

Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2008,
vol. LX, nº 1, enero-junio, págs. 203-236, ISSN: 0210-4466

MILITARES, MARINEROS Y POBRES ENFERMOS. CONTRIBUCIÓN A LA HISTORIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGENA DE INDIAS (SIGLO XVIII)

Adriana María Alzate Echeverri

Universidad del Rosario. Bogotá-Colombia

RESUMEN

El artículo estudia la historia del Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias, en un momento preciso de su existencia: a finales del siglo XVIII. Busca enmarcar su actividad y evolución en la dinámica de las reformas sanitarias borbónicas que entonces intentaban instaurarse en el Nuevo Reino de Granada, las cuales tenían por objeto intervenir en los aspectos relacionados con la salubridad de la sociedad, para favorecer el aumento de la población activa, disciplinar a los vasallos y aumentar la riqueza de la Corona. El texto pretende, asimismo, examinar algunos aspectos importantes de su funcionamiento, vinculados con el presupuesto, los gastos, el movimiento de población hospitalaria y los empleados; y mostrar lo que podía ofrecer esta institución a los diversos grupos sociales que entonces habitaban la ciudad.

PALABRAS CLAVE: Cartagena de Indias, siglo XVIII, hospitales coloniales, medicina en la América española, Nuevo Reino de Granada.

MILITARY, SAILORS AND THE SICK POOR. CONTRIBUTION TO THE HISTORY OF THE SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL IN CARTAGENA DE INDIAS (18TH CENTURY)

ABSTRACT

This article explores the history of the San Juan de Dios Hospital in Cartagena de Indias, at the end of the 18th century. Its activities and evolution cannot be understood unless they are analyzed within the context of the Bourbon sanitary reforms. It was precisely at that time when these reforms were being implemented in Nueva Granada. One of the goals of the reforms was to improve the health of the population in order to discipline the vassals, to promote the growth of the workforce and to increase the Crown's wealth. The text reviews different aspects of the institution, and how it operated. It examines its budget, its expenses, and the dynamics of the hospital population and of its employees. In doing so, it intends to explain what the hospital offered to the city's various social groups.

KEY WORDS: Cartagena de Indias; 18th Century; Hospitals in the Spanish Colony; Medicine in Spanish America; Nueva Granada.

Pieza fundamental del movimiento de reforma sanitaria que intentó instaurarse en las colonias españolas en América durante la segunda mitad del siglo XVIII, la institución hospitalaria comenzó a ser objeto de nuevas inquietudes en esta época. Situado en el corazón de las ciudades, el hospital buscaba aportar una respuesta adecuada a la miseria que ellas padecían, la cual se encarnaba, en parte, en los pobres enfermos¹.

Este artículo pretende estudiar el Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias, en un momento preciso de su existencia, a finales del siglo XVIII. A partir de las escasas fuentes que subsisten, este texto espera contribuir a la comprensión de algunos aspectos de la vida de esta institución, de su funcionamiento y sus dinámicas en esta época concreta; y busca mostrar, en la medida de lo posible, lo que podía ofrecer este hospital a diversos sectores de su población. En cierta forma, el texto busca mostrar el amplio panorama y las diversas problemáticas que pone en escena la indagación por la vida hospitalaria cartagenera en este período. La dispersión, la ausencia y la mutilación de las fuentes permiten hacer sólo una historia fragmentada, porosa, quebradiza del hospital de Cartagena de Indias, pero ello no invalida la investigación, sólo revela, una vez más, la fragilidad de ciertos terrenos explorados por el historiador.

1. LA REFORMA SANITARIA BORBÓNICA Y EL NUEVO REINO DE GRANADA

El período escogido para el estudio se caracteriza por la intención de la Corona española, bajo el régimen de los Borbones, de implantar una reforma sanitaria en España y en los territorios españoles en América. Este conjunto de medidas que tenía por objeto intervenir en los aspectos sanitarios de la

¹ La importancia de este hospital en la vida médica y social de la Nueva Granada es indiscutible, sin embargo, existen muy pocos estudios específicos sobre él, debido, quizá a la escasez de fuentes disponibles. Se encuentran trabajos que se ocupan de señalar algunos aspectos de su evolución y funcionamiento a través de diferentes épocas, donde el objetivo preciso es mostrar panoramas médicos o históricos generales, sin que la acción de la institución sea claramente explorada. Caben en este registro: SOLANO ALONSO, J. (1998), *Salud, cultura y sociedad en Cartagena de Indias, siglos XVI y XVII*; GUTIERREZ DE PINEDA, V. (1985), *Medicina tradicional de Colombia: el triple legado*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Son también de interés: SORIANO LLERAS, A. (1972), *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la Conquista y la Colonia*. Bogotá, Kelly; MARTINEZ ZULAICA, A. (1972), *La medicina en el siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada*, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

sociedad, también pretendía favorecer el aumento de la población activa y, por ende, la riqueza de la Corona. Así, la reforma sanitaria buscaba acompañar otro conjunto de reformas, las político-económicas, con el establecimiento de una germinal «política de salud».

Era necesario elevar el nivel de salud de los vasallos, asegurando de esta forma un mayor rendimiento en la producción y evitando las enfermedades y epidemias que no solamente reducían a la población, sino que, además, destruían el escaso excedente de la producción. Esta tentativa se dirigía especialmente a la población libre mestiza, «dispersa y desordenada», que formaba, por decirlo así, lo esencial de la reserva de mano de obra de este territorio. La enfermedad y la pobreza se habían convertido en los blancos prioritarios de acción de la monarquía, pues eran considerados los principales frenos para su progreso y su riqueza.

El hospital era una de las instituciones que pretendía aportar una respuesta adecuada a la miseria de las ciudades, «encarnada», entre otros, en los pobres enfermos. Pobreza e institución hospitalaria estaban íntimamente unidas; la política hospitalaria estaba construida más sobre una cierta concepción de la pobreza que sobre una real estrategia sanitaria. Los pobres enfermos eran los destinatarios privilegiados de la acción hospitalaria, en el caso de Cartagena a ella se unían los esclavos, los presos y la tropa, pero la vocación primigenia del hospital fue acoger a los pobres que estaban enfermos, las gentes adineradas pagaban las visitas del médico a su casa. De ahí que la concepción de la época sobre la pobreza y los remedios que se pensaban necesarios constituyera un punto tan importante para las políticas europeas y americanas².

