor manera de garantizarla era que dicho cuidado se manejara por la imposición de normas sociales, y que su vigilancia y puesta en marcha, estuviera a cargo de “un cuerpo de policía”. Así fue que la llamada Policía Médica, descrita por Johan Peter Frank (Frank, 1779), se convirtió en el principal método de la tendencia absolutista, que proponía una acción médica e higiénica “desde arriba” (Sigerist, 2007: 73-74). A mediados del siglo XVII e inicios del XVIII la Higiene Pública, junto con la privada, se convirtieron en la forma de regir el comportamiento individual y grupal y las condiciones de salubridad de los entornos urbanos y rurales, para asegurar el control social y evitar enfermedades epidémicas, febriles y pútridas (Quevedo V. et al., 2004: 36).

Dentro de este contexto, el modelo de la Higiene Pública francesa ilustrada, se consolidó mediante la siguiente diferenciación: en primer lugar, el estudio de las condiciones de salud y de enfermedad de las personas y sus causas, a las cuales se les llamaba *Santé Publique* o salud del público; en segundo lugar, el estudio de aquellas condiciones del entorno que podrían causar enfermedad, a las cuales se les llamaba *Salubrité Publique*; y, la disciplina que pretendía comprender el enfermar de las personas (*Santé Publique*) y que proponía medidas de acción para garantizar unas condiciones saludables del medio (*Salubrité Publique*) era llamada *Hygiene Publique*. Por lo tanto, el término *Hygiene Publique* incluía los cuerpos de saber elaborados por los higienistas para comprender la *Santé Publique* y los cuerpos de normas y prácticas que debían ponerse en marcha para garantizar la *Salubrité Publique*. Es durante el mercantilismo que este modelo de Higiene Pública ilustrada va a ser utilizado por el Estado absolutista para institucionalizar las prácticas de enfrentamiento y prevención de las enfermedades agudas, febriles, contagiosas y pútridas. Este ordenamiento de los saberes y las practicas permitirá entender, entonces, a la Higiene Pública como una disciplina (Quevedo V. et al., 2004: 21-23).

Por lo anterior, las medidas de Higiene Pública ilustradas eran puestas en marcha por los comisionados de mejora de las ciudades, que eran funcionarios de la Policía, los cuales comenzaron un proceso de “civilización” de los pobres, realizando cambios en el entorno

natural y social⁷. Por otro lado, la economía comercial realizó cambios cívicos que se consideraban rentables, tales como la recolección de excrementos y ampliación, pavimentación e iluminación de las calles. De esta manera, y según lo plantea Dorothy Porter, la ilustración humanitaria creada por las teorías de política económica, las reformas sanitarias y la piedad evangélica, dieron emergencia a una especie de ecología moral. Pensadores como Jhon Bellers enfatizaron la importancia de la densidad de población para la propagación de enfermedades, la limpieza municipal de las calles, la recolección de basuras, la regulación de lecherías, mataderos y oficios nocivos y se preocuparon por implementar el suministro continuo de agua para las ciudades, es decir, todos aquellos elementos que, según el pensamiento de la época, constituían la Salubridad Pública o del entorno (Porter, 1999b: 54-56).

A finales del siglo XVIII, gracias a lo planteado en el *Contrato Social* de Jean Jacques Rousseau, surgieron ideologías opuestas a la forma de gobierno absolutista que sostenían que los hombres son buenos por naturaleza, pero al ser manejados desde arriba por la tiranía, se corrompen y, por lo tanto, la gente es desgraciada porque no se ilustra y se enferma por ignorante. Así nació la idea de la “higiene desde abajo”, que llevó al surgimiento de literatura y de periódicos que tenían como finalidad divulgar y enseñar (popularizar) los métodos de la higiene. Fue en este contexto y con estas teorías que se desarrolló la Revolución Francesa. Esta revolución, influyó tanto en el ámbito político como en el campo de la higiene y del bienestar común (Sigerist, 2007: 74-75).

Matemática social: herramienta de gobierno

El comienzo del uso de las matemáticas como estudio de las poblaciones fue muy importante para el desarrollo de las relaciones entre el Estado moderno emergente y la salud de sus personas. Contar, evaluar y en general tener registros de la población daba un poder paternalista y de propiedad (característico de una ideología mercantilista) por parte del Estado para así poder controlar su población. En Francia, Nicolas de Condorcet denominó este fenómeno como “matemática social”. Esto era importante ya que, para el pensamiento ilustrado mercantilista, un Estado fuerte era el resultado de una población saludable (Porter, 1999b: 49).

En Inglaterra estos métodos fueron desarrollados por William Petty con lo que llamó “aritmética política”. Petty, inspirado en el método de la observación sistemática propuesto por Francis Bacon, y en su afirmación de que la preservación del cuerpo político y el cuerpo natural dependían de la fuerza del Estado y que esto se podía anatomizar estadísticamente,

⁷ Si bien esas labores que garantizaban la salubridad pública no les competían a los médicos, para este momento de la ilustración ellos ya habían consolidado su posición como higienistas, asesores directos de los funcionarios de los gobiernos, tanto estatales como locales, para plantear cuáles eran las medidas de salubridad necesarias en cada caso (Quevedo V. et al., 2004).

utilizó la aritmética política para referirse al estudio cuantitativo de los fenómenos sociales (Porter, 1999b: 50). Petty recolectaba datos sobre la población, el comercio, la manufactura, la educación, las enfermedades y los ingresos, y los usaba para mejorar las defensas militares, la expansión tecnológica y comercial y la reforma social. Por otro lado, estudió las condiciones en las cuales la prosperidad podía crecer o ser obstaculizada (Rosen, 2005 [1994]: 180).

Basado en esto, John Graunt, sastre y amigo de Petty, calculó la enfermedad y la salud y descubrió regularidades en los eventos de la vida como nacimientos, muertes, proporción de muerte por enfermedad y comparación de nacimientos y muertes por género y sus causas. Este tipo de estudios fueron los primeros precursores de la estadística vital y la epidemiología, que en el siglo XIX fueron prerequisites para la prevención sistemática de las enfermedades (Porter, 1999b: 50). Por otro lado, a finales del siglo XVIII, el clérigo J.P. Süßmilch calculó varios aspectos del mundo material para demostrar la regularidad del orden divino. Süßmilch estudio nacimientos, muertes y razones de sexo para demostrar el trabajo de la divina providencia. En 1740 presentó un análisis de la gestión de la población, donde mostró la relación entre edad de matrimonio, tasas de natalidad, crecimiento poblacional y la disponibilidad de tierras de cultivo (Porter, 1999b: 51). Así, en Inglaterra, por su gran desarrollo y capacidad industrial, desde mitad del siglo XVIII, la salud fue permeada por una preocupación creciente del bienestar social y relaciones de clase traídas del humanitarismo de la ilustración (Hamlin, 1994: 134-135).

Surgimiento de la Higiene Pública ilustrada en España

En el siglo XVIII, en Francia, el rey borbón Luis XIV (1643-1715), adoptó una postura mercantilista y debutó en lo que denominó el “Despotismo Ilustrado”⁸, como forma de gobierno y como inicio de una agenda política, científica y sanitaria (Rosen, 1993 [1958]: 107-167). Bajo su tutela, su nieto Felipe V, primer rey borbón de los reinos de España, adoptó dicha doctrina del “Despotismo Ilustrado”, garantizando el poder del rey en todos los espacios de la vida pública, tanto en el gobierno interno del reino como en su relación con los demás países occidentales. A pesar de esto, no fue sino hasta 1767, durante el reinado de Carlos III, que se impulsó el avance de la ciencia ilustrada en la metrópoli española y en las colonias, proceso que se manifestó en una serie de reformas en el ámbito educativo y sanitario, coyunturalmente relacionadas con la expulsión de los jesuitas de los territorios españoles. Estos desarrollos permitieron la consolidación de las reformas sanitarias ilustradas,⁹ tanto en el ámbito metropolitano como en varis espacios coloniales (Peset &

⁸ (O absolutismo ilustrado) es un concepto político que surge en la Europa de la segunda mitad del siglo XVIII. Se enmarca dentro de las monarquías absolutas y pertenece a los sistemas de gobierno del Antiguo Régimen europeo, pero incluyendo las ideas filosóficas de la Ilustración, según las cuales, las decisiones humanas son guiadas por la razón (Ferguson, 2001 [1948]).

⁹ Si bien las reformas sanitarias se iniciaron con Fernando VI, no fue sino hasta el reinado de Carlos III, y con la expulsión de los jesuitas, que estas lograron implementarse en las colonias españolas (Peset & Peset, 1989:

Peset, 1974: 95). En el subcontinente americano esto se caracterizó como el “proyecto de modernización” borbónico (Quevedo V., 2017: 2).

El surgimiento de las reformas de las políticas sanitarias españolas, del siglo XVIII, tuvo dos causas principales. La primera, fue la toma del Reino español por parte de Felipe V, primer monarca ilustrado perteneciente a la casa de Borbón, que tenía claridad de que la administración gubernamental debería tener un carácter centralizador del poder del Rey para garantizar la pervivencia de la política del Despotismo Ilustrado. En ese tipo de administración centralista se incluía la política de Higiene Pública borbónica que tenía como objeto la defensa de los reinos frente a los padecimientos epidémicos desde un formato polisinodial¹⁰. Era característico de este modelo la confluencia entre las funciones consultivas y ejecutivas, tanto en el ámbito municipal, como en el del gobierno central. Así, en el entorno ciudadano local se crearon, desde los años 1700, juntas de sanidad asentadas en los puertos marítimos más importantes para tratar problemas específicos de salud (Bonastra, 2010: 454-455; Rodríguez-Ocaña, 1987-1988: 145-146).

La segunda causa fue el estallido de la epidemia de peste ocurrida en Marsella en 1720 la cual, aunada a otros brotes epidémicos posteriores de origen foráneo y de alta mortalidad, generó gran temor y puso en evidencia la falta de maquinaria cuarentenaria peninsular. Esta situación impulsó el reforzamiento de políticas centralizadas y jerarquizadas en el ámbito de la Higiene Pública. A estas se sumó la persecución de un cierto ideal humanitario, dando origen a las reformas sanitarias necesarias para la prevención de epidemias, así como a la creación, diseño, implantación y mantenimiento de una red plena y operativa de resguardo sanitario (Bonastra, 2010: 454-455; Rodríguez-Ocaña, 1987-1988: 145-146).

Como consecuencia de estas dos causas, el modelo sanitario español se reorganizó de una manera más orgánica. Así, cada pieza del engranaje sanitario desempeñaba un papel concreto para el buen funcionamiento del conjunto. Dentro de los cambios del modelo sanitario y debido a los altos costos que implicaban las diferentes funciones de las juntas locales existentes, la administración centralista borbónica creó, en 1720, desde el Consejo de Castilla, la Suprema Junta de Sanidad del Reino. Esta tenía una estructura piramidal, dirigida, en la punta, desde la capital, seguida por las juntas de sanidad de las provincias y, en la base, constituida por las juntas de sanidad locales, situadas en los principales puertos marítimos. La principal función de estas Juntas, sería evitar la importación del morbo, por medio de la sistematización y racionalización de una legislación sanitaria y, en menor medida, dictar normas de Higiene Pública. Adicionalmente, la Junta se convirtió en un órgano centralizador

147). Como lo ha planteado Manuel Rodríguez Lapuente, el Despotismo Ilustrado tuvo en España su máxima expresión precisamente durante el reinado de Carlos III y su lema era “un gobierno en favor del pueblo, pero sin el pueblo” (Rodríguez Lapuente, 1974: 256-358).

¹⁰ Relativo a un sistema de organización del gobierno basado en Consejos y Juntas, como el que caracterizó la monarquía española de los siglos XVI y XVII (Bonastra, 2010: 454-455).

de la información relacionada con los contagios para, de esta manera, dictar normas de interdicción geográfica (Bonastra, 2010: 455-456; Rodríguez-Ocaña, 1987-1988: 145-146).

Por otro lado, en materia de navegación, los dos monopolios comerciales y sanitarios, Barcelona y Cádiz, tenían como función verificar el cumplimiento de los ejercicios sanitarios relacionados con el comercio mediterráneo proveniente de África atlántica y con el comercio atlántico americano, respectivamente. Otros puertos españoles como Valencia, Ceuta y Algeciras, sin seguir ningún plan establecido y obedeciendo a coyunturas epidémicas, fueron dotados de lazaretos para las cuarentenas (Bonastra, 2010: 460-462). Adicionalmente, la configuración de la estructura sanitaria de la España borbónica heredó una legislación preexistente y varios lazaretos provisionales. Estos lazaretos se costeaban con impuestos a las mercancías y, a pesar del peligro de la peste, el inmenso gasto que significaba obligar a cumplir la cuarentena, y, de la gran importancia y demanda del puerto, eran construidos con materiales altamente perecederos y que no aseguraban su permanencia en el tiempo (Bonastra, 2010: 456-457).

Tras la muerte de Felipe V, y durante el reinado de Fernando VI, la organización sanitaria continuó funcionando de la misma manera. A pesar de que se le encargó al ministro de guerra y marina, el Marqués de la Ensenada, la construcción de un lazareto en Cádiz, este no se realizó, y los lazaretos provisionales en los otros puertos siguieron siendo de muy mala calidad. Esto se pudo deber a los gastos relacionados con la construcción de los arsenales de Ferrol y de Cartagena. Incluso, tras la destitución de Ensenada y el nombramiento de Valparaíso como secretario de Hacienda, no se lograron avances en la construcción del lazareto de Cádiz, ni los proyectados para Cartagena y Alicante (Bonastra, 2010: 463-464).

Después de la muerte de Fernando VI, ya en el reinado de Carlos III, este consolidó las reformas iniciadas por sus antecesores y se realizaron planes reformistas ilustrados en ámbitos como las comunicaciones, la infraestructura de los transportes, las redes de caminos, la navegación interior y la mejora de los puertos. Así mismo, se realizaron obras hidráulicas con infraestructuras de riego, desecación y saneamiento de terrenos; igualmente se pusieron en marcha proyectos para la organización espacial de algunas poblaciones y repoblación de algunas regiones. Durante este reinado, se pensó en una administración más articulada y complementaria, se cambió la visión política existente reemplazándola por una en la cual se veían los problemas en función peculiar de cada territorio, pero sin perder la fuerza del Estado. Se asentó el poder en Madrid, desde donde se creaban planes sectoriales, siguiendo la línea del despotismo ilustrado de promover la riqueza de la nación, obtener la felicidad de sus súbditos y asegurar su propia continuidad en el poder (Bonastra, 2010: 463-465).

Así entonces, Carlos III, tenía como fin fortalecer el mercantilismo en España por medio de su industrialización, de garantizar la creación de una burguesía y del establecimiento de unos mercados de dimensión nacional, a los cuales se subordinarían todas las provincias de

ultramar (Quevedo V. et al., 2023: 91). De esta manera se fortalecería el poder estatal (del Rey) sobre las colonias y se incrementaría la productividad a favor de la monarquía, creando nuevas agencias políticas y liberalizando monopolios comerciales (Cueto & Palmer, 2015: 35-36). Así mismo, el gobierno de Carlos III incluyó mecanismos de regulación para aumentar la población activa y consolidar una clase dirigente instruida e ilustrada, para lo cual consolidó la reforma sanitaria y la educativa (Quevedo V. et al., 2023: 95).