² Sobre la «política de pobres» instaurada en el Nuevo Reino de Granada a finales del siglo XVIII, en lo que comprende la creación del hospicio de Santafé, la transformación de la manera como se pensaba el ejercicio de la caridad y de la forma como se buscaba luchar contra la pobreza, ver: SILVA PRADA, N. (1996), «Pobres y sabios. Los ilustrados neogranadinos en busca del 'modo honesto de vivir'. 1791-1797», en: *Revista Allpanchis*, No. 48, Cuzco, pp. 107-150; SILVA, R. (2000), *Los ilustrados de Nueva Granada (1760-1808). Genealogía de una comunidad de interpretación*, Medellín, Banco de la República-Fondo Editorial Universidad Eafit; MARTINEZ BOOM, A. (1987), «La policía de la pobreza», en: *Revista Foro*, No. 3, Bogotá; remitirse también a MARTINEZ BOOM, A., CASTRO, J. y NOGUERA, C. (2000), *Crónica del desarraigo*, Bogotá, Cooperativa Editorial del Magisterio, 1995; RAMIREZ M. H., «Expósitos, mendigos y montes píos en la época colonial. La asistencia social y la beneficencia en Santafé de Bogotá», en: *Revista Credencial Historia*, Bogotá, No. 129, septiembre 2000. RAMIREZ, M. H. (1993), «Las mujeres de Santafé de Bogotá a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. La procreación y las relaciones materno filiales», en: *Ciencia, cultura y mentalidades en la historia de Colombia*, VI Congreso Nacional de Historia de Colombia, Bucaramanga, UIS.

En el Nuevo Reino de Granada, la reforma sanitaria emprendida por los Borbones durante el siglo XVIII tenía como objetivo, especialmente, la organización y el saneamiento del espacio urbano, el desplazamiento de los cementerios fuera de las ciudades, el establecimiento de mecanismos más eficaces para luchar contra las epidemias, la reforma de los estudios médicos y la traducción y puesta en circulación más intensa de cierto tipo de libros sobre la salud³. Sin embargo, el factor más importante era la reestructuración de la institución hospitalaria en todo el territorio neogranadino. Esta reestructuración era esencial, pues además de participar en el reestablecimiento de personas para que se incorporaran de manera eficiente a los procesos productivos, como se anotó, eran fundamentales para llevar a cabo la transformación de la enseñanza de la medicina y la práctica de la cirugía, profesionalizando así recursos humanos para el desarrollo del imperio⁴.

2. SITUACIÓN HOSPITALARIA EN CARTAGENA DE INDIAS (SIGLOS XVI-XVIII)

Cartagena de Indias contó con un hospital poco tiempo después de su fundación. El Hospital de San Sebastián se construyó entre 1534 y 1537 y fue administrado por el cabildo de la ciudad. Asentado en sus inicios en un pequeño «bohío» (choza), el hospital tuvo una precaria economía desde sus comienzos. Ponen de manifiesto esto las sucesivas peticiones (1536, 1537, 1538) de las autoridades locales en las cuales solicitan médicos y dinero para mejorar las instalaciones del hospital ante la intensa demanda de sus servicios no sólo por parte de los residentes en la ciudad, sino también por los marineros que llegaban a ella cotidianamente.

³ ALZATE ECHEVERRI, A.M., (2004), *Saleté et ordre. Réformes sanitaires et société en Nouvelle-Grenade, 1760-1810*, Thèse de Doctorat en Histoire, UFR d'Histoire, Université de Paris 1 (Panthéon-Sorbonne), vol. 1, Paris, Octubre 2004, p. IV.

⁴ Se aspiraba, entonces, a convertir la institución en un lugar de producción y transmisión del saber médico. Sobre este proceso ver: FOUCAULT, M. (2001), «L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne». DEFERT, D, FOUCAULT, M. y LAGRANGE, J., *Dits et Ecrits 1954-1988. Tome 2*, Paris : Gallimard, pp. 508-521. En el mismo texto: «La politique de santé au XVIIIe siècle», pp. 13-27, y FOUCAULT, M. (2000), *Naissance de la clinique*. Paris: Quadrige-PUF. Serán de mucha utilidad, igualmente: IMBERT, J. (1982), *Histoire des hôpitaux en France*. Paris: Privat; GUTTON, J-P. (1974), *La société et les pauvres en Europe*. Paris : Presses Universitaires de France; ACKERKNECHT, E. (1986). *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris : Payot; CARASA SOTO, P. (1985), *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid : Publicaciones de la Universidad de Valladolid.

Respondiendo a tales solicitudes, una Real Cédula de 1538 adjudicó al hospital la limosna de las dos terceras partes de las «penas de cámara». Éstas eran sanciones pagadas en dinero a la Cámara Real, impuestas por los tribunales y jueces de las gobernaciones. En ocasiones, el Rey concedía alguna porción de ellas para diversas obras⁵, como ocurrió en el caso del Hospital San Sebastián. Para esta época, la institución ya poseía un precario edificio de dos plantas, «de madera y palma» y, al parecer, la asistencia que allí se brindaba seguía siendo insatisfactoria⁶.

En 1568, el cabildo volvió a rogar al Rey que ayudara económicamente a la institución, por «la pobreza de este hospital [...] y cuan frecuentado es de pobres»⁷. Cuando en 1577 comenzó la construcción de la nueva catedral de Cartagena, el Hospital de San Sebastián aprovechó la oportunidad para extender sus instalaciones, trabajos que terminaron en 1579⁸. Sus dependencias fueron ampliadas de nuevo en los primeros años del siglo XVII, cuando se dotó de nuevas salas, una cocina, una despensa y un refectorio⁹.

El Hospital de San Sebastián quedó bajo los cuidados de la Orden de San Juan de Dios desde 1596 (año en el que contaba con 100 camas)¹⁰ y, de esta manera, se convirtió en la primera institución de los Hermanos Hospitalarios en la América española, aunque seguiría llamándose Hospital San Sebastián por algún tiempo.

No obstante, la Orden se instaló en 1602 en la Nueva España¹¹ y estableció

⁵ ARISTIZÁBAL, T. (1998) *Iglesias, conventos y hospitales en Cartagena colonial*. Bogotá: Banco de la República- El Ancora Editores, 1998, p.104.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Archivo General de Indias, Sevilla —en adelante AGI—, Patronato, 125, ramo 12.

⁸ ARISTIZÁBAL, T. (1998) *Iglesias, conventos, op, cit*, p. 106.

⁹ MARCO DORTA, E. (1951) *Cartagena de Indias. La ciudad y sus monumentos*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispanoamericanos, p. 77.

¹⁰ El primer hospital de América fue fundado en el territorio que hoy es Colombia, en Santa María la Antigua del Darién, por medio de la Real Cédula del 9 de agosto de 1513. MUÑOZ DELGADO, J. J. (1995) «El primer hospital de América en Santa María la Antigua del Darién», en: *El primer hospital de América y otros relatos médicos*. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo, p. 35.

¹¹ ORTIZ ISLAS DE JODAR, A (2001). *Les hôpitaux de l'Ordre de Saint Jean de Dieu en Nouvelle Espagne, XVII-XVIII siècles*, Thèse de Doctorat en Histoire et Civilisations, Paris, EHESS, p. 161. En Nueva España se estableció la Provincia del Espíritu Santo, que comprendía el Reino de Nueva España, Nueva Galicia, Guatemala, Nicaragua y Yucatán, Filipinas y las Islas de Barlovento. Como jefatura-sede de la orden y como casa matriz se encontraba el Hospital de San Juan de Dios de México. Para toda América sólo hubo dos provincias cuya jefatura residía en Panamá (Provincia de San Bernardo) y Lima. MURIEL, J., (1991) *Hospitales*

esta región como el centro de sus actividades en los dominios españoles del hemisferio norte¹². La Provincia que la Orden de San Juan de Dios fundó en el Nuevo Reino de Granada se llamaba San Bernardo, y a ella pertenecían, hasta el siglo XVIII, todos los hospitales que aparecen en el *Cuadro No. 1*. Allí se puede observar la cronología de la fundación o de la toma de posesión de las instituciones por la Orden Hospitalaria en la Nueva Granada.

CUADRO N^o. 1. Fundación de Hospitales de San Juan de Dios en la Nueva Granada (Provincia de San Bernardo) 1596-1759

CIUDAD	HOSPITAL	FUNDACIÓN O POSESIÓN	CAMAS*
Cartagena	San Sebastián	1596	100
Panamá	San Sebastián	1620	150
Santafé	San Pedro	1635	17
Portobelo (Panamá)	San Sebastián	1629	30
Tunja	Nuestra Señora de la Concepción	1636	22
Villa de Leyva	Nuestra Señora de Monserrat	1648	12
Vélez	San Juan de Dios	1669	8
Pamplona	Santa Ana	1665	8
Mariquita	San José	1663	14
Mompox	San Juan Bautista	1668	6
Nata (Panamá)	Santa Trinidad	1670	8
Santa Marta	Arcángel San Rafael	1754	s. d.
Cali	San Juan de Dios	1759	s. d.

* Camas que poseía en el momento de su fundación o de posesión. s. d.: sin datos.

Fuente: Archivo General de la Nación, Bogotá [en adelante, AGN], Colonia, Milicias y Marina, tomo 77, fols. 468r-479v.

La vida hospitalaria cartagenera bajo la Orden de San Juan de Dios seguía angustiante, según lo indica la Real Cédula de 1604, en la cual el Rey expresa su inquietud por la institución:

de la Nueva España. Tomo 2. México: UNAM-Cruz Roja Mexicana, p. 9.

¹² MURIEL, J. (1991). *Hospitales de la Nueva España, op. cit.*, p. 9.

El Hermano fray López de San Juan de Dios, en nombre de la ciudad de Cartagena de esa Provincia, me ha hecho relación, que sin los naturales, son más de mil personas las que allí se curan cada año, de las armadas y flotas, y otros navíos que van a la dicha ciudad, y que el dicho hospital es tan pobre, y la renta y limosna tan tenues, que es imposible curarse los enfermos que a él ocurren, y causa que se mueran mucho, suplicándome atento a ello, y que no tiene de renta más que mil pesos [...] y son necesarios más de diez mil cada año¹³.

Por su parte, Pedro López de León, cirujano sevillano residente en Cartagena, presentó un informe a las autoridades reales sobre el Hospital de la Orden a principios del siglo XVII, donde también señaló alarmado que a este establecimiento llegaban todos los «enfermos de flota y armadas». Anotó que en ocasiones el número de enfermos se elevaba a 150 o 200, por lo que el hospital siempre estaba lleno.

Las condiciones mencionadas en estos documentos dejan ver la situación difícil en que estaba el Hospital de San Sebastián. La ciudad apenas tenía fondos suficientes para mantenerlo, y Cartagena contaba con dos hospitales más en ese período: el Hospital del Espíritu Santo, fundado por los Hermanos Hospitalarios en una zona muy pobre, en la isla de Getsemaní¹⁴, y el Hospital de San Lázaro, creado en 1598¹⁵.

El cronista Antonio Vásquez de Espinosa, en la relación de su visita a Cartagena en 1620, escribe así la situación en la ciudad: «había tres hospitales: el hospital San Sebastián, que poseía una sala de enfermos y de llagados, y se trataban en él las bubas y unciones». El Hospital del Espíritu Santo estaba reservado a incurables y convalecientes¹⁶; mientras que el Hospital de San Lázaro, a los leprosos. La descripción que se tiene del hospital San Sebastián para este año revelaría el hecho de que, en esta época, la institución estaba dedicada de manera prioritaria al tratamiento de la sífilis. La mención de llagados, bubas y unciones así lo sugiere. Uno de los síntomas de esta dolencia es la aparición de llagas en diversas partes del cuerpo (según el estado de evolución de la enfermedad). Las unciones (mercuriales) fueron uno de los

¹³ Citado por ARISTIZÁBAL, T (1998). *Iglesias, conventos, op, cit*, pp. 118-119.

¹⁴ SOLANO ALONSO, J (1998). *Salud, cultura y sociedad en Cartagena de Indias, siglos XVI y XVII*. Barranquilla: Universidad del Atlántico, p. 68.

¹⁵ Real Cédula del 19 de agosto de 1598. HÉRRERA DE ESCARICHE, J, (1949) *Beneficencia de España en Indias*, Sevilla, Escuela de Estudios Hispanoamericanos, p. 33.

¹⁶ No se sabe con certeza la fecha en la cual la mayoría de los hospitalarios abandonó el Hospital del Espíritu Santo, dejando allí sólo el funcionamiento de una «casa para convalecientes y una humilde ermita». ARISTIZÁBAL, T (1998). *Iglesias, conventos, op, cit*, p. 119.

tratamientos más frecuentes para esta enfermedad, también llamada bubas o mal de bubas¹⁷.

A mediados del siglo XVIII, ante los debates que suscitaban en la sociedad neogranadina las nuevas ideas sobre la caridad, la reforma a la asistencia a los pobres y la construcción del hospicio de Santafé, capital del Virreinato, las instituciones hospitalarias debieron enfrentar la presión que creó el aumento de la demanda de sus servicios, de por sí ya precarios.

Este aumento de demanda se debió, esencialmente, a la multiplicación de la población en algunas regiones del territorio y al crecimiento urbano, producto de las migraciones en casos como los de Santafé, Cartagena o El Socorro. El resto de las poblaciones eran relativamente pequeñas y no recibieron migraciones. Buena parte de la migración fue rural, motivada por la apertura de frontera agrícola o minera.

En las dos ciudades más importantes del virreinato, en Santafé y Cartagena, el aumento demográfico fue visible desde mediados del siglo XVIII. En lo relativo a Santafé, entre 1778 y 1800, la población aumentó en 34,13%; la ciudad pasó de 16.002 a 21.464 habitantes. Esto muestra un aumento de 5.462 habitantes, con una tasa anual de crecimiento de 1,55 %. En cuanto a Cartagena, la población creció en 386% entre 1708 y 1809; pasó de 4.556 a 17.600 habitantes, lo que muestra un aumento total de 13.044 habitantes, con una tasa anual de crecimiento de 3,82% (véase Cuadro N° 2). En un siglo, prácticamente se cuadruplicó la población de la ciudad.