En el marco de la educación sanitaria se promovió el conocimiento de la medicina anatómica, de la clínica de Sydenham, del enfoque ecléctico de Boerhaave y de la Higiene Pública. Esto conllevó la disminución de la mortalidad y de la presencia de epidemias y, en consecuencia, favoreció una población más saludable y por lo tanto más productiva. La medicina entonces se convirtió no sólo en un conocimiento racional sino también útil (Cueto & Palmer, 2015: 35-36).

Las medidas sanitarias estaban enmarcadas en el paradigma miasmático-ambientalista, fueron impulsadas por médicos ilustrados y decretadas por gobiernos locales y por los protomedicatos, e incluyeron la construcción de cementerios fuera de las ciudades (separando víctimas de epidemias), la creación de sistemas de recolección y disposición de basuras, limpieza y ventilación de casas, calles y puertos marítimos y la construcción de jardines urbanos públicos. Estas medidas también incluyeron la supervisión, por una parte, de la calidad de la comida y de las bebidas en los mercados; por otra, la supervisión del saber y de las prácticas de los profesionales de la salud, Y, finalmente, la supervisión y el control de la venta de medicamentos y de la vacunación contra la viruela (Cueto & Palmer, 2015: 35-36).

Todo este recorrido por las reformas sanitarias y educativas borbónicas españolas dejan ver claramente un interés de los gobiernos reales en el conocimiento de las condiciones de la salud del público y el uso de las nuevas ciencias médicas para apoyar ese conocimiento, bajo la conciencia política de que esto potenciaría la garantía de la existencia de una población sana y productiva. Pero ese conocimiento no sería garantía suficiente si no iba apoyado por la formación de un cuerpo de profesionales de la salud de nuevo tipo que incluyeran en su haber intelectual una formación médica, quirúrgica e higienista ilustradas, basadas en esos “saberes útiles”, para que pudieran actuar tanto sobre los individuos en el ámbito clínico, como en la asesoría a las autoridades civiles y militares en el ámbito de las medidas de control y vigilancia sobre los brotes epidémicos y el comportamiento de las poblaciones, es decir las acciones de salud para el público. Todo esto marcaba el comienzo de un cambio cualitativo en los subcampos de la salud de los reinos de España.

El Nuevo Reino de Granada: Manejo de la Higiene Pública en las epidemias de viruela y en la estructuración de los cementerios

Influencia de España en el Nuevo Reino de Granada

En los territorios americanos, incluyendo los del Nuevo Reino de Granada, el traslado interoceánico de los conquistadores y los esclavos africanos había traído consigo condiciones inmunológicas distintas, enfermedades desconocidas para los habitantes amerindios (la gripe, la viruela, la lepra, la malaria, el sarampión y la fiebre amarilla) y adicionalmente, la transformación de la ecología de las enfermedades ya existentes en los territorios coloniales (Quevedo V., 2005: 48-49). Estas nuevas enfermedades significaron la aniquilación de gran parte de la población local y facilitaron la conquista por parte de los europeos. Una de las consecuencias más importantes, resultado del transporte interoceánico y del intercambio internacional entre 1500 y 1700, fue la domesticación y homogeneización de enfermedades epidémicas. Estas enfermedades, en comunidades aisladas, se volvieron endémicas en ambientes urbanos hacinados; las enfermedades que afectaban a adultos comenzaron a atacar a los niños; epidemias catastróficas empezaron a presentarse únicamente en poblaciones aisladas y, durante el siglo XVIII, aumentaron las infecciones endémicas como la malaria y la viruela (Ashburn & Ashburn, 1981 [1947]; Porter, 1999a: 46-48).

A pesar del gran impacto de las enfermedades contagiosas durante el siglo XVIII, la higiene pública en las colonias españolas era muy limitada, sobre todo, en el Nuevo Reino de Granada. Allí existía escasez de médicos y hospitales, las instituciones religiosas se encargaban más de evangelizar que de atender a personas enfermas y, por otra parte, el Protomedicato¹¹ era ineficaz. A pesar de esto, se tomaron medidas similares a las de la Higiene Pública europea, por ejemplo, en las epidemias de tifo, se realizaba quema de ropa y pertenencias y aislamiento estricto de las personas contagiadas. Ocasionalmente, se ponían en práctica medidas relacionadas con la limpieza de las ciudades y se establecieron lugares de aislamiento para los enfermos, llamados “degredos” (zonas despobladas y atravesadas por vientos continuos). En estos lugares de cuarentena, se hacía uso del poder curativo y purificador del aire en movimiento, el cual dispersaba los miasmas en una atmósfera despoblada. Por lo que se refiere al Gobierno Colonial, este nombraba juntas de sanidad, similares a las europeas, para el control de los brotes epidémicos. Sin embargo, estas juntas se conformaban por personas que no conocían de asuntos de higiene y, posteriormente, se disolvían (Quevedo V., 2005: 49-51).

En las colonias estaba presente el concepto policivo de la higiene pública, por lo cual en el Nuevo Reino de Granada existió la figura del Corregidor, quien oficiaba como policía

¹¹ El protomedicato fue un tribunal que establecieron los Reyes Católicos de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, encargado de la supervisión de la práctica médica y quirúrgica (Lanning, 1997: 27).

sanitario. Del mismo modo los enfermos aislados tenían que estar en constante vigilancia policiva brindada por dos individuos, para evitar el contacto con otras personas. Los infractores de la cuarentena eran sometidos a castigos y, adicionalmente, se realizaba un interrogatorio a los detenidos para tratar de averiguar el origen de la epidemia (Quevedo V., 2005: 50-51).

Posteriormente, las reformas borbónicas sanitarias, consolidadas durante el reinado de Carlos III, trajeron un pensamiento mercantilista e ilustrado a las colonias, por lo tanto, la aritmética política se utilizó como herramienta de evaluación y control poblacional y sanitario. Así, bajo el liderazgo del ministro de Indias José de Gálvez, entre 1777 y 1788 se realizaban padrones y censos regionales que evaluaban información como: el nombre de jefe de hogar y de todos los que residían en la casa, el parentesco o vínculo que los unía, sexo, edades, estado civil, profesiones, grupo étnico, orígenes o lugares de nacimiento, si padecían alguna enfermedad, e incluso, si se encontraban de viaje. Por supuesto, la calidad y consistencia de los padrones varían de una ciudad a otra (Pérez & Montoya Guzmán, 2010). Sin embargo, la realización de estas mediciones traía ciertos retos, por ejemplo, el virrey Antonio Caballero y Góngora mencionaba la enorme dificultad que conllevó enumerar a los habitantes de la Nueva Granada, debido a que “jamás se alcanzaron a comprender las ocultas rancherías que se ignoran” y por rumores de que el censo iba a conllevar un nuevo impuesto. Por lo anterior, Caballero y Góngora exaltó las limitaciones del gobierno para esta tarea y quería encargar a los jueces para esta función (Quevedo V. et al., 2023: 124).

Estos diagnósticos demográficos realizados en el Nuevo Reino de Granada, inquietaron profundamente a las autoridades imperiales hispánicas, ya que estos comprobaron que la obstaculización del crecimiento de su población se debía a los altos niveles de mortalidad; y, que esta mortalidad se concentraba en las ciudades, lugares identificados como productores de enfermedades contagiosas. Dentro de las urbes americanas se identificaron problemas como el hacinamiento, las calles estrechas y mal empedradas, las viviendas deficientemente construidas (impedían la libre circulación del aire y la penetración de luz solar) y las insuficientes medidas de evacuación hídrica. Por consiguiente, se aumentó la vigilancia sobre los “centros generadores de enfermedad” de las ciudades como lo eran las calles, los puertos, los cementerios y los hospitales (Alzate Echeverri, 2007; Bejarano-Rodríguez, 2023: 130).

Por otro lado, las reformas políticas sanitarias borbónicas influyeron en las acciones higienistas coloniales, mediante la construcción de cementerios, el empedramiento de las calles, la construcción de acequias y su limpieza; y, las acciones médicas, como la inoculación o variolización. Así mismo, el pensamiento ilustrado cambió la percepción de la muerte y de las enfermedades, impulsando así a los médicos a instruir al pueblo en cuanto al cuidado de su salud. Estas reformas se pudieron interpretar en el momento como un desafío a los designios Divinos. Pero, durante algunos hechos históricos, como la epidemia de viruela de 1782-1783, se mostró una aceptación relativa a los métodos científicos como la

inoculación, por su demostrada eficacia en disminuir la mortalidad de la enfermedad. Sin embargo, la mentalidad culpabilizadora y las creencias religiosas seguían dominando las representaciones culturales de la enfermedad (Bejarano-Rodríguez, 2023: 130).

Uno de los primeros representantes de la Higiene Pública ilustrada en el Nuevo Reino de Granada fue José Celestino Mutis, quien llegó a Santafé en 1761, como médico de cabecera del virrey Pedro Messia de la Zerva y ejerció como matemático, médico, botánico, mineralogista, astrónomo y científico natural. Mutis tenía amplios conocimientos en diferentes áreas del saber, incluyendo la higiene pública; y, a partir de 1783, funcionó como director de la Real Expedición Botánica del Virreinato de la Nueva Granada. Por lo anterior, Mutis se consideraba así mismo el “Oráculo de este reino”. La obra de Mutis, enmarcada dentro del paradigma miasmático-humoral, adjudica el origen de las enfermedades “contagiosas” (como la viruela y la lepra) en el aire *inficionado* por miasmas, debido a los malos olores causados por las malas medidas de higiene pública, alteraciones o “corrupciones” en la atmósfera y estilos de vida laboriosa. Su más notable obra fue el *Arcano de la Quina* (1829), sin embargo, publicó muy poco durante la vida y su trabajo en la flora de Colombia se publicó hasta el siglo XX (Amaya, Jose Antonio, 1986; Amaya, José Antonio, 2005; Quevedo V., 1994: 98; Quevedo V., 2005: 44; Restrepo, 1983: 176-177).

Virrey Antonio Caballero y Góngora y el manejo de la epidemia de viruela de 1782-1783

Las epidemias de viruela en el Nuevo Reino de Granada datan desde el año 1558, y desde entonces, cuando se presentaba una epidemia cargaba consigo una cantidad importante de vidas, por lo general indígenas. Durante el siglo XVIII la viruela fue una de las enfermedades más mortíferas, y desde su inicio se identificó su carácter contagioso por medio del *aire inficionado* y su manejo dependía de esta concepción miasmática. Por lo anterior, el virrey y arzobispo de Santafé Antonio Caballero y Góngora advertía sobre la necesidad de que la corona ejerciera un control sobre el estado de la población en el Reino. La epidemia más destacada del siglo XVIII fue la de 1782-1783 por las implicaciones que tuvo en la vida colonial, tanto así que el virrey se refirió a ella como la primera y más terrible de las epidemias que durante el siglo afectaron el bienestar y la productividad de la población del reino (Quevedo V. et al., 2023: 128-129).

En noviembre de 1782 el virrey Antonio Caballero y Góngora anunció oficialmente en Santafé y sus alrededores la presencia de una epidemia de viruela. Esta sería procedente de Nueva España y se habría introducido al Nuevo Reino de Granada por las rutas comerciales del Río Magdalena iniciando en Santa Marta y Cartagena y llegando posteriormente a Honda. En los informes de 1783, dirigidos al ministro de Indias, José de Gálvez, el virrey, junto a José Celestino Mutis, relacionaron el flagelo epidémico a los defectos morales, el pecado y la ingratitud de la plebe, expresado, sobre todo, en la Revolución de los Comuneros ocurrida

un año antes¹²; a la *atmósfera inficciónada*; y finalmente, a los hábitos y costumbres populares (sobre todo el consumo de bebidas fermentadas). Por lo anterior, el virrey recordó a sus súbditos de su obligación de obedecer a Dios, representado en el Rey, y recomendó acciones para “solicitar la Divina clemencia” y subsanar la epidemia, por medio de las rogativas públicas, las misas y la confesión. Sin embargo, pronto se hizo evidente que, por el aumento de la morbilidad y la mortalidad, la sobrepoblación de cadáveres, la pobreza y la escasez de recursos humanos, estas recomendaciones no estaban siendo efectivas (Bejarano-Rodríguez, 2023: 144; Mutis, 1983 [1783]; Quevedo V. et al., 2008: 2; Silva, 1992: 45-46 y 50-51).

Por lo anterior, en 1782, el virrey, a pesar de su amplio bagaje religioso, tuvo que aceptar y poner en marcha las medidas preventivas ilustradas, promovidas por Mutis, dentro de las cuales se resaltó la idea de la relación entre las epidemias y las enfermedades generales con la ausencia de hábitos higiénicos. Dentro de este concepto, se admitió que la pobreza podría aumentar la enfermedad y se hizo evidente el nexo de las enfermedades con la escasez y la mala calidad del agua para el consumo humano, la inadecuada recolección de basuras y desechos y el mal estado de los mataderos y los cementerios. Adicionalmente se reforzaron medidas restrictivas sobre las prácticas curativas supersticiosas sin base “racional” como lo eran las de origen indígena, africano o mestizo (en contraste con las prácticas católicas que se consideran racionales). Del mismo modo, las instancias oficiales y oficiosas pregonaban la superioridad de la medicina universitaria, y obligaban a los súbditos a seguir las recomendaciones dadas por los, muy escasos, profesores de medicina. Así, la medicina universitaria la posicionó como principal y más efectiva práctica para actuar contra la enfermedad y asesorar a los Estados en cuestiones de Higiene Pública (Quevedo V. et al., 2008: 3).

La primera de las grandes medidas preventivas fue la divulgación del *Methodo General para curar las viruelas*, transcrito por Mutis, donde se evidencia claramente el encuentro entre la medicina hipocrática y la miasmático-ambiental. El *Methodo* tenía como fin enfrentar la escasez de médicos y “contener los errores de viejas y curanderos”; y consistía en una combinación de normas sencillas de higiene personal (baño y corte de cabello); de higiene ambiental (aireación de habitaciones, abrigo moderado); y, de principios médicos (permitir que la enfermedad evolucionaría si ya había sido contraída y no amontonar medicamentos). Adicionalmente con la divulgación del *Methodo* se esperaba erradicar prácticas como el consumo de bebidas alcohólicas y calóricas, el excesivo abrigo en la cama y la escasa

¹² La reforma fiscal de 1778 (para financiar la guerra con Inglaterra) incrementaba las alcabalas, se le subió un 50% a los precios de los ramos objeto de estanco, se incluyeron nuevas contribuciones para los habitantes, se gravaron artículos de primera necesidad y se establecieron derechos reales sobre primeras industrias. Estos impuestos eran desiguales, favoreciendo a la población española y afectando a la americana. Finalmente, las inconformidades se tradujeron en la Revolución de los Comuneros en 1781 (Quevedo V. et al., 2023: 125-126).

ventilación de los espacios, prácticas que Mutis concebía como empeorantes de la epidemia. Este *Methodo* fue muy valioso ya que se hizo circular por las provincias de la Nueva Granada, era pedagógico, con lenguaje simple y mostraba remedios sencillos para aminorar el terror por la enfermedad, lo cual fue clave para las condiciones culturales del virreinato. Este documento demostró el nuevo estatuto del saber ilustrado donde se mostraba al médico como funcionario especializado de la salud y se apeló al libro de Samuel Auguste Tissot, *Avis au peuple sur sa santé* (Bejarano-Rodríguez, 2023: 145-147; Quevedo V. et al., 2008: 3-5; Silva, 1992: 52-53). Este *Methodo* estuvo presente sobre todo al inicio de la epidemia, cuando Mutis aún no tomaba partida en la práctica de la inoculación y esta no estaba reglamentada (Frías Núñez, 1992: 90). Este *Methodo*, similar al escrito de Tissot, democratizaba la salud a manos del propio pueblo y fue una respuesta temprana a la falta de atención sanitaria en el Reino.

La segunda medida, puesta en marcha por Caballero y Góngora, por recomendación de Mutis, fue la creación de los degredos como eje de su política sanitaria. Sin embargo, estos degredos, en comparación de los presentes en el siglo XVII y parte del XVIII, estaban fundamentados en una nueva concepción, pues se transformaron de un simple lugar de aislamiento a una estructura hospitalaria inicial. En estos nuevos degredos no se buscaba únicamente retener y aislar a los enfermos, sino curarlos bajo la presencia de un médico o de alguien que tuviera algún tipo de conocimiento médico. Después de este cambio, estas nuevas instituciones comenzaron a llamarse hospitales de degredo. Otra medida fue el refuerzo policivo y sin distinción de los controles sanitarios en todo el territorio, especialmente en los puertos. Dichos controles contaban ahora con la presencia de funcionarios sanitarios (Silva, 1992: 55-56).

Y, la tercera medida, fue la implementación medicalizada y la regulación de la inoculación mediante la difusión y redacción (por parte de Mutis) de las *Instrucciones sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las Viruelas, formada de orden del superior Gobierno* (Mutis, 1983b [1782]) para evitar la confusión, desorden y mala práctica en su implementación. Sin, embargo la inoculación en su mayoría era realizada dentro de las mismas familias, ya que los médicos únicamente estaban disponibles para personas de “medio y alto estado” (Frías Núñez, 1992: 86).

La práctica de la inoculación, con antecedentes en China y Turquía¹³, era una de las medidas de control y prevención más recomendadas por la Metrópoli. Esta técnica, tal como se utilizó

¹³ La primera forma de prevención de la viruela se descubrió en China y consistía en la aspiración del polvo de las costras molidas de los variolosos desencadenando así una viruela leve y localizada que defendía posteriormente contra una infección. En Europa se utilizó el método comúnmente usado en Turquía, el cual consistía en “aplicar” con una lanceta la linfa de las lesiones variólicas en la piel de las personas sanas para prevenir el contagio; dicho método había sido introducido en Europa, en 1721, por Lady Wortley-Montague, esposa del embajador inglés en Constantinopla. (Quevedo V., 1994: 97-98; Quevedo V. et al., 2008: 5).

en las colonias, consistía en realizar una pequeña herida en la piel de las personas sanas para aplicarles pus de los variolosos y producir una viruela localizada que, casi siempre, confería inmunidad contra la viruela generalizada, aunque en algunos casos, la enfermedad podría generalizarse y causar la muerte (Quevedo V., 1994: 97-98; Quevedo V. et al., 2008: 5). Al principio de la epidemia, esta práctica tuvo mucha oposición. En primer lugar, ciertos médicos se oponían pues pensaban que este método podría ser peligroso debido a que, si se realizaba una incisión muy profunda, podía provocar una viruela generalizada en personas sanas y causar una nueva epidemia. Y, en segundo lugar, la población entendía como contradictorio el hecho de que la inoculación introdujera una enfermedad en el cuerpo con la finalidad de prevenirla. Y, en tercer lugar, predominaba en el pensamiento popular la resistencia a todas las acciones sanitarias propiciadas desde el Estado colonial, por concebirlas también como mecanismos de ordenamiento y control de los grupos de población potencialmente rebeldes (Bejarano-Rodríguez, 2023: 145-147; Quevedo V. et al., 2008: 7-8; Silva, 1992: 63). Finalmente, la inoculación también iba en oposición a las concepciones teológicas de que Dios controlaba la Naturaleza y la enfermedad. De este modo, se concebía que “toda técnica de prevención contra el futuro aparece entonces como un enfrentamiento a la voluntad de Dios” (Frías Núñez, 1992: 49-50).

A pesar de las oposiciones, Mutis, apoyándose en los datos brindados por la aritmética política y el balance de las experiencias positivas realizadas en la periferia, aprobó la aplicación de esta práctica. Así, apoyado en el poder que le brindaba la hegemonía de la medicina ilustrada universitaria, se sintió en la obligación de recomendar la práctica y advertir de los peligros de su mala aplicación. Por otro lado, propuso e impulsó que el papel directivo de las campañas de Higiene Pública se diera a los médicos más no a las autoridades, como era costumbre. Adicionalmente, consideraba a la población que se sometía al procedimiento como ‘gentes de bien’ y como un buen ejemplo de humanidad; utilizó las palabras como autoridad y patriotismo; afirmó que era responsabilidad de los padres someter a sus hijos a esta práctica en el momento adecuado para su aplicación; y, también, siguiendo los preceptos hipocráticos, advirtió que otras enfermedades concomitantes y la mala alimentación debían mejorarse antes de someterse al procedimiento (Quevedo V. et al., 2008: 3-6; Silva, 1992: 68-73).

Junto con las *Instrucciones* se diseñó un *plan de arreglo que se deberá observar para la inoculación de la viruela al pueblo*, el cual consistía en colgar carteles para promover la inoculación (sobre todo en la población más pobre), la inspección de barrios para determinar la población objeto a inocular, además de prestar atención especial a las personas que ya se hallaban contagiadas, sin embargo, no encontramos datos de la ejecución de este plan. Adicionalmente, para el momento en que se aprobó la *Instrucción* en 1783 (Mutis, 1983a [1782]), la epidemia ya se había propagado a la ciudad y ya estaba en su punto de culminación por lo cual, esta medida sirvió más como herramienta de medicalización y regulación de la inoculación que como medida preventiva sistematizada para frenar el impacto de la epidemia

(Bejarano-Rodríguez, 2023: 145-147; Silva, 1992: 69-70). Parte de esta medicalización se ve reflejada en el compromiso de las madres en la participación directa para llevar a sus infantes para que fueran inoculados. Aunque la aprobación y publicación de la *Instrucción* fuera tardía, los informes de Mutis y del virrey al ministro Gálvez trasluce la intención preventiva de la inoculación y sus buenos resultados en particular. Es claro que Mutis estaba siguiendo los preceptos de la medicina ilustrada europea que había subrayado la noción de prevención (Quevedo V. et al., 2008: 9-11)

Al finalizar la epidemia, en 1783, el virrey Caballero y Góngora compartió los alentadores resultados de la inoculación en los *Informes* al Ministerio de Indias. En estos se exaltó la bondad casi absoluta de la inoculación, aunque sin descartar los posibles errores en su aplicación. Así mismo, dichos informes mostraron detalladamente, en línea con la aritmética política, las estadísticas de la epidemia. Se constató que, de mil setecientas personas que se inocularon, solo dos murieron. Setecientos de estos fueron inoculados en sus casas (ricos) y el resto en el hospital. Nueve mil ciudadanos quedaron voluntariamente expuestos. Dentro de estos informes se recalca que “la epidemia fue causada por el desacierto del vulgo” y se presentaba mayoritariamente en “la ínfima plebe: gente miserable, indigente, mal gobernada y peor dispuesta por la inclinación a las bebidas fermentadas” (Mutis, 1983 [1783]: 199 y 205). Adicionalmente, Caballero y Góngora resaltó la importancia que tenía la inoculación para la conservación y el aumento de la población y, por lo tanto, para la protección del mejor recurso productivo del Reino. Así mismo aseguró que los súbditos deberían agradecer este “regalo real” (Quevedo V. et al., 2008: 7-8; Silva, 1992: 64-66).

Esta epidemia representó la mayor crisis de mortalidad registrada en Santafé entre 1739 y 1810 y estuvo cerca de causar una catástrofe demográfica. Es difícil sacar una conclusión precisa sobre el número de afectados ya que no se encontraron registros de los contagiados en los barrios ni en los hospitales, por lo tanto, no se pueden verificar los datos mencionados en los informes enviados a Gálvez. Sin embargo, las cifras varían desde los 3000 a los 7000 muertos que, en cualquier caso, relatan un número grande de defunciones en una ciudad en pleno despegue demográfico (Bejarano-Rodríguez, 2023: 136-138; Silva, 1992: 47).

Análisis de los subcampos en salud

En el caso particular de la epidemia de viruela de 1782-1783, podemos analizar las diferentes formas en que los actores sociopolíticos interactuaron en el campo de la salud dentro de los diferentes subcampos. En el subcampo de la Salud del Público, podemos reconocer que las formas de enfermar y la representación de la enfermedad variaron dentro de los diferentes grupos poblacionales. En primer lugar, para ese momento, Mutis, médico ilustrado, comprendía esta enfermedad desde el pensamiento sistemático de Sydenham y Boerhaave, que era una integración ecléctica del empirismo clínico de Sydenham, el neohipocratismo boerhaaviano, la Filosofía Natural newtoniana, la clasificación nosológica de Sauvages y la

teoría miasmático-ambiental (Quevedo V., 1984; Quevedo V., 1992). Así mismo, y junto a la población española residente en el Nuevo Reino, llegó a expresar, a tono con el virrey Caballero y Góngora, que las causas de la epidemia no se debían únicamente unos los *aires inficcionados* sino también a un castigo divino. Por lo tanto, las soluciones propuestas progresivamente para ser puestas en marcha en el subcampo de la Salud para el Público fueron, primero de carácter religioso y moral, como las procesiones y las rogativas; luego, el control social y ambiental, por medio de los degredos, el aseo de la ciudad, la recomendación de medidas de higiene y limpieza personal desde los preceptos de la Higiene Pública; y, finalmente, el uso de la inoculación (Bejarano-Rodríguez, 2023: 144; Mutis, 1983 [1783]; Quevedo V. et al., 2008: 2; Silva, 1992: 45-46 y 50-51).

Durante la epidemia hubo un cambio importante en la concepción de la enfermedad debido al surgimiento de la práctica de la inoculación. En primer lugar, se fue aceptando el concepto ilustrado de que la transformación de la naturaleza, por medio del hombre, podría mejorar su modo de vida. Por lo anterior, se fue abandonando el concepto de que Dios controlaba todos aspectos de la naturaleza y de la enfermedad (Frías Núñez, 1992: 49-50). Y, en segundo lugar, se aceptó la efectividad de la inoculación, gracias a su mostrada efectividad. Esto, fortaleció el concepto de prevención (Quevedo V. et al., 2008: 3-6; Silva, 1992: 68-73).

Paralelamente, para el pueblo neogranadino, la epidemia de la viruela tuvo una determinación socioeconómica: los alimentos escasearon, la pobreza fue aumentando y la atención médica era un recurso de difícil obtención, debido a la poca cantidad de galenos que trabajaban en Santafé, en ese entonces. Así pues, la epidemia para la población, en general, significaba también una catástrofe económica y social. Por otro lado, cierta porción de la población, que formó parte de la Revolución de los Comuneros había sido violentamente reprimida y no se encontraba satisfecha con la gestión de la Corona española. Por lo tanto, rechazaba las políticas que esta imponía sobre los pobladores. Así fue como, algunas personas se rehusaban a la realización de la inoculación, a hacer parte de los censos y al aislamiento en degredos. La desigualdad entre clases era pues evidente: las normas de salubridad no se realizaban con la misma rigurosidad a los ricos que a los pobres. Esta desigualdad también hizo que los habitantes naturales y empobrecidos, siguieran buscando la ayuda de las medicinas tradicionales, pues, además, la atención por un médico ilustrado era de difícil acceso. De esta manera, salta a la vista estos actores sociopolíticos no son simplemente sujetos sumisos al poder hegemónico, sino que también toman un papel activo y contrahegemónico a las acciones estatales.

Adicionalmente, los actores sociopolíticos representados en la aristocracia terrateniente y comercial española, en el Rey, el Virrey, los altos funcionarios del Estado y la Iglesia, tenían el poder hegemónico sobre los bienes materiales y simbólicos (Belmartino & Bloch, 1994: 11-12) del campo de la salud, por lo cual lo utilizaron como herramienta de disciplinamiento en pro de sus intereses económicos y políticos (Foucault, 1999 [1976]). La imposición de

este poder se evidencio en este caso particular en varios aspectos. En primer lugar, se culpabilizó (de una manera religiosa y moral) a la Revolución de los Comuneros, a la “plebe desobediente” y “mal gobernada” y, a los hábitos y costumbres populares (sobre todo el consumo de bebidas fermentadas) como causa de la epidemia (Bejarano-Rodríguez, 2023: 144; Mutis, 1983 [1783]; Quevedo V. et al., 2008: 2; Silva, 1992: 45-46 y 50-51). Así, los pobladores que no estaban de acuerdo con las medidas de la corona o con la visión del Estado mercantilista, no serían solo juzgados de manera violenta sino también por medio de enfermedades y epidemias. En segundo lugar, se moralizó el uso de la medicina ilustrada y de las prácticas médicas e higiénicas, de tal manera que la población que “obedecía” a estas prácticas sería considerada como “gentes de bien” y de buen ejemplo de humanidad (Quevedo V. et al., 2008: 3-6; Silva, 1992: 68-73). En tercer lugar, se limitaron las prácticas curativas “supersticiosas” sin base racional (indígena, africano, mestizo, curanderos, charlatanes y viejas) (Quevedo V. et al., 2008: 3).

Dentro de la Salud para el Público, quedó claro cómo los Sujetos de la Salud, bajo la hegemonía de la medicina y de la Higiene Pública ilustrada, tenían una capacidad de ejecución y poder político para asesorar al Estado en cuestiones de políticas, programas y acciones en salud. Bajo este asesoramiento, el Estado impuso diferentes medidas que afectaron directamente la manera como se concebía la Salud del Público y las relaciones sociales entre la población. De esta manera, el Estado tomo medidas divulgativas y policivas mediante la implementación de *Methodo General para curar las viruelas*, las *Instrucciones sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las Viruelas*, formada de orden del superior Gobierno, y el *Plan de arreglo que se deberá observar para la inoculación de la viruela al pueblo*. Estas medidas limitaron las prácticas de las medicinas tradicionales (indígena, africana y mestiza) y difundieron las prácticas de la medicina ilustrada entre la población, para que los mismos pobladores autogestionaran su salud dentro de, lo que podríamos llamar, siguiendo a Ludwik Fleck, un “estilo pensamiento” característico de la Higiene Publica ilustrada (Fleck, 1986: 85-98). Estos documentos facilitarían, entonces, la regulación de la higiene privada y la medicalización de la familia dentro de un discurso de obligación moral, económica y social, y, comenzarían a generar, lo que Henry Sigerist llamaría, una “higiene desde abajo” (Sigerist, 2007: 74-75).