Otras de las razones que pudieron haber influido en el aumento de la demanda hospitalaria en el virreinato son: la gestación de núcleos sociales que empezaron a mirar con preocupación los problemas vitales de las ciudades; el fenómeno epidémico, pues, ante ello, los funcionarios y las gentes se encontraron desprovistos de adecuadas instituciones de asistencia¹⁸; la mayor valo-

¹⁷ La palabra *buba* viene del griego *boubon*, designa un tumor localizado en la ingle. Las bubas eran el síntoma característico de varias enfermedades epidémicas como la peste bubónica, la sífilis, el pián, la adenitis simple y ciertas dolencias de la piel. ROMERO, ARTURO B (1997). *La investigación de las dolencias infecciosas en la historia*. Bogotá: Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, p. 127

¹⁸ Sobre este tema y, en general, sobre las dos principales epidemias de viruela que azotaron la Nueva Granada a finales del siglo XVIII y principios del XIX, ver: SILVA, R (1992). *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 la Nueva Granada*. Cali: Universidad del Valle. RODRIGUEZ, A. L. (1999), *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales*. Bogotá: Banco de la República. FRIAS NUÑEZ, M. (1992), *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen. Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX: las epidemias de viruelas*. Madrid: CSIC.

ración de las funciones que la institución hospitalaria debería cumplir, y, ante todo, el esfuerzo de instauración de la mencionada reforma sanitaria borbónica.

CUADRO N°. 2. Evolución de la población de Santafé (1778-1800) y de Cartagena de Indias (1565-1809)

SANTAFÉ		CARTAGENA DE INDIAS	
Año	Habitantes	Año	Habitantes
1778	16.002	1565	1.000
1779	16.420	1630	6.000
1793	18.174	1684	7.341
1800	21.464	1708	4.556
—	—	1777	13.690
—	—	1809	17.600

Fuentes: VARGAS LESMES, J., «Santafé a la luz de sus padrones (1778-1806)». En *La sociedad de Santafé colonial*. Bogotá: CINEP, 1990, pp. 12-13. MEISEL ROCA, A. y AGUILERA DÍAZ, M., «Cartagena de Indias en 1777. Un análisis demográfico». En: *Boletín Cultural y Bibliográfico*. Bogotá: Banco de la República, No. 45, Vol. XXXIV, 1997 (editado en 1998).

Sin embargo, la permanente falta de recursos económicos para responder a estas nuevas condiciones originó situaciones funestas: hacinamiento, puesto que no había manera de ampliar los espacios para los pobres enfermos cada vez más numerosos; falta de dotación de instrumentos y de botica; precariedad de instalaciones; escasez de alimentación para los enfermos; insuficiencia en la cantidad de personal que se dedicara a cuidarlos, etc.

Aunque ocasionalmente pudieron contar con legados, donaciones y limosnas, además de algunas rentas urbanas, capitales puestos a censos y aportes reales, en la América española la fuente de subsistencia de los hospitales era el noveno y medio de los diezmos. Éste constituía el recurso más tradicional de los ingresos y era fijado por la Real Cédula de febrero de 1541, en la cual se mandó que de los diezmos que corresponden a la iglesia catedral se debía sacar ciertas partes para el prelado, para el cabildo, para el Rey, para la fábrica de la iglesia catedral, para el salario de los curas y para el hospital¹⁹. Sólo algunos

¹⁹ *Recopilación de las leyes de los Reinos de Indias*, ley XXIII, título XVI, libro I, tomo I. Madrid: Ediciones Cultura Hispánica, 1973.

hospitales tuvieron entradas adicionales: aquellos que admitieron soldados en su seno²⁰, como los de Cartagena, Santa Marta, Portobelo y Santafé.

No obstante, las rentas casi nunca fueron suficientes, y las quejas sobre el mal funcionamiento y la situación de extrema precariedad en la cual se encontraban los hospitales neogranadinos eran frecuentes desde su comienzo. La historia de estas instituciones en el Nuevo Reino de Granada es, de alguna manera, la historia de un vía crucis, de una agonía constante, salvo durante algunos pocos períodos en los cuales, si bien no llegaron a ser autosuficientes, sus condiciones fueron menos dramáticas. De los diversos ejemplos que podrían mencionarse, los hospitales de Santafé, Santa Marta y de Popayán pueden corroborar la situación constante de penuria²¹.

El Hospital de San Sebastián cambió de edificio en la segunda mitad del siglo XVIII. En 1775, el colegio que dejaron los jesuitas después de su expulsión (en 1767) se convirtió en la nueva sede del hospital, que para esta época empezó a aparecer nombrado en los documentos como Hospital de San Juan de Dios de Cartagena. Poco tiempo después, fray Nicolás de la Concepción Delgado (1776) realizó una visita canónica a la institución. En su informe sobre los enfermos refirió que había en ese momento 230, de los cuales 51

²⁰ LESMES, J y PARDO, G. (1990) «Formas asistenciales y beneficencia en Santafé: hospitales, expósitos y hospicios», en: *La sociedad de Santafé colonial*. Bogotá: CINEP, p. 272.

²¹ En cuanto al de Santafé de Bogotá, ya en 1723, debido a las lamentaciones que existían sobre la insuficiencia del Hospital por el hecho de que este establecimiento se encontraba en el centro de la ciudad (lo que perturbaba tanto a los vecinos como a los enfermos), se empieza a construir una nueva sede en el occidente de la ciudad, con base en los planos del Hospital de Granada (España) Su construcción tardó cerca de 16 años (comenzó en 1723 y culminó en 1739). La Real Cédula que autoriza el traslado al nuevo Hospital, justifica su desplazamiento por la persistencia de varios problemas como que contaba con muy poco espacio, le faltaban las oficinas «necesarias para la limpieza y decencia de los enfermos y religiosos»; y no era posible ampliar sus instalaciones por falta de terreno. Además, ese era el único hospital de la ciudad, y por ello se veían obligados a aceptar a toda clase de personas, provenientes de muchos lugares, y quienes padecían todo tipo de enfermedades lo que hacía que tardara más la recuperación. SORIANO LLERAS, A. (1964) *Crónica del Hospital San Juan de Dios, 1564-1869*. Bogotá, spi, p. 31. El caso del Hospital de Santa Marta también es ilustrativo. Allí, el Gobernador García de Lerma, informaba al Rey sobre el desastroso estado de esta institución: estaba «todo caído» y «sin fondos para sostenerlo». Ante ello, el Rey dirige una Real Cédula a los oficiales de Sevilla (1530) mandando se le enviaran seis camas desde España. La reina se sumó también a esta cruzada, haciendo «merced y limosna» de noventa mil maravedíes para el establecimiento. Aún así, los recursos no eran suficientes, a juzgar por la indignación del clérigo que lo dirigía en 1531, quien reclamaba, de nuevo, a las autoridades ayuda para su sostenimiento. GUTIERREZ DE PINEDA, V. (1985). *Medicina tradicional de Colombia: el triple legado*, vol. 1. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 147.

eran pobres de solemnidad y estaban en las dos salas que les eran destinadas; los 179 restantes eran soldados, marineros y «forzados» o presidiarios²².

Durante el siglo XVIII, Cartagena era una «ciudad militar», debido a que estuvo siempre en pie de guerra para defenderse del ataque de las tropas extranjeras²³. Este hecho explica la gran cantidad de tropa y de marinos que atendía el Hospital, al lado de los pobres enfermos.

Todos los gastos de las tropas, incluidos los médicos y las hospitalizaciones, se pagaban al hospital con el *situado*, que era una transferencia del producto de los impuestos del resto del Nuevo Reino de Granada, de Quito y aún de la Nueva España, y se empleaba en el mantenimiento de la tropa regular y en la construcción de las fortificaciones de Cartagena. Estas enormes transferencias que las cajas reales tuvieron que mandar de todo el territorio neogranadino a sus puertos caribeños —muy especialmente a Cartagena— fueron uno de los aspectos más importantes de las finanzas del virreinato. El situado representó una carga muy onerosa para las provincias de uno de los virreinos más pobres de América, pero para Cartagena se convirtió en el «sustento vital» no sólo de sus finanzas públicas, sino de toda su economía²⁴.

3. FUNCIONAMIENTO INTERNO

En 1763, el vicario provincial de la Orden de San Juan de Dios, fray Antonio Guzmán, visitó a todos los hospitales de la orden de la Provincia establecida en el Nuevo Reino. En aquella época, según la visita, este Hospital contaba con trece religiosos. El *Cuadro No. 3* reúne sus nombres, procedencia, edad, tiempo que llevaban en el hábito y la función que desempeñaron en la institución²⁵.

²² Archivo General de la Nación, Bogotá (en adelante AGN), Colonia, Hosp y Cem, tomo 4, fol. 706v.

²³ Las confrontaciones que se presentaron en el siglo XVIII fueron: la de España e Inglaterra (1701-1713), la Guerra de Sucesión (1739-1748), la Guerra de la Oreja de Jenkins (1761-1763), la participación de España en la Guerra de los Siete años (1779-1783), en la Guerra de «Independencia de las Trece Colonias» (EEUU) en 1793, en adelante debe tenerse en cuenta, asimismo, la participación de España en las guerras que fueron producto de la Revolución Francesa. KUETHE, A. J. (1993), *Reforma militar y sociedad en la Nueva Granada 1773-1808*. Bogotá, Banco de la República, p. 407.

²⁴ MEISEL ROCA, A (2002). «Crecimiento a través de los subsidios: Cartagena de Indias y el situado (1751-1810)». En: *Cuadernos de Historia Económica y Empresarial*, No. 9, Cartagena, Centro de Estudios Económicos Regionales, p. 4.

²⁵ AGN, Colonia, Milicias y Marina, tomo 77, fols. 468v-470r.

CUADRO N°. 3. Personal religioso del Hospital de San Sebastián (1763)

RELIGIOSO	FUNCIÓN	PROCEDENCIA	EDAD	TIEMPO DE HÁBITO
Juan A. Gago	Prior	Santafé	40	27
Thomas Perea	Consiliario mayor	Cádiz (España)	38	18
Marcos Corral	Consiliario menor	Tamalameque	40	9
Leandro Rodríguez	Capellán y procurador	Cartagena de Indias	35	10
Joseph Mendoza	Boticario	s. d.	30	12
Carlos Manzanares	Enfermero mayor	Santafé	50	30
Miguel Lopera	Enfermero menor	Tunja	40	21
Diego Ramírez	Roperero	Cartagena de Indias	25	10
Simón de Quesada	Dispensero	Tamalameque	32	8
Manuel Benítez	Sacristán	Cartagena de Indias	26	11
Manuel Ortiz	s. d.	Lucena (España)	40	10
Joseph Armendará*	s. d.	Cartagena de Indias	30	s. d.
Juan de la Cruz*	s. d.	Cartagena de Indias	19	s. d.

* Hermanos donados. s. d.: sin datos.

Fuente: AGN, Colonia, Milicias y Marina, tomo 77, fols. 468v-470v.

Según esta información, el promedio de edad de los hermanos hospitalarios que trabajaban en la institución en esa época era de 32 años, y el promedio de tiempo de hábito, de 15 años. La mayoría de ellos procedía del territorio del Nuevo Reino de Granada, mientras que dos llegaron a Cartagena desde España. En el documento no se especifica claramente cuáles eran las tareas que correspondían a las funciones de estos religiosos, pero las constituciones redactadas para algunos hospitales neogranadinos de la época dejan entrever, más o menos, las labores de las cuales se encargaban los religiosos.

El *prior* era el superior o prelado ordinario del hospital; los *consiliarios* eran sus consejeros en diversos aspectos; el *enfermero mayor* supervisaba las tareas de los demás enfermeros, quienes vigilaban aspectos como la limpieza de las camas, las salas y el hospital en general: el lavado de instrumentos, barrido y ventilación de salas, realización de sahumerios, etc. En esta época, las funciones de estas personas tienen que ver más con las tareas domésticas que con una actividad propiamente de cuidado. El *capellán* (también con funciones de procurador) y el *sacristán* estaban encargados de lo relativo al culto y a la vida espiritual de los enfermos, buscando mantener la tradición y moralizarlos; debían procurar que la estancia en el hospital formara en ellos la vida

piadosa para que, «al volver al mundo», fueran mejores cristianos. El *despen- sero*, por su parte, se ocupaba de todo lo relativo al cuidado de la despensa, compras diarias, reparto y distribución de lo necesario para el sustento de quienes estaban en el hospital. Finalmente, el *ropero* se dedicaba al cuidado de la ropa.

En estos documentos de la visita no hay referencias a la presencia permanente de médicos en la institución. Tampoco se halla mención de sus estipendios, lo cual llama la atención sobre la posibilidad de la existencia de un hospital sin médico. En otras constituciones hospitalarias de la época, donde la figura del médico aparece, éste trabaja muy de cerca con el *boticario*. El *boticario* lo acompañaba en sus visitas a los enfermos, y llevaba un cuaderno donde apuntaba el día en que ingresó el enfermo, las recetas y medicaciones que se le habían suministrado. También entregaba al enfermero las medicinas para suministrar a los enfermos, y, en fin, estaba a las órdenes del médico para lo que éste necesitara.

A juzgar por los registros del hospital, se curaron allí en ese año de 1763, 3.050 enfermos, entre los cuales había soldados, «otras gentes de las armadas», pobres y «negros de las fábricas de S. M.». La cifra es bastante alta y quizás sea mal calculada, aunque tal vez se pueda entender porque se trataba de un período de guerra. El informe explicó también que, como «el recinto de las salas» era corto «para tan crecido número» de enfermos, los religiosos habían destinado a ello incluso sus «cortas viviendas, oficinas particulares y aún las dedicadas al Divino Culto», y luego «formaron fuera del hospital» una salita para atenderlos. Sin embargo, el personal era muy reducido para servir a «tantos necesitados»²⁶.

Esta visita hizo eco de una de las inquietudes que se encontraban más a menudo en la documentación hospitalaria de la época. Se dibujó un hospital superpoblado donde reinaba el hacinamiento y que generaba más enfermedades de las que aliviaba. Ésta sería una de las situaciones que se pretendían transformar con los intentos de la reforma sanitaria, mediante una nueva distribución del espacio en el interior del hospital.