De esta manera, la hegemonía se consolidó no sólo mediante la imposición, sino también, mediante mecanismos de propaganda ideológica, de retórica científica y de formas de persuasión, desde las instancias superiores de la sociedad política y la sociedad civil. Esta hegemonía hacía parte de la agenda del proyecto económico, social y cultural de Occidente que se impuso en el territorio durante la colonia y se prolongó en la República (Quevedo V. et al., 2008: 3 y 5).

Los Sujetos de la Salud estaban presentes en todas las implementaciones políticas que el Estado hiciera en el marco de La Salud para el Público. De esta manera, los degredos se

transformaron en instituciones médicas, con funciones curativas, y bajo la presencia de un Sujeto de la Salud que pudiera llevar a cabo las prácticas ilustradas. Así mismo, el gobierno llevo a cabo refuerzos policivos de los controles sanitarios en todo el territorio, especialmente en los puertos, con la presencia de funcionarios sanitarios (Silva, 1992: 55-56). Por otro lado, Mutis propuso e impulsó que el papel directivo de las campañas de Higiene Pública se diera a los médicos más no a las autoridades.

Las medidas preventivas puestas en marcha significaron un paso adelante en la definición de una política de Higiene Pública ilustrada, pues involucraron el saber técnico de la medicina universitaria con la capacidad práctica de oficios como el de los cirujanos, barberos, parteras y curas (que también inocularon). Así mismo, esta epidemia significó el primer cambio, en el Nuevo Reino, sobre la forma en que el Estado debía afrontar los problemas colectivos de salud. Así, se pasó a una “nosopolítica” reflexionada, la cual concebía las enfermedades no solo como problemas médicos sino también políticos. Esta nosopolítica se puede calificar de ilustrada pues se trataba de un conjunto de decisiones reflexionadas y orientadas al control de enfermedades prioritarias de la población en el territorio sobre el cual se ejercía el poder estatal. La nosopolítica llevaba a un nuevo nivel a la teoría miasmática y consolidaba la Higiene Pública como responsabilidad estatal y a la higiene privada como asunto del individuo (Quevedo V. et al., 2008: 8-9).

El Virrey José Manuel de Ezpeleta y el manejo de los cementerios

La epidemia de 1783 fue un terreno de experimentación y trajo consigo experiencias que servirían de base para la consolidación de una política de Estado en materia de Higiene Pública. La primera medida que se modificó a la luz del conocimiento ilustrado y posterior a la epidemia de 1782, fue el manejo de los degredos basado en la obra *Sobre la preservación de las viruelas*, del cirujano don Francisco Gil, la cual llegó al reino de la Nueva Granada en 1785. Esta obra fue resumida por el ministro de Indias José de Gálvez y, posteriormente, distribuida como parte de una nueva *Instrucción* hacía los párrocos y facultativos. Esta *Instrucción* tenía como fin hacer entender a la población, a través de intelectuales intermediarios (curas y practicantes de medicina), la importancia y beneficio de los degredos hospitalarios. En esta se defendía la concepción de propagación del contagio por medio de los *aires inficionados*, pero, adicionalmente, también se comenzó a aceptar la nueva concepción, impulsada por los facultativos, de que la enfermedad se propagaba por contacto directo con el contagiado. Por lo anterior, el ministro decidió aceptar las dos concepciones, y realizar acciones sanitarias de aislamiento y de localización de los degredos basado en estas. Así pues, los hospitales-degreto deberían estar situados de manera que los vientos no transportaran el contagio a los pueblos vecinos ni haciendas inmediatas y, dentro de estos, los pacientes no podían tener contacto con los cuidadores ni con otros pacientes (Silva, 1992: 56-57).

A pesar de la germinante fuerza hegemónica de la medicina universitaria ilustrada en las colonias, Gálvez era consciente de la resistencia de la población a la separación familiar y espacial que significaba el degredo sanitario y hospitalario. Para contrarrestar esta oposición, el ministro ordenó educar sobre los beneficios de estas medidas al público general, y en especial a los padres de familia. Por esto, solicitó que entre estos se compartiera el texto de Gil. Así mismo, impulsó el cuidado humanizado a los pacientes contagiados por parte de los facultativos y los cuidadores. Desde este momento se comienza a considerar a José de Gálvez como un funcionario del Estado-Salud (Frías Núñez, 1992: 113; Silva, 1992: 56-58).

La segunda medida de sanidad tomada en epidemias posteriores, como la de 1787 en Popayán, fue la quema de grandes hogueras y candeladas al aire libre en diferentes sitios de la ciudad para “limpiar” la atmósfera de su carácter contagioso. Esta medida fue sugerida por Mutis y también sería utilizada posteriormente en la epidemia de 1802. Las epidemias posteriores que ocurrirían en el ámbito local fueron manejadas por la autoridad local, ejerciendo su poder administrativo, pero siempre informando y estando a la merced del aparato estatal jerarquizado (Quevedo V. et al., 2008: 9).

Sin embargo, el problema más grande que se identificó en la epidemia de 1782, fue el manejo de los cadáveres. Según aseguran testimonios, el depósito de cadáveres en las iglesias, que se presentó en el clímax de la epidemia de 1782, fue la verdadera catástrofe urbana. La aglomeración de cadáveres era tal, que se llenaban los áticos y los sótanos de las iglesias; y los trabajadores tenían que acomodar los cadáveres día y noche. Médicos ilustrados como Antonio Froes, llegado a Santafé en 1778, inspirados en la obra de Tissot, argumentaban que las iglesias generaban una combinación dañina de tres elementos que *inficcionaban* la atmósfera y generaba las fiebres pútridas y las epidemias. Estos elementos eran: la humedad del edificio, debida su escasa ventilación y a que la mayor parte del día los templos estaban cerrados; la exhalación de los cadáveres en descomposición; y la transpiración de los fieles. Por lo cual Froes propone enterrar a los óbitos en cementerios a las afueras de los poblados (Bejarano-Rodríguez, 2023: 149; Silva, 1992: 49-50). Teniendo esto en cuenta, en 1787, Mutis, propuso que los cementerios podrían ser posibles fuentes de contaminación de la atmósfera si no cumplían medidas higiénicas rigurosas en su construcción y mantenimiento (Quevedo V., 1994: 101-102).

Así pues, la tercera medida consistió en la modificación de los cementerios bajo el virreinato de José Ezpeleta. La llegada de este virrey al Nuevo Reino de Granada, en 1789, significó cambios importantes para el manejo de la higiene pública colonial, principalmente en torno a la construcción de cementerios extramuros en las ciudades y villas. Ezpeleta gozaba con la aprobación del Rey Carlos IV, desde que este, en sus afirmaciones plasmadas en la Real Cédula del 27 de marzo de 1789, lo felicitaba ya que, como Gobernador y Capitán General de Cuba, había afirmado que el entierro de cadáveres en las iglesias generaba “unos ayres corrompidos e impuros a causa de su temperamento cálido y húmedo [...]” lo cual

engendraba, las diferentes epidemias encontradas en la ciudad de La Habana. Estos factores propiciaron el hacinamiento de cadáveres en las iglesias, por lo cual Ezpeleta buscó y logró la aprobación del Obispo y sus respectivas órdenes para la creación de cementerios. Tras su éxito, el Rey Carlos IV, mediante la Real Cédula de 1789, solicitó a Ezpeleta, que se analizase el por qué, el cómo, el dónde y a qué costo deberían construirse los cementerios, para corregir así las falencias de la anterior Real Cédula de Carlos III, expedida en 1787 (Bernal Botero, 2017: 18-19).

La ejecución de estas órdenes reales, se realizó mediante “intelectuales intermediarios” (funcionarios, curas, militares y civiles letrados) que se dedicaron a interpretar, adaptar, transmitir y hacerlas cumplir, teniendo en cuenta los nuevos conceptos de la ilustración. A pesar de que la sobrepoblación de cadáveres era un problema antiguo, fue durante la ilustración que este se re-entendió y se re-interpretó. De igual manera, es necesario tener en cuenta que las consecuencias de la sobrepoblación de cadáveres, como el mal olor y la proliferación de plagas, eran tan comunes tanto en España como en sus colonias. Y, por lo tanto, la instauración de las medidas sanitarias y de control de los cementerios no fue impulsada únicamente por Ezpeleta y la real Cédula de Carlos IV sino por la sumatoria de casos particulares (Bernal Botero, 2017: 19-20).

De esta manera Ezpeleta, comenzó a consultar y reunir “argumentos ilustrados” que soportaran la puesta en rigor de la nueva normativa sobre el tema de los cementerios extramurales en el Nuevo Reino de Granada. De esta manera, los médicos que moraban en Santafé, postularon sus visiones: Sebastián López Ruiz (médico y naturalista), Antonio Joaquín Froes (médico y visitador de Boticas), Honorato Vila (cirujano del Convento Hospital San Juan de Dios) y Santhiago Vidal (funcionario del Virreinato). Algunos, como Froes, Vila y Vidal, presentaron sus argumentos a favor, señalando que los cementerios debían encontrarse distantes a la población y al occidente por las corrientes de aire que bajaban de los cerros orientales, elevados y secos, retirados de manantiales para evitar el contagio, y que fueran espaciosos. Adicionalmente, Froes y Vila y Vidal insistían en la importancia de enterrar a los muertos, cubriéndolos con cal viva, para evitar las emanaciones pútridas y las epidemias causadas por estas. En el lado opuesto, se colocó López Ruiz, quien señalaba que los habitantes no iban a aceptar estas medidas por la creencia de que si no eran sepultados en una iglesia serían ultrajados y despreciados. Tomando estas recomendaciones el fiscal de la Real Audiencia de Santafé, José Antonio de Berrío, presentó un informe que concluía que la exhumación de los cadáveres en las iglesias fuera prohibido a excepción a quienes morían en “olor a santidad” (como se ordenaba desde las 7 partidas de Alfonso X), y recalcó que el Arzobispo de la ciudad ordenase que las iglesias y conventos tuvieran que contar con cementerios bendecidos, situados fuera de los sitios poblados (Bernal Botero, 2017: 21-22).

A pesar de la necesidad del proyecto del cementerio, este tuvo muchos obstáculos burocráticos, por lo cual, no fue sino hasta 1793, que se realizó su construcción en la presencia del arzobispo de Santafé, Don Baltasar Jaime Martínez Compañón, quien bendijo el lugar, inaugurándose, así, el primer cementerio extramuros de la capital. Este fue dedicado a recibir a los cadáveres de los pobres de solemnidad, que morían en el Hospital San Juan de Dios. Este cementerio es el que hoy conocemos como el Cementerio Central (Bernal Botero, 2017: 27-29).

Posteriormente, en 1798, Mutis terció en la discusión y escribió unas recomendaciones para el establecimiento y mantenimiento de los cementerios. En ellos destacaba que un cementerio debería tener una gran extensión para subdividir y rotar las sepulturas, mantenerlo al aire libre y al baño del sol; así mismo, explicaba que las fosas deberían tener una profundidad de seis pies y que posteriormente deberían ser bien pisadas para evitar que entraran las aguas donde estaba el cadáver. De igual manera, debería evitar la entrada de animales al cementerio, realizar hogueras y candeladas dentro y cerca al cementerio, cuando se comenzara a percibir pestilencia en la atmósfera, construir desagües para drenar las aguas y, en lo posible, un acueducto subterráneo que drenara en un lugar sin comunicación al río; aplicar cal en las sepulturas y sembrar árboles dentro del cementerio, de tan manera de que no generan sombra pero que purificaran el aire dentro del cementerio (Mutis, 1983 [1798]: 255-263; Quevedo V., 1994: 103-104).

Paralelamente al proyecto del cementerio, en 1792, Mutis describió, por una parte, como los platanales eran una fuente de aire pestilente y “envenenado”, gracias a la naturaleza húmeda de su tierra, donde no penetraban los rayos de sol y no había corrientes de viento. Adicionalmente estos terrenos eran depósitos de cadáveres de animales, basuras e inmundicias de las casas, escarbadas por las aves que revolvían la masa pestilencial. Igualmente, Mutis declaraba que los animales transpiraban y despedían vapores y hálitos corrompidos y, además, disminuían la vitalidad de la atmósfera con su respiración. Por otra parte, en 1801, expuso que muchas de las enfermedades endémicas del país, las cuales impedían su progreso, se debían a la mala ubicación de las ciudades (cerca a pantanos o aguas estancadas), la cual habían “dimanado dos plagas... las escrófulas, llamadas vulgarmente cotos, y las bubas, llagas y demás vicios que acompañan al primitivo mal gálico, ciertamente original del propio clima” (Quevedo V., 1994: 101-102).

Durante este periodo, también se hizo aún más evidente la grave situación sanitaria del Nuevo Reino de Granada, la cual fue plasmada, en la década de 1790, en múltiples informes enviados a la Metrópoli por medio de testimonios de profesionales sanitarios, como José Antonio Burdallo, Juan de Arias, Honorato Vila, José Sebastián López Ruiz y José Celestino Mutis. En estos informes, Mutis, recalcó que el territorio era opulento y podría tener un elevado grado de adelanto, sin embargo, las enfermedades endémicas causaban su lento avance. Hasta el momento, los médicos presentes en el virreinato habían mantenido un nivel

suficiente de atención para las “personas principales” (virreyes, arzobispos, miembros de tribunales y cabildos), pero se hacía evidente la necesidad de amparar a los más necesitados para lograr el avance del territorio (Frías Núñez, 1992: 114-118).

El virreinato carecía de instituciones para la enseñanza médica que impulsaran los adelantos de las ciencias ilustradas. El único acercamiento se llevaba a cabo por medio de unas cátedras de carácter interino que se habían creado en las Universidades Javeriana y Tomística, que únicamente podían dar el grado por medio del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, sin embargo, la poca dotación de la cátedra y la ausencia de estudiantes interesados había generado la “indiferencia y total deserción” de los “profesores” que las habían servido. Caso contrario a lo que sucedía en “reinos afortunados” como el del Perú y el de la Nueva España (México). Dentro de este contexto y en sintonía con las reformas educativas de Carlos III, algunos galenos que moraban en el Nuevo Reino de Granada, exigían a la Corona una solución a la escasez de médicos y de educación médica y, un control eficiente sobre el ejercicio profesional en el virreinato, ya que la salud de la plebe estaba a manos de “curanderos, charlatanes y viejas” (Frías Núñez, 1992: 117-119; Quevedo V. & Zaldúa T., 1986).