4. UN MODELO DE LA VISITA HOSPITALARIA

Entre los documentos que permiten explorar la situación de la institución hospitalaria neogranadina encuentran un lugar especial las relaciones de las

²⁶ AGN, Colonia, Milicias y Marina, tomo 77, fols. 469v.

visitas. Las *visitas* eran un medio de gobierno y un procedimiento administrativo en el cual la Corona enviaba visitadores para inspeccionar las instituciones dependientes del Patronato Real, como las universidades y los hospitales.

Las visitas, que se establecieron durante la primera mitad del siglo XVI, adoptaron, en el curso del tiempo, ritmos y formas rutinarias, estaban previstas a intervalos cortos, entre uno y tres años. Los resultados de estas evaluaciones se enviaban a España, donde se tomaban las decisiones concernientes a su mejoramiento y organización. Pero la visita no fue una invención de la monarquía, pues se había empleado ya en el mundo eclesiástico, que desarrolló su variante pastoral e instituyó las visitas financieras y disciplinarias. Este instrumento fue, asimismo, conocido y utilizado para el Gobierno Municipal²⁷. De esta manera, los hospitales neogranadinos fueron objeto de visitas canónicas (de religiosos de las casas de la Orden de San Juan de Dios), de visitas «enviadas» por las autoridades reales y de visitas «municipales», ordenadas por los cabildos.

Una de las visitas más importantes que se realizaron en el hospital fue la que hizo Fray Miguel Isla en diciembre de 1786. Ésta muestra bien las etapas que comprendía ese procedimiento administrativo: evaluación de las instalaciones, examen del personal, de los libros de cuentas y del archivo, entre otros. Durante el tiempo que duraba la visita, ninguno de los religiosos que laboraba en el hospital podía salir a la calle sin autorización expresa de quien la realizaba. Antes de comenzar con este reconocimiento, se celebraba una misa en la iglesia del hospital a la cual asistían todos los religiosos de la comunidad.

4.1. Las instalaciones

El primer sitio que se examinaba era la iglesia. Allí se inspeccionaban las reliquias, el sagrario, el santo óleo, los altares, las imágenes, los cálices, las vinagreras, los misales y demás objetos necesarios para celebrar el oficio religioso; así como las puertas, la sacristía, los confesionarios, el púlpito, etc. Todo lo que Isla encontró en el Hospital de San Juan de Dios era «muy decente y aseado»²⁸.

Se dirigía luego a las enfermerías. En ese momento, el hospital contaba con cinco: dos para los pobres (llamadas de San Juan de Dios y de San Ra-

²⁷ PEYTAVIN, M., (1997) *La visite comme moyen de gouvernement dans la Monarchie espagnole. Le cas des visites générales du Royaume de Naples, XVI-XVII siècles*, Thèse de Doctorat en Histoire et Civilisations. Paris : EHESS. Tome 2, pp. 688-689, 693.

²⁸ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 442r.

fael), una para los presidiarios, una para la marina y otra para la tropa. El visitador no notó en ellas «falta alguna digna de consideración»²⁹.

Posteriormente pasó a la ropería, que halló provista de lo necesario para los pobres enfermos y para la tropa; y luego a la botica, «una pieza [...] capaz, surtida de los medicamentos de Europa, en bastante abundancia». En cuanto a la cocina y la despensa, éstas estaban en buen estado, abastecidas con los alimentos que «pueden guardarse en este clima» y con los utensilios precisos³⁰. Un comentario positivo merecieron también las celdas para los religiosos, las cuales «se hallaron decentes, y sin muebles, que se opongan a la pobreza religiosa».

Formuló críticas, sin embargo, sobre el refectorio y el cementerio del hospital. Sobre el primero constató que, ante la falta de suficiente espacio, había empezado a utilizarse como enfermería para los soldados. En cuanto al segundo, observó que su terreno era estrecho para la cantidad de cadáveres que allí se enterraban³¹.

4.2. El personal

En la visita del personal (también llamada *visita secreta*), se pasaba revista a los religiosos que laboraban en la institución y se elaboraba un registro de ellos, donde debía constar su nombre, la función que desempeñaban en el establecimiento, la patria (procedencia regional), la edad, la casa de su noviciado y sus años de hábito.

Se encontraron 14 religiosos quienes tenían las siguientes funciones: prior, presbíteros, procurador, enfermeros, consiliario, ropero, boticario, sacristán, demandante y dispensero. La edad promedio de estos religiosos era de 46 años³². No se mencionaron los otros empleados del hospital, como la cocinera, los asistentes o los aguateros.

²⁹ Ibidem, fol. 442r.

³⁰ Ibidem, fols. 441v-442r.

³¹ Ibidem, fol. 442v.

³² De los religiosos, dos eran de Santafé, tres de Cartagena, y uno respectivamente de las siguientes poblaciones o regiones: Cataluña, Pamplona (no se especifica si es Nueva Granada o España), Cali, uno «montañés», de Lucena, de Trujillo y de la Puebla. AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 442v-443r.

4.3. Las cuentas

La etapa siguiente de la visita se destinaba al examen de los libros de ingresos y gastos del hospital. Las más importantes fuentes de mantenimiento de la institución en esta época eran, en su orden, el dinero devengado por la hospitalidad de soldados, marineros y presidiarios (lo que constituía el 71,86% de sus ingresos); la venta de medicinas al público; los réditos de principales; el noveno y medio de los diezmos; las limosnas; los alquileres de casas; los entierros, misas y funerales; la venta de mortajas, y la curación de esclavos de particulares y la venta de la ropa de los difuntos pobres (1,38%) (véase *Cuadro No. 4* para más detalles)³³.

CUADRO N° 4. Cuentas de ingresos (1786)

INGRESOS	PESOS ³⁴	PORCENTAJE
Provenientes del año anterior	7.300	3,60
Noveno y medio de los diezmos	6.943	3,43
Rentas de capitales	8.383	4,14
Alquiler de casas	5.682	2,80
Entierros, misas y funerales	5.642	2,79
Venta de mortajas	2893	1,43
Hospitalización de soldados, marinos y prisioneros	145.199	71,76
Limosnas	6.508	3,21
Curaciones a los esclavos de particulares	2.789	1,38
Venta de medicamentos	10.767	5,32
Ingresos de las embarcaciones	220	0,10
TOTAL	202.326	99,97

Fuente: AGN, Colonia, Hosp. y Cem., tomo 1, fols. 442v-444v.

En lo relativo a los gastos de la institución, se aprecia que el aspecto en el que más se invertía era la alimentación; después venía la suma empleada para la compra de utensilios y el pago de deudas; luego, los gastos de botica —

³³ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fols. 442 v-443r.

³⁴ Tanto en los ingresos como en los gastos sólo se indican las cantidades en pesos enteros, por eso las sumas no son totalmente exactas.

medicinas para los enfermos— y las obras y reparaciones de las instalaciones de la institución. Posteriormente, se cuenta el gasto en vestuario de los religiosos, los salarios, las misas pagadas y los desembolsos para las fiestas y la iglesia (véase *Cuadro No. 5* para más detalles)³⁵.