Estos actores sociopolíticos de la salud generaron variadas propuestas para subsanar el déficit de médicos en el virreinato. Por un lado, cirujanos y médicos como Burdallo, Vila y López Ruiz, respectivamente, insistían en el traslado de facultativos desde España para la instauración de una cátedra de medicina y, en particular, López Ruiz insistía en que hubiera un control documental más riguroso sobre los sujetos que ya estaban practicando la medicina en el territorio, algunos sin título de médico (refiriéndose a Mutis). Sin embargo, Mutis fue el que presentó una propuesta más robusta sobre el tema. En primer lugar, para Mutis el traslado de facultativos desde España significaría un gasto innecesario para las capacidades económicas del Nuevo Reino, por lo cual proponía la creación de una facultad pública de medicina para así formar, tanto médicos como cirujanos criollos y promover la enseñanza en poblaciones pequeñas. Según su plan era necesario fijar un establecimiento permanente de ocho cátedras (matemáticas, física, anatomía, medicina-teórica, medicina-práctica, doctrina hipocrática, medicina-clínica y botánica). Estas cátedras serían dictadas por los profesionales disponibles en el Nuevo Reino, incluidos: Fernando Vergara, Honorato Vila, Vicente Gil de Tejada, Miguel de Isla, Francisco Zea e incluso, Sebastián López Ruiz (Frías Núñez, 1992: 119-125).

Por último, durante este periodo, en 1796 en Inglaterra, el médico Edward Jenner, descubrió la primera vacuna contra la viruela. Este galeno descubrió que las ordeñadoras de vacas que se contagiaban con la viruela de las vacas (cow-pox), enfermedad mucho más leve que la humana, generaban inmunidad cruzada contra la viruela humana. Por lo cual, Jenner decidió inocular (vacunar) a sujetos sanos con la enfermedad vacuna mostrando resultados positivos en la profilaxis de la viruela humana, a menores costos y riesgos. Sin embargo, no fue sino

hasta 1803, que el rey Carlos IV de España trajo la vacuna a América central y del sur y a Filipinas mediante la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Importante tener en cuenta que el paradigma hegemónico en este periodo seguía siendo el miasmático (Quevedo V., 1994: 98).

Análisis de los subcampos en salud

En el período transcurrido entre la epidemia de 1782 y la que ocurrirá en 1801, se puede identificar la gran influencia que una crisis social y sanitaria puede traer en materia de cambios estructurales de las instituciones y de las políticas públicas. Dentro de este lapso se evidencio como Los Sujetos de la Salud fueron agentes sociopolíticos esenciales para la realización de cambios dentro del subcampo de la Salud para el Público, consolidando, de esta manera, a la Higiene Pública como asunto del Estado. Dentro de este empalme entre los Sujetos de la Salud y el Estado, encontramos el ministro de Indias, José de Gálvez, quien funcionó como agente sociopolítico tanto en el terreno de la salud como en el del Estado (Frías Núñez, 1992: 113; Silva, 1992: 56-58). Este, tomaba directamente las recomendaciones de los profesionales y las ponía en marcha mediante medidas públicas, como la publicación de las nuevas *instrucciones* y la consolidación de los hospitales degreto. Así mismo, ejerció la hegemonía de la Higiene Pública ilustrada y del Estado de una manera diferente a la que se había puesto en marcha en la epidemia de 1782. En vez de culpabilizar a la población de su enfermedad o proponer medidas policivas para el cumplimiento de las acciones de Higiene, este ministro tomó la ruta de la divulgación, de la medicalización de la familia y de la educación de la población y el cuidado humanizado de los pacientes. Así reforzando la “higiene desde abajo” (Sigerist, 2007: 74-75).

De modo similar, el virrey José Espeleta se apoyó ampliamente en los profesionales de la salud y en los intelectuales intermediarios, para solicitar recomendaciones y poder poner en marcha las políticas de Salud para el Público, esto principalmente en el desarrollo de la construcción de los cementerios extramurales. Sin embargo, esta implementación estuvo cruzada por luchas en torno el material simbólico entre los Sujetos de la Salud, la iglesia y el Estado, las cuales pudieron ser subsanadas, entre los diferentes actores sociopolíticos, por mediación y el compromiso del virrey.

Por su parte, durante este intervalo, Los Sujetos de la Salud exigieron al Estado soluciones para mejorar la situación de las profesiones de la salud, posicionándose como sujetos activos en sus propios procesos de organización y proponiendo planes de reforma de la enseñanza médica. Estas propuestas, evidentemente, también atravesaron por conflictos entre los mismos sujetos, esto debido a diferencias en las concepciones en torno a las soluciones posibles y en la ejecución y planeación de dichas reformas.

Dentro de la Salud del Público los conceptos de la salud no sufrieron cambios drásticos, ya que seguía vigente el paradigma miasmático, pero pensado desde la filosofía empirista y reconstruida desde el eclecticismo boerhaaviano, adoptado por Mutis y sus discípulos, como Miguel de Isla, otros colegas que fueron llegando durante este período como Honorato Vila, Antonio Froes y Sanhtiago Vidal. Adicionalmente, y en este marco, el concepto de que el contagio ocurría también de persona a persona comenzó a ser, progresivamente, aceptado por los facultativos. Por otro lado, a pesar de que aún lejano al Nuevo Reino de Granada, estaba ocurriendo el descubrimiento de que el pus de la viruela vacuna podría producir inmunidad cruzada con la viruela humana, lo que significaría el cambio hacia una nueva concepción de la prevención de esta enfermedad.

Virrey Pedro Mendinueta y el manejo de la epidemia de viruela de 1801-1802

A mediados de 1801 el virrey Pedro Mendinueta y el cabildo de Santafé recibieron información sobre la epidemia de viruela que hacía presencia en Ibagué procedente desde Popayán. Por lo tanto, el Virrey ordenó al cabildo secular de Santafé, el cual se encargaba de la evaluación y medidas sanitarias, de construir un hospital a las afueras de la ciudad con lo necesario para la asistencia y curación de las primeras personas que fueran encontradas con la enfermedad en la ciudad. Este hospital de degredo de virulentos se ubicaría en Chapinero, a escasos kilómetros del norte de Santafé ya que era un lugar cómodo y cercano para el traslado de los enfermos y la asistencia del médico. Así mismo, ordenó a los alcaldes ordinarios o comisarios de barrio de recoger las denuncias de la localización de posibles contagiados, que posterior a una evaluación médica serían trasladados al hospital. El virrey hizo especial hincapié en que quien ocultase o no denunciase a algún enfermo se le pondría una multa de 200 pesos, fondos que irían al mantenimiento del hospital. Y, si la persona no tenía los recursos suficientes, debía prestar un año de servicio en obras públicas, aseo y limpieza de las calles, cárceles, hospitales y hospicios (Frías Núñez, 1992: 129-131; Silva, 1992: 61-62).

Por otro lado, el Virrey ordenó establecer degredos en los caminos de Ibagué a Santafé, y prohibir el paso a personas con reconocidas señales de viruela. Adicionalmente, se dieron órdenes para evitar el tránsito de los contagiados por medio de un cordón sanitario dispuesto mediante guardias en las bocas de los montes. Estas medidas se basaron en el conocimiento de un profesor de medicina ilustrado (Bejarano-Rodríguez, 2023: 150; Frías Núñez, 1992: 129-130; Silva, 1992: 61-62). Así mismo, el virrey propuso diferentes medidas para evitar la propagación del contagio: en primer lugar, propuso que la preparación del degredo hospital se realizara siguiendo las enseñanzas del doctor Francisco Gil, cuyo libro ya había llegado a la capital. En segundo lugar, exigió la presencia de un médico y el uso del tratado impreso mencionado, para organizar una política de enfrentamiento de la enfermedad apoyado en una nueva estructura del saber (una medicina ilustrada). En tercer lugar, solicitó la presencia de funcionarios de la salud con títulos reconocidos y autenticados para diferenciarlos de aquellos

que se ocupaban de la salud del alma. En cuarto lugar, propuso medidas preventivas como invitar a denunciar de primera mano a todo virulento que se encontrara en la ciudad, haciendo gala de una extraordinaria habilidad en las comunicaciones (periódicos y gacetas) (Silva, 1992: 56-57 y 62-63). En quinto lugar, propuso la creación de la primera Junta de Sanidad en Santafé, la cual se encargaría de poner en marcha los degredos sanitarios y cortar la propagación del contagio. En sexto lugar, propuso la creación de pequeños hospitales en cada uno de los barrios de la ciudad (Silva, 1992: 56-57 y 62-63).

Finalmente, la principal propuesta sanitaria que se realizó dentro de esta epidemia fue la creación de una estructura hospitalaria que consistiría en la adecuación de cuatro edificios como hospitales de grado: el Convento de las Aguas, la Casa de la Orden Tercera, la Huerta de Jaime y la Casa de la Botica. En dichos edificios, el rol del saber, la ubicación y sus necesidades, debía ser liderado por un médico. Sin embargo, estas disposiciones no pasaron de su formulación. Por parte de la Junta de Sanidad, esta solo se instauró hasta 1804, ya que previamente se rechazó, y se pasó el control a través de comisarios de barrio (ya establecidos desde la reforma urbana 1770-1780) (Silva, 1992: 65).

A pesar de la necesidad de la ejecución de las medidas de Higiene Pública, existía un claro descontento entre el cabildo y el virrey. Este descontento tenía varias causas, en primer lugar, el cabildo, perteneciente a la elite criolla, estaba buscando sus intereses propios, pero sin poner en duda el poder colonial (Quevedo V. et al., 2008: 62; Silva, 1992: 56-57). En segundo lugar, los ediles afirmaban que la llegada del contagio a Santafé ya era un hecho, sin embargo, para el virrey este aún se podía evitar mediante el cordón sanitario y los degredos. En tercer lugar, el cabildo sufría de falta de recursos por lo cual proponía recaudar rentas de la iglesia o de los cuerpos de la ciudad (militares, funcionarios, clérigos, órdenes religiosas y comerciantes). Pero, por el contrario, el virrey proponía que el fondo inicial debería ser la renta de propios. Por último, para el cabildo la realización de los hospitales barriales propuestos por el virrey era de difícil ejecución y generó aún más descontentos entre los dos poderes (Silva, 1992: 64-65). Superando estas dificultades, se llevaron a cabo las órdenes del virrey y se siguieron realizando cordones sanitarios dejando entrar a los ciudadanos sanos para abastecimiento y asuntos propios, a sabiendas que en 1782 el encierro de la ciudad ocasionó acaparamiento, especulación y hambruna generalizada (Silva, 1992: 64-65).

Aunque los dirigentes de los pueblos y ciudades contaban con los conocimientos ilustrados y de filosofía moderna, la cantidad de médicos y de médicos prácticos escaseaba notablemente. Por esto, el conocimiento especializado y el diagnóstico oportuno y correcto de la enfermedad era aún un gran reto, perpetuando así, la cultura de medidas policivas e impidiendo el cambio hacia controles de Higiene Pública ilustrada. Incluso académicos como José Celestino Mutis en Santafé, teniendo amplios conocimientos médicos ilustrados, tenían dificultad para aplicar de forma práctica y efectiva estos conocimientos, recién llegados de Europa, a un contexto sociocultural y con recursos limitados como la Nueva Granada (Silva,

1992: 69-70). Por lo anterior, la inoculación seguía siendo de difícil implementación y se aplicaba como última alternativa en pacientes que sufrían ya la enfermedad más avanzada. Así, la inoculación continuaba rezagada y las medidas policivas aumentaban. Por esta razón, la norma general continuaba siendo la aplicación de los cordones sanitarios y las separaciones de pacientes infectados, sin importar su condición social. Sin embargo, esta medida había comenzado a llegar a sus límites debido a la falta de asilos disponibles y a la ya limitada capacidad del hospital San Juan de Dios (Silva, 1992: 73-75).

A pesar de todas estas medidas propuestas por el virrey, a mediados de 1802 aparecieron dos casos de viruela en Santafé, los cuales fueron recluidos en el Hospital San Juan de Dios y evaluados, por orden virreinal, por los doctores Honorato de Vila y Miguel de Isla. Con las nuevas noticias de contagio, el cabildo creó una comisión liderada por el doctor Vila y los alcaldes de barrio, la cual tenía autorización de registrar las casas donde se tuviera noticia o se presumiera que hubiera virulentos. Esta comisión encontró seis casos adicionales, pero se sabía que había más, debido a que la gente los ocultaba por miedo al traslado al hospital de degredo. Al atender estos ocho casos, los miembros de la comisión se dieron cuenta de qué existían grietas en la ejecución de la política virreinal ya predefinida desde el año anterior. Por otro lado, Mendinueta encomendó a los ediles ejecutar las políticas de separación fuera de la ciudad, a pesar de la negativa de los facultativos. Y si no había posibilidad de traslado, estos enfermos podían permanecer en sus casas, pero bajo amenaza de multa, que en esta ocasión aumentaría a 1.000 pesos, y castigo en caso de desobedecer las medidas. Sin embargo, a las personas pudientes se les permitía permanecer en sus casas en compañía de sus criados (Frías Núñez, 1992: 132-134; Silva, 1992: 77).

Adicionalmente, el virrey ordenó medidas cuasi-policiales para el control directo de la ciudad. Estas consistían en la movilización de alcaldes, comisionados, regidores y médicos a los barrios para realizar la búsqueda activa de contagiados. Esta búsqueda tenía como fin encontrar donde se hallaban los enfermos, el número de afectados y a qué “grupo” pertenecían. Para el manejo tras encontrados los casos de viruela, Miguel de Rivas y José Antonio de Ugarte conformaron unas *instrucciones* (15 de junio de 1802) donde se ilustraban las disposiciones que se debían seguir para el traslado y manejo de los enfermos. En primer lugar, se indicaba que en las casas pobres y tiendas era indispensable asegurarse si había enfermos; pero, en las casas “de distinción” bastaba con preguntar al dueño si había algún enfermo. Posteriormente, si se reconocía algún virulento entre los pobres debía ser recogido y llevado al hospital en camas portátiles, no sin antes cerciorarse del estado de la enfermedad. En segundo lugar, era centrar evaluar el estado de la enfermedad, si el paciente presentaba *accidentes* o si estaban *brotando* las viruelas, estos podían ser trasladados con tan de que no estuvieran ya blancas las lesiones. En cambio, si se encontraban en estado de *maduración* y *desección* el traslado sería más peligroso por lo cual no debía realizarse. En tercer lugar, se indicaba que la sepultura de los virulentos debía hacerse en los cementerios de San Juan de Dios o de Las Aguas, y así mismo se proponía crear dos nuevos, uno en el barrio de la Nieves

y otro en el de Santa Bárbara. Otra de las medidas policivas que implementó el virrey fue el fortalecimiento de la seguridad y del control de los migrantes en la ciudad, ya que estos últimos podrían incrementar el número de afectados. De esto se encargaron cuatro comisarios de barrio (Joaquín de Hoyos, Bernardo Gutiérrez, Antonio Zornosa y Andrés Barros) con apoyo de la Audiencia y con el auxilio de los encargados de la Justicia y de la jurisdicción militar (Frías Núñez, 1992: 135-138).

Al descubrir que los degredos fuera de la ciudad no estaban en disposición de alojar a los contagiados, ya que habían caído en el olvido meses después de su disposición, el virrey se enojó por la indiferencia y abandono del cabildo en lo que respectaba a la conservación de la salud del público y los acusó de incumplir los deberes del beneficio público. Por anterior, Mendinueta retiró de toda autoridad al cabildo y dejó únicamente a dos de sus miembros bajo su estricto mando directo, centralizando la política de control de la enfermedad. Así mismo, tomó control de los ingresos que controlaba el Mayordomo de las Rentas de Propios, para poder materializar su política contra la enfermedad (Silva, 1992: 78).

A pesar de esto, los ediles siguieron trabajando por su propia voluntad, continuando con el reconocimiento de los barrios, donde encontraron pacientes en fases avanzadas de la enfermedad. Tras realizar estos reconocimientos indagaron a los médicos sobre la inminencia del contagio, a lo que el doctor Honorato Vila expresó que este era inevitable por su mostrada extensión en los barrios. Adicionalmente, este cirujano reiteró que la causa de estos contagios era el “aire que por un largo tiempo estuvo sofocado y recluso en muchas partes de la ciudad” debido a los meses de lluvia y el cambio de estación, por lo cual consideraba al degredo, en este momento, inofensivo. Por otro lado, el doctor Miguel de Isla expuso, al igual que Vila, que el contagio era general y ya era inevitable por la aglomeración de casos en los barrios de la ciudad. Así, mismo añadió que el contagio viajaba en el aire y se adhería a la ropa y a los muebles, y concluyó que por eso el degredo hospitalario también era inútil. Por último, refirió que el lazareto quedaría desbordado en poco tiempo, por lo cual la solución debería ser la de proporcionar hospitales destinados únicamente al tratamiento de los enfermos de viruela (Frías Núñez, 1992: 138-140; Silva, 1992: 78-79).

Adicionalmente el cabildo, realizó una nueva visita de los barrios durante la cual elaboró una nueva lista de virulentos, su condición económica y el grado de evolución de la enfermedad. Esto, con la intención de dirigirse al rey, pero no sin antes tratar de conciliar de nuevo con el virrey, sin embargo, estos argumentos no fueron suficientes para devolverles el poder y el Virrey continuó con el manejo de la enfermedad a su manera (Silva, 1992: 79).

De esta manera las órdenes del Virrey consistieron en realizar quemas por toda la ciudad con el fin de purificar la atmósfera del contagio; también se realizaron grandes hogueras nocturnas utilizando paja, boñiga y laurel, fórmula de autoría de Mutis y que había sido utilizada en la epidemia de 1787. De este modo, el Virrey publicó un bando explicando todas

estas medidas de emergencia, pero adicionalmente enfatizando en la prohibición de inocular, bajo graves penas, ya que él continuaba creyendo que esto podía extender el contagio. Sin embargo, esta podría ser utilizada únicamente como último recurso en casos graves. Y, pasando por encima de la opinión de la Corte y de Mutis, quienes desde días atrás venían insistiendo a Hernández de Alba (asesor del Virrey) sobre el uso inmediato de la inoculación (Silva, 1992: 80-83).

De otra manera, el bando exponía medidas sobre el manejo de los hospitales y cementerios. Las relacionadas con los cementerios se limitaban a prohibir el entierro en las iglesias, pero dejando en manos de los alcaldes de barrio la determinación de su ubicación. Inicialmente los muertos por viruela en el hospital se enterraban en un solar contiguo al hospital; los muertos en los barrios se enterraban en un sitio dispuesto para ello en las afueras de la ciudad (con la aprobación de la iglesia y bendiciendo el lugar). Este contaba con una cerca y, posteriormente, paredes altas de tapia. Rivas y Ugarte (los dos comisionados del Virrey) exigían este cercamiento para evitar la entrada de perros hambrientos, que podrían desenterrar a los muertos y esparcir la enfermedad. Esta cerca también evitaba que el ganado se posara allí, ya que, posteriormente podría infectar a las personas que comieran su carne. Adicionalmente, “como los vapores mefíticos y las exhalaciones pútridas, los miasmas destructores, eran el resultado de las muchas sepulturas que se encontraban entreabiertas, la solución final no podía venir más que de fosas cavadas con la profundidad necesaria y cerradas con grandes losas, debiendo estar el cementerio cerrado con paredes altas que harían que subieran a las alturas los vapores y fueran menos comunicables a sus habitantes”. Sin embargo, estas medidas tuvieron dificultades para su aplicación, por una parte, por la desigualdad social que siguió permitiendo el entierro de los más poderosos en las iglesias, mientras se prohibía el de los pobres. Y, por otro lado, por las contingencias administrativas, ya que los vecindarios, sobre todo rurales, no contaban con los medios para realizar las disposiciones ordenadas por el gobierno (Silva, 1992: 80-83).

En 1802, entraron en circulación las *Justificaciones y Precauciones*, por el alcalde ordinario José Miguel de Rivas y por el mayor provisional José Antonio de Ugarte. Las *Justificaciones* contenían las labores que debían hacer los comisarios de barrio (informar al cabildo sobre nuevos casos de viruela y si se encontraba un caso llevarlo al hospital; hacer una lista de los fallecidos por viruela y clasificarlos por nombre sexo edad y clase; y cuidar el aseo y limpieza del barrio o cuadra que se encontraba bajo su responsabilidad). Las *Precauciones* se realizaron con el objetivo de aminorar los estragos de la epidemia. El primer punto consistía en la expulsión de los forasteros (preservar víveres para los habitantes de Santafé), el segundo vigilar los pesos y medidas (evitar alteraciones en los precios) y almacenar comestibles para el consumo de los enfermos. Y, el tercero, la publicación de una guía práctica de inoculación (Bejarano-Rodríguez, 2023: 153).

La publicación de los bandos, las advertencias oficiales, los llamados a las autoridades locales, y de éstas a las centrales, se realizaban en un tono más técnico y en medios de comunicación que no existían antes de la epidemia de 1782, como lo fue el periódico. El periódico permitió que las orientaciones terapéuticas y preventivas llegaran a más personas y a un mayor número de lugares del virreinato. Este medio también advertía sobre otras medidas tomadas como el control de precio del azúcar para evitar especulación y falsificaciones (Quevedo V. et al., 2008: 65).

Junto con todo esto, se crearon tres nuevos hospitales para la curación y asistencia de los enfermos, donde tenían cabida tanto los inoculados como los afectados de las viruelas naturales. El primero se ubicó en el convento de las Aguas; el segundo, en el convento de la Orden Tercera; y, el tercero en los Tejares de don Primo Grot. Dentro de estos se proveía camas, ropa limpia y nueva, medicinas, médico, cirujano, confesores y alimentos. Esto nos demuestra una separación del concepto original de “convento-hospital” y se convirtieron en lugares donde la plebe urbana podía acudir con fines curativos, más no simplemente caritativos, buscando asilo o reclusión para esperar la muerte como lo eran los conventos. Esto significó una nueva forma de curarse y de morir, que la sociedad no había logrado conquistar para sus grupos sociales mayoritarios (Frías Núñez, 1992: 143-144; Silva, 1992: 83-84).

La causa principal de la epidemia presentada en el bando era la corrupción del aire, la cual era ampliamente aceptada por las autoridades, los facultativos y los físicos (intelectuales que habían cursado filosofía moderna). Era la apropiación particular de los nuevos conceptos de la química del oxígeno junto con los viejos conceptos de aire enrarecido, los que le dieron fuerza a las disposiciones de aseo, higiene y salubridad urbana. Estas disposiciones, secundadas por los poderes legales y administrativos virreinales, en conjunto con la élite intelectual, crearían en el futuro nuevos hábitos y medidas sanitarias, sin obviar que esto significó cambios culturales profundos, luchas por su implementación, resistencias de comportamientos que se creían “naturales”. Adicionalmente existía una política de pobres, donde los vagos, los sin trabajo y los encarcelados fueron los que pusieron en marcha las nuevas propuestas de aseo, por medio de trabajos forzados (Silva, 1992: 84-85).

El bando demostró que las medidas de limpieza dependían profundamente de su institucionalización en normas legales. El bando demostró también medidas sobre control de los desplazamientos de poblaciones de indios y mestizos hacia las áreas urbanas, control de precio del azúcar, cebo, vino, aceite y el cacao y asegurando el abastecimiento de las regiones por comerciantes ya curados de la viruela. La Instrucción dada por el bando resaltaba las responsabilidades de los vecinos incluyendo informar los contagiados barrios por barrio, visitar a tiendas y casas de habitación, tomando nota de los contagiados, su clase y facultades para evaluar si necesitaba traslado al hospital. Si existía enfermedad en un domicilio, este debía ser marcado con una cruz visible. Sin embargo, estas visitas diarias, eran desiguales,

ya que, en las clases pudientes, la visita únicamente bastaba con preguntar al dueño si alguien en la casa estaba enfermo (Silva, 1992: 85-87).

La Instrucción también resaltaba órdenes de aseo público y al interior de las casas y el control del hacinamiento de contagiados y no contagiados. Así mismo, reiteraba la prohibición de entierros en las iglesias y la exposición de los cadáveres en los altozanos y parajes públicos. Este movimiento ilustrado hizo parte de un proceso mayor que puede ser denominado proceso de modernidad cultural, el cual se llevó a cabo en este territorio a finales del siglo XVIII y estuvo centrado en la emergencia del individuo. Tal y como lo planteaban los autores de La Instrucción, en la catástrofe epidémica se buscaba luchar contra la muerte: “se trata de la salud y de la vida de cada uno” (Silva, 1992: 87).

El mantenimiento de estas disposiciones de salubridad se había quedado sin fondos económicos, por lo cual, se sugirió recurrir a la contribución voluntaria del cabildo eclesiástico y del arzobispo Fernando Portillo. Sin embargo, este mostró poco interés o adhesión al nuevo ideal de higiene pública y de la valorización de la vida, por lo cual decidió solo brindar una pequeña cantidad mensual y temporal. Posteriormente se prohibió el paso a la capital por el aumento del contagio. La Real Audiencia, que se encontraba al margen del episodio epidémico, reforzó órdenes sobre el artículo IV, relacionado con vagos y forasteros. Adicionalmente, por el aumento de la ola de robos, se estableció el nombramiento de cuatro funcionarios nuevos, acompañados de destacamento militar para realizar rondas nocturnas (Silva, 1992: 88-89).

El 9 de julio de 1802, el oidor Hernández de Alba, quien reemplazó al Virrey, el cual en ese momento se encontraba ausente (pues este se había refugiado de la epidemia en una hacienda en el norte de la sabana de Bogotá), firmó un bando (Dictamen del Superior Gobierno acerca de las reglas bajo las cuales se permite realizar la inoculación de las viruelas), consultando a Mutis. Este documento significó el paso de una política de separación de contagiados, hacia una política de inoculación. En este bando se explicaba que las medidas tomadas no habían surtido efecto. Por esto, se consideraba necesario pasar de un contagio maligno a un contagio adquirido, de forma medicalizada, y controlada por reglas particulares. Dentro de estas reglas, acordadas, se definía que únicamente se podía realizar la inoculación bajo el consejo de médicos admitidos y reconocidos por las autoridades públicas (lo cual debía ser asegurado por los alcaldes ordinarios y por los comisionados de hospitales y barrios), en compañía de dos sangradores. Este procedimiento debía ser remunerado por los pacientes y no se permitía la inoculación de más de dos personas por casa. Si los otros habitantes querían ser inoculados, debían marcharse a otro paraje donde se les realizaría el procedimiento. Del mismo modo, se daría prioridad a los casos más urgentes. La inoculación a domicilio se les realizaba únicamente a aquellos que contaban con medios económicos; en cambio, los pobres debían desplazarse al hospital. Se seguía prohibiendo el entierro de los contagiados en las iglesias, de la misma manera que se seguía resaltando la importancia de la limpieza de las calles,

manejo de las basuras y de los animales muertos (Quevedo V. et al., 2008: 65-66; Silva, 1992: 89-91).

La principal novedad de este bando fue un paso al mundo moderno con el anuncio de la finalización del proceso de inoculación una vez que se encontrara la *vaccina*, y se daría un incentivo de 200 pesos al que encontrara la materia *vaccina*. Estas decisiones de inocular y vacunar se vieron influidas por la llegada, desde España, del Tratado sobre la vacuna (un año antes), el cual fue reimpreso por el oidor Hernández de Alba. Este tratado fue parcialmente escrito por el doctor Pedro Hernández, quien seguía el credo ilustrado, proponiendo el tratado como un bien de la patria y la humanidad. Otra parte importante del texto incluye la divulgación de la técnica de la inoculación para que “todo el mundo pueda inocular” o vacunar. Este tratado explicaba la diferencia entre la inoculación y la vacuna y expresaba que el *vaccino* no degeneraba nunca y también podía ser trasladada de persona a persona, “brazo a brazo”, lo cual serviría de impulso para la futura Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Después de ponerse en marcha la nueva campaña de inoculación del bando, la epidemia comenzó a ceder lentamente hasta extinguirse. Los últimos casos se presentaron a finales de 1802. Pero no cesó la búsqueda por el fluido vacuno. Sin embargo, no fue sino hasta 1804 que llegó la vacuna al Nuevo Reino de Granada con la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna dirigida por Balmis y Salvany (Mutis, 1983 [1796]: 230-241; Quevedo V., 1994: 104; Quevedo V. et al., 2008: 69; Silva, 1992: 92-94).

A pesar del amplio conocimiento de las élites ilustradas, y de la información que llegaba de España de las nuevas técnicas de vacunación, por medio de gacetas, y que los ilustrados locales tomaban como base teórica, con inmensa confianza en el saber ilustrado de la experimentación y de la observación, el paso de la teoría a la práctica era aún un gran reto. Un gran impulsor, no sólo de la inoculación sino de la vacunación, fue José Celestino Mutis y su círculo de intelectuales cercanos, quienes, desde antes de la publicación del bando de Hernández de Alba, estaban investigando y experimentando sobre la vacuna (Mutis, 1983 [1796]: 230-241). Mutis tuvo comunicación con Rafael Flórez, un comerciante fuera de los contextos de la filosofía natural ilustrada, quien había observado aparentes viruelas en los pezones de las vacas en el Valle de Ciénega. Por lo cual Mutis solicitó a Hernández de Alba realizar una Junta de Médicos y posteriormente enviar una comisión que se desplazará a las haciendas de tierra caliente y tierra fría con la misión de encontrar la materia *vaccina*. Esta comisión estuvo compuesta por Vicente Borda (campesino), Rafael Flórez y Francisco Manuel Domínguez (ilustrado práctico). Sin embargo, Mutis sabía de las dificultades de la vacunación, recordando los intentos fallidos de las muestras traídas de España, por lo cual seguía firme con su disposición de generalizar la inoculación (Silva, 1992: 95-97).