CUADRO N°. 5 Cuentas de gastos (1786)

GASTOS	PESOS	PORCENTAJE
Gastos ordinarios (alimentación)	158.442	74,02
Pago de salarios	1.860	0,87
Trabajos y reparaciones	4.399	2,05
Gastos de fiestas e iglesia	913	0,42
Vestuario de los religiosos	3.654	1,70
Utensilios y pago de deudas	29.264	13,67
Misas pagadas a San Roque	1.105	0,52
Gastos de farmacia	14.410	6,73
TOTAL	214.047	99,98

Fuente: AGN, Colonia, Hospitales y Cementerios, tomo 1, fols. 445r-446v.

Al cotejar las cantidades de gastos e ingresos se observa «un alcance» (déficit) significativo:

Ingreso:	202.326
Gasto:	214.047
Alcance:	-11.721

Los religiosos encargados de las cuentas explicaron que tal déficit se debía a la cantidad de deudas que el Hospital tenía con distintas personas de la ciudad, a quienes habían recurrido en momentos de emergencia económica con el fin de comprar los bienes necesarios para mantener a los enfermos, como harina, carne, legumbres y varios tipos de medicamentos. Una gran parte de estas deudas se habían asentado en las cuentas como gastos ordinarios y como gastos de botica, «esperando la oportunidad de pagarlas, lo que no se había podido verificar a cau-

³⁵ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fols. 445r-446v.

sa de la escasez de víveres, y demás necesario [...] y el excesivo gasto que este convento ha sufrido con el acopiado número de soldados enfermos»³⁶.

4.4. Una versión sobre la población hospitalaria

La visita continuaba con la inspección del archivo: libros de escrituras, libro de hacienda y de casas, libros de recibo y gastos antiguos, inventarios, libro de colecturía, todo lo cual Isla halló «conforme». Fue más detenido el examen del libro de recepción de enfermos, el cual evidenciaba la gran y variada cantidad de población que el Hospital debía acoger: soldados, marineros, pobres enfermos, presidiarios, esclavos, eclesiásticos y particulares (véase *Cuadro No. 6*).

CUADRO N° 6. Población hospitalaria (1786)

CONDICIÓN	ADMITIDOS	PORCENTAJE	FALLECIDOS
Soldados	16.010	63,44	719
Marineros	3.710	14,70	86
Pobres enfermos	3.088	12,23	466
Prisioneros	1.298	5,14	127
Esclavos (de particulares)	576	2,28	70
Esclavos de Su Majestad	438	1,73	24
Eclesiásticos y particulares	113	0,44	7
TOTAL	25.233	99,96	1.499

Fuente: AGN, Sección Colonia, Hospitales y Cementerios, tomo 1, fol. 449r.

La población militar que vivía en Cartagena se componía de dos grupos con diferentes características: los *militares regulares*, «profesionales» cuyo salario se pagaba con los impuestos recaudados por la Corona y quienes seguían una carrera militar que constaba de varios grados, donde el nivel más bajo era el de soldado. Y las *milicias disciplinadas*, cuerpo conformado por

³⁶ El Padre visitador solicitó al Prior del Hospital que se le presentara el «Memorial de Deudas» para examinar la veracidad de tales afirmaciones, lo que se efectuó sin reparo. AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 446v.

los vecinos de cada lugar, que tenían entre 15 y 45 años, quienes no recibían salario, pero debían seguir un entrenamiento militar cada semana o cada mes, poseían uniforme y fuero, y eran convocados en caso de necesidad para defender la localidad³⁷. En el Nuevo Reino de Granada, las milicias más importantes fueron las de las ciudades costeras.

Los presidiarios representaban el 5,14% de la población hospitalaria. Ellos pagaban sus condenas en Cartagena y provenían de todo el territorio neogranadino. Por otro lado, como puede apreciarse, los pobres enfermos eran sólo el 12,23% de la población que el hospital atendía, mientras que la tropa representaba el 63,44%. Esta situación explica las reiteradas peticiones de los Hermanos Hospitalarios de que se creara una institución dedicada exclusivamente al cuidado de los militares, pues la misión de su comunidad era sólo la de encargarse de los pobres enfermos. En algunos de sus informes, tanto de Santafé como de Cartagena, se observa la queja de que, al ocuparse de los soldados, se desvirtuaba la verdadera vocación: el cuidar a los pobres enfermos³⁸. Esta división sólo se podrá llevar a efecto más tarde, durante el gobierno del virrey José de Ezpeleta (1789-1797).

No obstante, este informe sobre la población hospitalaria de 1786 resulta confuso por diversas razones. En 1794, Cartagena tenía 1.590 militares regulares y 2.400 integrantes de la milicia disciplinada, es decir, poseía aproximadamente 4.000 efectivos³⁹. De las cifras anotadas en el informe se puede inferir que en 1786 entraron a curarse en la institución 25.233 enfermos, la mayor parte de los cuales, como se vio, estaba constituida por soldados. Sin embargo, el hospital difícilmente puede haber admitido esta cantidad de soldados enfermos cuando el número total de efectivos de Cartagena no sobrepasaba los 4.000. Esto podría significar que, incluyendo a la milicia disciplinada (que usualmente no era contabilizada en la categoría de soldado), cada persona vinculada a la defensa de la ciudad entró cuatro veces al año en el hospital. Fuera de estas consideraciones, las cifras relativas a la población hospitalaria de Cartagena en 1786, que aparecen en el archivo, tampoco concuerdan con la población general de la ciudad. Recuérdese que en 1777 la población era de 13.690 personas. Por último, es necesario tener también en cuenta que los años 1785-1786 no fueron de conflicto bélico. Como puede observarse, es preciso comprobar en este caso, como en otros relacionados con la documentación hospitalaria, la fiabilidad de las fuentes.

³⁷ KUETHE (1993). *Reforma militar y sociedad*. p. 390.

³⁸ Ver AGN, Colonia, Hosp. y Cem, tomo 8, fols. 560r y ss.

³⁹ KUETHE (1993). *Reforma militar y sociedad*. p. 407.

4.5. Auto de conclusión de la visita

Después de haber examinado los aspectos anteriores, el visitador dictaba algunas órdenes que el hospital debía seguir para su mejor funcionamiento. Isla mandó, en primer lugar, que los religiosos se consagraran con toda su atención y cuidado a los pobres. Mandó, igualmente, que se procurara establecer una tarifa más alta para la curación y asistencia de los militares enfermos, que sería de 2,75 reales por la sola manutención, y que pagaran por separado la ropa de cama, la losa, los catres, los asistentes, los enfermeros y los medicamentos. Esto era indispensable para que el convento hospital no asistiera a los soldados enfermos con las rentas de los pobres.

En segundo lugar, Isla recomendó que por ningún motivo «se contrajeran deudas en lo sucesivo». Sin embargo, si era indispensable, se debía hacer sólo para aliviar las necesidades y las urgencias de los pobres y de la comunidad. Si la situación económica del Hospital era tan difícil que se vieran urgidos de endeudarse para los gastos de la tropa enferma, estas deudas «no podrán contraerse en cantidad mayor que no pueda pagarse con parte del producto de las estancias, dentro de dos o tres meses»⁴⁰.