La epidemia finalizó en 1803 y, en el marco ilustrado de la aritmética política, el Rey solicitó al Virrey, un balance de la misma. En este balance se habló en primer lugar, de los recursos económicos utilizados, que fueron obtenidos de las iglesias parroquiales y en mayor manera

por los dueños de esclavos o patronos de criados, quienes hacían una gran inversión sobre sus subalternos. Fue este sustento económico el que permitió el éxito de la política sanitaria ilustrada. Se señaló la necesidad de tener un sustento económico para futuros casos. Por otra parte, se resaltó la importancia de los tres hospitales dispuestos para el tratamiento de los contagiados (Convento de las Aguas, el sitio de Belén y la Casa de la Orden Tercera) ubicados estratégicamente para que fuesen de fácil acceso y brindando lo necesario para los cuidados de los contagiados. Estos hospitales tenían la función específica de tratar a virolentos, para así abstenerse a hacinar el San Juan de Dios que seguiría siendo un hospital para pobres de solemnidad y enfermos de las dolencias de siempre. Las estadísticas de esta epidemia fueron incompletas ya que no todos los pobres se inocularon o se curaron en el hospital. Por parte de los fallecidos, se supo que 113 de estos se enterraron en el cementerio conjunto al hospital y que 217 se enterraron, por primera vez, en el campo santo reglamentado, para un total de 330 fallecidos, (en comparación de 3000 muertos en la epidemia de 1782). Parte de este éxito se debió a los conocimientos ilustrados, incluyendo la inoculación, el uso del hospital como lugar de curación e intervención sobre el cuerpo, la utilización de insumos como la jeringa y el paño de manos, y las medidas de la ciudad para el transporte de los enfermos y de los cadáveres. Posterior a la epidemia vino la normalización de la ciudad, durante la cual Mutis se apresuró a publicar una receta de purificación (Mutis, 1983 [1787]) para la desinfección de objetos (Quevedo V. et al., 2008: 67; Silva, 1992: 101-106).

Hubo grandes diferencias entre la higiene pública de 1782 con la de 1802. En primer lugar, en la epidemia de 1802, se priorizó la necesidad de pasar de la inoculación a la vacunación como recurso principal, demostrando que “la lucha por la prevención de la viruela es realmente un ‘signo patognomónico’ para un médico ilustrado” (Ackerknecht, 1976: 145). En segundo lugar, las autoridades virreinales, el alto y bajo clero, las comunidades religiosas, los periódicos y miembros de la elite ilustrada enfrentaron la epidemia de una forma mucho más orgánica que la de 1782. En tercer lugar, se favoreció el correcto manejo del agua, el cual consistió en su constante movimiento, así como su contacto al aire y el sol ya que esto la purificaba y evitaba la creación de pantanos y vapores mortíferos. Esto explica la construcción de zanjias para facilitar la evacuación de la inmundicia y la inauguración del acueducto de San Victorino en 1803 que se sumó al de agua vieja y al de agua nueva. A pesar de todos estos avances en la Higiene Pública ilustrada, esta epidemia siguió cumpliendo una función de laboratorio y dejó lecciones y errores como enseñanza (Bejarano-Rodríguez, 2023: 148; Quevedo V. et al., 2008: 66 y 69).

Análisis de los subcampos en salud

Para la realización de los planes propuestos por el virrey Mendinueta, al inicio de esta segunda epidemia en Santafé, se presentaron varios obstáculos en relación con la interacción de los diferentes actores sociopolíticos y con la misma situación social y económica del

Nuevo Reino de Granada. El primer obstáculo ocurrió entre el cabildo y el virrey Mendingueta. Este conflicto fue, por un lado, epistemológico y por otro, político, lo cual demuestra claramente una lucha por el poder material y simbólico en el campo de la salud en el Nuevo Reino. Por una parte, los integrantes del cabildo eran criollos, por lo cual, estaban luchando por obtener una posición más importante dentro del Reino y de demostrar sus capacidades ejecutivas. Por otra parte, estaba el virrey, quien contaba con todo el poder administrativo y económico. El segundo obstáculo, estuvo relacionado con la relación entre los Sujetos de la Salud y el virrey, ya que este último no estaba teniendo en cuenta sus recomendaciones ilustradas sobre la inutilidad de los degredos y la importancia y efectividad del posible uso de la inoculación del pus de los varioloso como medida preventiva y curativa. En tercer lugar, el virrey, contrario a lo propuesto por el ministro de Indias, reforzó las medidas policivas hacia la población e inició un control más estricto de ella. En cuarto lugar, los médicos seguían siendo escasos y los recursos económicos de la Nueva Granada no eran los suficientes para poner en marcha acciones de Higiene Pública ilustrada (Silva, 1992: 56-57 y 62-63).

Sin embargo, el virrey Mendingueta propuso un planteamiento importante sobre el manejo de la Salud del Público que consistió, por un lado, en el planeamiento de construcción y organización de los diferentes hospitales y, por otro lado, la proyección de la primera Junta de Sanidad de Santafé. Así mismo, el manejo de los cementerios tenía ahora una estructura mucho más orgánica y clara que en la epidemia de 1782. Se utilizó la aritmética política como base principal del control cuantitativo de la epidemia y se realizó un manejo más estricto de la epidemia, por medio de los alcaldes, comisionados, regidores y médicos. Así mismo, el bando emitido por el virrey incluía el control de precios de productos básicos para que, de esta manera, no ocurriera una crisis económica como la que ocurrió en 1782, el control de los cementerios, esta vez si se realizó con todas las medidas dispuestas por los Sujetos de la Salud y se pusieron en marcha medidas para el manejo del ambiente, apoyadas en la Teoría Miasmática.

Dentro del subcampo de la Salud del Público, los actores sociopolíticos se comenzaron a apropiar, en el ámbito de las medidas sanitarias, de los nuevos conceptos de la química del oxígeno junto con los viejos conceptos de aire enrarecido. Adicionalmente la política de pobres intensificó la idea mercantilista de la producción y del manejo de los desempleados, razón por la cual, los que no cumplieran las medidas de salubridad o estuvieran cumpliendo alguna condena, tenían que realizar trabajos forzados en torno al control ambiental y la limpieza de la ciudad.

La población de las clases bajas tuvo, durante epidemia, un rol más activo dentro del control de la higiene privada y Pública, por un lado, por la creciente conciencia sobre la concepción de limpieza y, en segundo lugar, por las medidas policivas puestas en marcha. Por otro lado, durante esta epidemia las fuerzas hegemónicas utilizaron a los medios de comunicación,

como los periódicos y las gacetas, para la divulgación masiva de la información. De esta manera sería más fácil que el conocimiento ilustrado llegase a los habitantes de la ciudad.

Con la forma interina de llegada del oidor Hernández de Alba al poder de mando sobre la ciudad, debido a la salida momentánea del virrey hacia las afueras, para evitar el contagio, se aprobó al fin la aplicación generalizada de la inoculación, como lo venía proponiendo Mutis desde los primeros brotes de la epidemia. En este momento, esta práctica fue mucho más aceptada por la población general por la evidencia de su efectividad. La organización de la Salud Para el Publico, dentro del contexto de la inoculación, ocurrió por la organización de las instituciones hospitalarias. Para ese momento, ya se hablaba de la creación de la vacuna como una opción más óptima para el manejo de las epidemias de viruela, por lo cual se impulsó la búsqueda de la materia *Vaccina* para su implementación.

No hay que dejar atrás el papel que la iglesia desempeñó en todos estos cambios de la política sanitaria ilustrada en el Nuevo Reino de Granada. Se sabe que la administración de los antiguos hospitales era responsabilidad de las iglesias y que muchos religiosos contaban con la doble condición de religiosos y prácticos-médicos, por lo cual aceptaron, sin problemas, la práctica de la inoculación, la ventilación y limpieza de las iglesias y las medidas de los entierros extramurales. Sin embargo, dejaban claro su papel fundamental en materia de la vida y la muerte, en su sentido más existencial y profundo. Por lo mismo, las oraciones y rogativas públicas se seguían solicitando por parte de los religiosos, pero siempre con permiso de las autoridades civiles, como lo recalca el Fraile Portillo (Silva, 1992: 98-101).

Conclusiones

A partir de la revisión, organización y de la articulación de las diferentes obras estudiadas, se puede concluir, en primer lugar, que el concepto de higiene es un concepto cambiante y que depende de los contextos político-económicos, históricos y socioculturales. En la antigua Grecia únicamente existía un tipo de higiene: la higiene privada. Esta higiene, que fue característica de la medicina hipocrático-galénico-arábica, fue hegemónica en Europa entre los siglos V a.C. y XIV d.C., y era entendida como un conjunto de acciones de limpieza personal, dieta y comportamiento que cada persona debería poner permanente en marcha para garantizar el equilibrio de sus humores corporales y neutralizar la acción de las causas externas (los aires, los lugares y las aguas) que podrían contribuir a desequilibrarlo, causándole las enfermedades (Hipócrates, 1976 [Siglo VI, A. C.]; Quevedo V. et al., 2004: 36; Sigerist, 1981 [1956]: 24-25, 35-36).

Sin embargo, posterior a los estragos que ocasionó en Europa la pandemia conocida como La Muerte Negra, se hizo necesario el nacimiento de una nueva higiene: la Higiene Pública. En un principio, dicho concepto se refería, a aquellas medidas que, según los médicos y las autoridades gubernamentales de la época (siglos XIV a XVI), deberían ponerse en marcha

en las ciudades, en el caso de la aparición de un brote epidémico, con el fin de evitar su propagación en la población. Posteriormente, la higiene pública, desde el siglo XVII hasta inicios del XVIII, se comenzó a entender cómo el conjunto de las prácticas de limpieza y control ambiental que garantizaban el mantenimiento de la salud del público y evitaban la expansión de las epidemias, mediante la profilaxis de las enfermedades agudas. Durante el siglo XVIII este concepto fue cruzado por los procesos económico-políticos del mercantilismo y el absolutismo y se comenzó a considerar una disciplina. Desde ese momento, la Higiene Pública Ilustrada incluiría los cuerpos de saber elaborados por los higienistas para comprender la *Santé Publique* y los cuerpos de normas y prácticas que debían ponerse en marcha para garantizar la *Salubrité Publique* (Quevedo V. et al., 2004: 21-23).

Durante el siglo XVIII ocurrieron procesos económicos, políticos, filosóficos y científicos que transformaron el rumbo de los Estados Europeos, de la Medicina y de la Higiene Pública. El mercantilismo se posicionó como un régimen de acumulación de capital que incentivaba el comercio mediante la navegación, la colonización y la explotación y comercialización de metales preciosos. El régimen político que era consecuente con esta práctica económica era el Estado absolutista, lo cual conllevó al aumento de la economía monetaria y al fortalecimiento de los Estados nacionales. Dentro de estos regímenes se buscaba fortalecer el poder y la riqueza del reino, expandiendo sus posesiones nacionales en Europa y en el Nuevo Mundo, mediante armas y navíos poderosos, una administración centralizada, una población numerosa y sana y la prosperidad material. Así fue, como se dio un gran poder político al Estado para controlar la vida social y económica y, de este modo, se hizo más usual el término "economía política" para designar el arte gracias al cual un pueblo podía hacerse rico y poderoso con el crecimiento nacional (Ferguson, 2001 [1948]: 45).

Por otro lado, los desarrollos científicos y filosóficos de la ilustración fueron utilizados como herramientas para el crecimiento mercantilista de los Estados. De esta manera los recursos naturales se concebían como riqueza y los Estados comenzaron a invertir en investigación científica. Así, la ciencia y la medicina ilustradas fueron utilizados como herramienta en pro del crecimiento estatal, de la explotación minera, de la construcción de navíos y de armas para la guerra, de la salubridad en las tripulaciones de los navíos y del control de la población. Así pues, los cambios económicos y políticos del mercantilismo y el absolutismo presentes en el siglo XVIII, posicionaron a la Higiene Pública Ilustrada como un mecanismo de poder del Estado y como eje central del control poblacional.

Este proceso económico y político en España se denominó “Despotismo Ilustrado”, y tenía como lema “un gobierno en favor del pueblo, pero sin el pueblo” (Rodríguez Lapuente, 1974: 256-358). Sin embargo, la consolidación de este régimen no llegaría a su máxima expresión sino hasta la llegada de Carlos III al poder, cuando se consolidarían las reformas borbónicas. Dentro de estas, las reformas sanitarias y educativas tendrían como fin aumentar la población activa y consolidar una clase dirigente instruida e ilustrada (Quevedo V. et al., 2023: 95).

Todas estas influencias políticas, estatales y sanitarias llegarían Nuevo Reino de Granada por medio de los virreyes y la población ilustrada. Las acciones de Higiene pública puestas en marcha, durante las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1801-1802, demostraron la implementación (y los retos de la implementación) de las reformas borbónicas y de la Higiene Pública ilustrada. La Salud del Público fue atravesada por los cambios en la concepción de la medicina hipocrática, la teoría miasmática y el concepto de contagio; por los choques epistemológicos que trajo la nueva práctica de la inoculación; por el choque cultural y socio-económico que traería las epidemias dentro de las diferentes clases sociales; y, las luchas hegemónicas y contrahegemónicas entre la población neogranadina y la población ilustrada.

Los Sujetos de la Salud se mostraron como eje esencial de la implementación de las políticas de Salud para el Público. Estos se posicionaron como agentes sociopolíticos activos en su rol como asesores del estado y como parte de las instituciones estatales. Así mismo, resaltaron la importancia de los procesos de profesionalización y control de su propia práctica y educación. Sin embargo, como sujetos activos, también protagonizaron choques y luchas de poder, por un lado, con la población general y, por otro, con los poderes estatales.

Por último, la Salud para el Público se vio atravesada, tanto por los cambios ocurridos en la Salud del Público, como por las recomendaciones y luchas con Los Sujetos de la Salud. Los programas de salubridad puestos en marcha, claramente respondían a un poder hegemónico que cumplía con los intereses políticos del absolutismo y los intereses económicos del mercantilismo. Sin embargo, también fueron atravesados por los distintos momentos históricos y por los contextos sociales y culturales.

Epilogo

Varios autores han explorado la forma en la que la higiene pública reflejó las relaciones sociales contemporáneas, entre las cuales están las percepciones sobre la obligación y el peligro, y la distinción entre una clase objeto de las reformas de salud pública contra otra generadora de dichas reformas. Estas relaciones son muy importantes ya que las situaciones problemáticas son usualmente atribuidas a una red de causas múltiples (Hamlin, 1994: 133). A pesar de esto es usual observar que se aísla una sola parte o nodo de esa red como el problema y, por lo tanto, como objeto que debe ser intervenido, dejando así las demás partes de esta red como objetos no problemáticos. El nodo tenido en cuenta puede ser el ambiente físico, los hábitos de las personas (consumo de alcohol, limpieza del hogar y personal) o las personas en sí (como portadores de enfermedades contagiosas o genéticas). La designación del nodo y su intervención va a depender de la región, reflejando factores físicos, culturales o económicos y también va a depender del momento histórico donde se encuentre (Hamlin, 1994: 133).

Tomando en cuenta lo anterior podemos deducir que la higiene es un proceso que va a estar determinado por la forma en la que la sociedad evalúa la salud y la enfermedad según los paradigmas o estilos de pensamiento vigentes, los ideales educativos, los conocimientos tecnológicos, los conocimientos médicos (en particular fisiológicos) y las condiciones sociales, culturales y económicas que se dispongan en la época en cada sociedad (Sigerist, 1981 [1956]: 22-23). De este modo, las estructuras sanitarias se amoldan a las formas políticas y de gobierno específicas de cada contexto histórico y la medicina se encuentra sistemáticamente relegada al segundo lugar, detrás las autoridades políticas. En general, la higiene pública, desde la ilustración hasta la industrialización fue un proceso estrechamente relacionado con el poder, altamente totalitario y regulador de la población (Fassin, 2008).

Bibliografía

- Ackerknecht, Erwin H. (1976) Medicina y sociedad en la Ilustración. En: Pedro Laín Entralgo. *Historia Universal de la Medicina*. Vol. 5. Barcelona, Salvat Editores: 143-151.
- Alzate Echeverri, Adriana María (2007) *Suciedad y Orden. Reformas sanitaria borbónicas en la Nueva Granada, 1760-1810*. Colección Textos de Ciencias Humanas. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario / Universidad de Antioquia / ICANH.
- Amaya, Jose Antonio (1986) *Celestino Mutis y la Expedición Botánica*. Madrid, Debate / Itaca.
- Amaya, José Antonio (2005) *Mutis, apóstol de Linneo. Historia de la botánica en el virreinato de Nueva Granada*. I. Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Ashburn, Percy Moreau & Ashburn, Frank D. (1981) [1947] *Las huestes de la muerte. Una historia médica de la conquista de América*. 2a edición. México, D. F., Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Astrain Gallart, Mikel (1996) *Barberos, Cirujanos y Gente de Mar. La sanidad naval y la profesión quirúrgica en la España ilustrada*. Madrid, Ministerio de Defensa.
- Bachelard, Gaston (1981) [1938] *La formación del espíritu científico: Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México, Siglo XXI Editores.
- Bejarano-Rodríguez, Cristhian-Fabian (2023) "Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada". *Historelo. Revista de historia nacional y local*, 15(34), septiembre-diciembre 128-166.
- Belmartino, Susana & Bloch, Carlos (1994) *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985*. Publicación numero 40. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Bernal Botero, Diego Andrés (2017) Don José Ezpeleta y el debate ilustrado en torno a la creación de cementerios en el virreinato del Nuevo Reino de Granada. En: Renzo Ramírez Bacca. *Memorias del XVIII Congreso Colombiano de Historia*. Vol. Medellín, Asociación Colombiana de Historiadores: 17-30.
- Bonastra, Quim (2010) El largo camino hacia Mahón. La creación de la red cuarentenaria española en el siglo XVIII. En: Fernando López Mora. *Modernidad, ciudadanía, desviaciones y desigualdad: por un análisis comparativo de las dificultades del paso a la modernidad ciudadana* Vol. Córdoba, Universidad de Córdoba: 453-472.
- Bourdieu, Pierre (1990) Algunas propiedades de los campos. En: Pierre Bourdieu. *Sociología y Cultura*. Vol. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Grijalbo: 135-141.
- Bourdieu, Pierre (2000) [1976]. El campo científico. En: Pierre Bourdieu. *Los usos sociales de la ciencia*. Vol. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión: 11-57.
- Cipolla, Carlo M. (1993) [1989] *Contra un enemigo mortal e invisible*. Josep Fontana. Crítica/Historia y teoría. Barcelona, Critica-Grijalbo.
- Cueto, Marcos & Palmer, Steven (2015) *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. New York, Cambridge University Press.
- Fassin, Didier (2008) *El hacer de la salud pública*. Edition de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

- Fazio, Mariano & Gamarra, Daniel (2002) *Historia de la Filosofía. III Filosofía Moderna*. Madrid, Editorial: Palabra.
- Ferguson, John M. (2001) [1948] *Historia de la Economía*. México, D. F., Fondo de Cultura.
- Fleck, Ludwick (1986) *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid, Alianza.
- Foucault, Michel (1977) "Historia de la medicalización". *Educación médica y salud*, 11(1): 2-25.
- Foucault, Michel (1978) Incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: Michel Foucault. *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Vol. Washington, Organización Panamericana de la Salud: 59-74.
- Foucault, Michel (1999) [1976]. La política de salud en el siglo XVIII. En: Michel Foucault. *Estrategias de Poder. Obras esenciales* Vol. Tomo II. Barcelona, Paidós: 327-342.
- Foucault, Michel (2007) [2004] *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Frank, Johann Peter (1779) *System einer vollständigen medicinischen Polizey*.
- Frías Núñez, Marcelo (1992) *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen*. Madrid, CSIC.
- Hamlin, Christopher (1994) State Medicine in Great Britain. En: Dorothy Porter. *The History of Public Health and the Modern State*. Vol. Amsterdam, Editions Rodolpi B. V.: 132-164.
- Heckscher, Eli F. (1983) [1943] *La época mercantilista. Historia y organización y las ideas económicas desde el final de la Edad Media hasta la Sociedad Liberal*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Hernández Álvarez, Mario (2008) *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946*. Reimpresión. Bogotá, Editorial Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.
- Hipócrates (1976) [Siglo VI, A. C.]. Sobre los aires, las aguas y los lugares. En: Pedro Laín Entralgo. *La Medicina Hipocrática*. Vol. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas: 213-251.
- Johnson, Terry (2005) [1995]. Governmentality and the institutionalization of expertise. En: Terry Johnson, Gerry Larkin & Mike Sacks. *Health professions and the State in Europe*. Vol. London, Routledge.
- Koyre, Alexandre (1973) Perspectivas de la historia de las ciencias. En: Alexandre Koyre. *Estudios de historia del pensamiento científico*. Vol. México, Siglo XXI Editores: 377-386.
- Kuhn, Thomas S. (1972) [1963]. Los paradigmas científicos. En: Barry Barnes, Thomas S. Kuhn & Robert K. Merton. *Estudios sobre sociología de la ciencia*. Vol. Madrid, Alianza Editorial: 79-102.
- Kuhn, Thomas S. (1975) [1971] *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Laín Entralgo, Pedro (1978) *Historia de la Medicina*. Reimpresión de la primera edición. Barcelona, Salvat Editores.
- Laín Entralgo, Pedro (1982) *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona, Salvat Editores, S. A.
- Laín Entralgo, Pedro & Albarracín Teulón, Agustín (1961a) Sydenham. En: Pedro Laín Entralgo. *Clásicos de la Medicina*. Vol. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas-CSIC.

- Laín Entralgo, Pedro & Albarracín Teulón, Agustín (1961b) Vida y obra de Thomas Sydenham. En: Pedro Laín Entralgo. *Clásicos de la Medicina*. Sydenham. Vol. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas-CSIC: 9-65.
- Laín Entralgo, Pedro & Albarracín Teulón, Agustín (1976) [1972]. Clínica y patología de la Ilustración. Europa central. En: Pedro Laín Entralgo. *Historia Universal de la Medicina*. Vol. 5. Barcelona, Salvat Editores: 85-86.
- Laín Entralgo, Pedro; Albarracín Teulón, Agustín & Gracia Guillén, Diego (1976) [1972]. Fisiología de la Ilustración. En: Pedro Laín Entralgo. *Historia Universal de la Medicina*. Vol. 5. Barcelona, Salvat Editores: 45-61.
- Lanning, John Tate (1997) *El Real Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*. México, Facultad de Medicina/Instituto de Investigaciones Jurídicas/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mutis, José Celestino (1983) [1796]. Defensa del uso científico de la inoculación de las viruelas. Santafé, noviembre de 1796. En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. Tomo I. Bogotá, Instituto de Cultura Hispánica: 218-229.
- Mutis, José Celestino (1983a) [1782]. Instrucción sobre precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las viruelas, formada de orden del superior Gobierno. En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. Tomo I. Bogotá, Instituto de Cultura Hispánica: 189-194.
- Mutis, José Celestino (1983) [1783]. La epidemia de viruelas en el Nuevo Reino de Granada en 1782. Informes al Ministsro español don José de Gálvez. Santafé, enero 30 de 1783. En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. Tomo I. Bogotá, Instituto de Cultura Hispánica: 199-202.
- Mutis, José Celestino (1983) [1787]. Receta de polvos para purificar el aire podrido, vestidos, camas y habitaciones. Santafé, julio 27 de 1805. En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. Tomo I. Bogotá, Instituto de Cultura Hispánica: 242-246.
- Mutis, José Celestino (1983) [1798]. Sobre la necesidad de construir los cementerios en las afueras de las poblaciones. En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. Tomo I. Bogotá, Instituto de Cultura Hispánica: 255-263.
- Mutis, José Celestino (1983b) [1782]. Sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la innoculación de las viruelas, formada de orden del superior Gobierno , . En: Guillermo Hernández de Alba. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Vol. 1. Bogota, Instituto de Cultura Hispánica: 189-194.
- Pérez, Ana María & Montoya Guzmán, Juab David (2010) "La invención de la población: salud y riqueza en el Nuevo Reino de Granada, 1760-1810". *Secuencia*, 78, sept-dic. versión On-line ISSN 2395-8464; versión impresa ISSN 0186-0348.
- Peset, José Luis & Peset, Mariano (1974) *La Universidad Española (siglos XVIII y XIX). Despotismo ilustrado y revolución liberal*. Madrid, Taurus Ediciones.
- Peset, José Luis & Peset, Mariano (1989) La renovación universitaria. En: Manuel Sellés, José Luis Peset & Antonio Lafuente. *Carlos III y la Ciencia de la Ilustración*. Vol. Madrid, Alianza Editorial S.A. : 143-155.
- Porter, Dorothy (1999a) Enlightenment discourse and health. En: Dorothy Porter. *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. Vol. London, Routledge: 46-61.

- Porter, Dorothy (1999b) *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London, Routledge.
- Quevedo V., Emilio (1984) "José Celestino Mutis y la educación médica en el Nuevo Reino de Granada". *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, 8(1-4), Enero-Diciembre: 69-119.
- Quevedo V., Emilio (1992) José Celestino Mutis and Medicine. En: María Pilar De San Pio Aladrén. *Mutis and The Royal Botanical Expedition of the Nuevo Reyno de Granada*. Vol. Vol. 1. Barcelona, Real Jardín Botánico/CSIC/Lunwerg-Villegas Editores: 53-75.
- Quevedo V., Emilio (1994) José Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: Editores varios. *El humanismo de Mutis: Proyección y vigencia*. Vol. Bogotá, Universidad del Rosario-Colciencias: 91-112.
- Quevedo V., Emilio (2004) "Cuando la higiene se volvió pública". *Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia*, 52(1), Enero-Marzo: 83-90. 0120-0011: 0120-0011.
- Quevedo V., Emilio (2005) "El modelo higienista en el Nuevo Reino de Granada durante los siglos XVI y XVII". *Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia*, 53(1), Enero-Marzo: 46-52.
- Quevedo V., Emilio (2011) Proyecto de Investigación: Estudio comparativo sobre la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina (México, Centroamérica, Colombia, Ecuador y Perú). Fase 1: Proyecto exploratorio para la formulación de una propuesta de investigación.: Universidad del Rosario. Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. Bogota, Manuscrito.
- Quevedo V., Emilio (2017) Programa transdisciplinario de estudios histórico-comparativos y transnacionales de la medicina y de la salud pública en América Latina, desde 1767 hasta la actualidad. Universidad del Rosario. Proyecto de Investigación.
- Quevedo V., Emilio; Borda, Catalina; Eslava C., Juan Carlos; García, Claudia Mónica; Guzmán, María del Pilar; Mejía, Paola & Noguera, Carlos (2004) *Café y gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina.
- Quevedo V., Emilio; Cortés M., Claudia Margarita; Hernández A., Mario & Eslava C., Juan Carlos (2013) "Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad". *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), Diciembre: 295-321. ISSN: 1692-7273: ISSN: 1692-7273.
- Quevedo V., Emilio; Pérez R., Germán Enrique; Miranda C., Néstor; Eslava C., Juan Carlos; Hernández A., Mario; Bustos J., Lisa Priscila; Durán, María Fernanda; García, Marcela; Manosalva R., Carolina; Morales L, Elquin & Rodríguez, Diana Farley (2008) *Historia de la Medicina en Colombia*. Vol. 2. De la Medicina Ilustrada a la Medicina Anatomoclínica, 1782-1865. Bogotá, Tecnoquímicas; Grupo Editorial Norma.
- Quevedo V., Emilio; Rodas Chaves, Germán; Cortés-García, Claudia Margarita; Núñez-Gómez, María Camila; Santos Zambrano, Fanny; Negrete Martínez, Martha; Sánchez-Martínez, María Catalina; Labrador Morales, María Sofía & Yaya Quezada, Carlos Julián (2023) *Similares pero distintos: una mirada comparativa de las reformas médicas y sanitarias en Santafé y Quito: desde los Borbones a la Gran*

- Colombia, 1760-1830*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario/Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador/Colegio de América, sede latinoamericana, Quito.
- Quevedo V., Emilio & Zaldúa T., Amarillys (1986) "Antecedentes de las reformas médicas del siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada: una polémica entre médicos y cirujanos". *Quipu. Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología*, 3(3): 311-334.
- Restrepo, Gabriel (1983) Mutis, el oráculo de este Reino. En: Polidoro Pinto Escobar & Santiago Díaz Piedrahita. *José Celestino Mutis, 1732-1982*. Vol. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 173-196.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban (1987-1988) "El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII". *Acta hispánica medicinale scientiarumque historiam ilustrandam*, vol 7-8, 1987-88, pp 145-170, 7-8: 145-170.
- Rodríguez Lapuente, Manuel (1974) *Historia de Iberoamérica*. Barcelona, Editorial Ramón Sopena, S.A.
- Rosen, George (1985a) *De la policía médica a la Medicina Social*. México, Siglo XXI.
- Rosen, George (1985b) La atención médica y la política social en la Inglaterra del siglo XVII. En: George Rosen. *De la policía médica a la Medicina Social*. Vol. México, Siglo XXI: 181-199.
- Rosen, George (1993) [1958]. Health in a Period of Enlightenment and Revolution (1750-1830). En: George Rosen. *A History of Public Health*. Vol. Baltimore, Johns Hopkins University Press: 107-167.
- Rosen, George (2005) [1994] *De la policía médica a la Medicina Social*. 2a edición. México, Siglo XXI.
- Sigerist, Henry E. (1981) [1956] *Hitos en la historia de la salud pública*. México, Siglo XXI Editores.
- Sigerist, Henry E. (2007) *Historia y Sociología de la Medicina. Selecciones*. Bogotá, Universidad Nacional/Doctorado en Salud Pública.
- Silva, Renán (1992) *Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada*. Cali, Universidad del Valle.