Otra orden del visitador se relaciona con el afán de anclar algunos aspectos de la vida del Hospital en el registro y la escritura. Se debía llevar una relación mucho más minuciosa de los medicamentos que ingresaban y que se consumían⁴¹. Por último, Isla previno al médico y al cirujano del hospital, que debían guiar sus acciones y sus recetas según el *Reglamento para el gobierno interior, político y económico de los hospitales reales, erigidos en la isla de Cuba*⁴².

⁴⁰ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 449v.

⁴¹ El boticario debería tener tres cuadernos; en el primero anotaría el gasto diario, en el segundo las medicinas que se vendían al público y en el tercero, las que se consumían en las enfermerías de pobres, religiosos y soldados, «remitiéndose a los recetarios firmados por los médicos, que deberá guardar para comprobantes». AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 450r.

⁴² Sus indicaciones son muy precisas y, según sus palabras, se deben seguir «los dictados del *Reglamento de Cuba*». Aconseja entonces a los administradores de la institución: «Que esta contrata se haga por instrumento solemne, y que, en ella se explique por menor todo aquello a que se obliga el convento, y se inserte un formulario de las raciones que se han de administrar a cada enfermo, son expresión del peso o medida que han de tener los alimentos, y que estos se hayan de decretar por el médico o cirujano constandingo así, por su firma en el cuaderno que ha de llevar el cabo de sala». AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 1, fol. 449v.

4.6. Un reglamento para observar

El *Reglamento para el gobierno interior, político y económico de los hospitales reales, erigidos en la isla de Cuba* fue promulgado en 1776⁴³, la Real Orden del 22 de agosto del mismo año instituyó su observancia para todos los dominios españoles en América. El Reglamento, que debía comunicarse a los territorios de las Indias «para la exacta observancia de todos sus artículos, en cuanto sean adaptables con la isla de Cuba», está dividido en tres partes. En la primera, trata sobre las funciones del personal del hospital, tanto del administrativo (contralor, comisario de entradas, mayordomo, capellán) como del médico (médico, cirujano mayor, boticario mayor y boticarios subalternos, practicante mayor y practicantes menores, ropero, cabo de sala).

La segunda parte se dedica a la descripción de las diferentes actividades y rutinas hospitalarias, como la visita del médico y del cirujano mayor en la mañana y en la tarde, las prevenciones de los facultativos que administran unciones, etc. En la tercera parte, se explican las dietas (composición) y las raciones que deben darse a los enfermos.

Entre los aspectos significativos de este plan se encuentra la importancia que se le concede al aseo en relación con la salud:

[El contralor del hospital] impenderá el mayor cuidado, y esmero en que el Hospital esté aseado en todas sus partes, por ser uno de los asuntos principalísimos para conservar, o restaurar la salud, sobre lo que si se advirtieren faltas por disimulo o tolerancia a los dependientes, se considerarán suyas⁴⁴.

Por otro lado, merece también destacarse el reconocimiento que se hace de la singularidad americana, lo cual justifica la adaptación de las reglas al territorio neogranadino y no la aplicación ciega de lo que se hacía en Europa:

Será de su cargo [del cirujano del hospital] dirigir el método de ministrar las unciones, pedir al contralor todo lo necesario, acomodarse a lo que ofrece el país, y no intentar practicarlo bajo las mismas reglas que París, Mompeller (sic), y otras ciuda-

⁴³ El título completo es: *Reglamento para el gobierno interior, político y económico de los hospitales reales, erigidos en la isla de Cuba, con destino a la curación de las tropas, forzados, y negros esclavos de S.M., según las circunstancias, temperamento, y costumbres del país. Formado por el señor Don Nicolás Joseph Rapun*. Madrid. Por Juan de San Martín (impresor de la Secretaría de Estado) y Despacho Universal de Indias, 1776, 43p. Biblioteca Nacional de Colombia, Sala de Libros raros y curiosos, 12118, PZ 6.

⁴⁴ En *Reglamento, op, cit*, fol. 6.

des de Europa, porque la generalidad no puede observarse en todo su rigor, por la incompatibilidad del clima, y demás circunstancias a que es preciso acomodarse⁴⁵.

Resulta interesante en este contexto ver cómo se recomienda la adaptación del tratamiento de esta dolencia «a lo que ofrece el país», sin intentar trasladar mecánicamente lo que se hacía en París o en Montpellier. Tal mención parece resaltar la conciencia de una especificidad del territorio americano en relación, quizá, con el clima en este caso, con las consecuencias que éste podría tener sobre el desarrollo del «mal gálico» y sobre su tratamiento.

Este Reglamento sirvió de guía para casi todos los proyectos de reforma hospitalaria que buscaban llevarse a cabo en el Nuevo Reino de Granada a finales del siglo XVIII. La transcripción literal de algunas sus partes se observa en los planes presentados por los médicos neogranadinos al tratarse de las dietas, de ciertas rutinas hospitalarias, de las obligaciones del ropero, del cuidado de la ropa, etc. Para fray Miguel Isla, como se ha visto durante su visita al Hospital San Juan de Dios de Cartagena (1786), éste era el modelo que debía guiar al personal de la institución en varios aspectos⁴⁶.

Otro ejemplo de adopción del Reglamento lo constituye el plan de alimentación que el médico Antonio Froes diseñó para el Hospital de San Juan de Dios de Santafé; las autoridades del Cabildo de Santafé le habían solicitado expresamente «adaptarlo» a las necesidades y al «temperamento» de la capital. Hay también algunos apartes de este Reglamento que se hacen visibles en el plan que el ilustrado corregidor de Zipaquirá, Pedro Fermín de Vargas elaboró para el hospital de esta parroquia⁴⁷. Lo mismo ocurre en el plan que el procurador de la Real Audiencia, Estanislao Andino, redactó por la misma época⁴⁸.

⁴⁵ *Ibid*, fol. 14.

⁴⁶ La ropa «se moverá de tiempo en tiempo [...] para que la humedad, polillas o ratones no la dañen, procurando tener ratoneras con que extinguir los últimos... (el ropero) celará del propio modo, que de tiempo en tiempo se limpien, y laven las camas, para quitarles las chinches, y otros insectos, que suelen criarse en ellas». *Ibid*, fol. 13. Ver texto idéntico en el plan de Vargas: AGN, Colonia, Hosp. y Cem, tomo 3, fols. 306 v, y en el plan de Andino: AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 8, fol. 609r. Recuérdese que Isla anotaba: «Previniendo al médico y cirujano de que deberían guiar sus recetas según el nuevo *Reglamento de la Isla de Cuba*».

⁴⁷ Zipaquirá es un lugar situado a 49 km de la capital, Santafé de Bogotá (Departamento de Cundinamarca).

⁴⁸ Sobre el plan de Pedro Fermín de Vargas, véase ALZATE ECHEVERRI, A. M (2002). «Devociones políticas y oratoria salubrista: sobre un plan de reforma hospitalaria en la Nueva Granada (1790)». En *Historia Crítica. Revista del Departamento de Historia de la Universi-*

Años más tarde, en febrero de 1788, un informe sobre el Hospital San Juan de Dios muestra el deterioro de su situación:

Hallase en el más lastimoso de los estados, por la mala asistencia de sus enfermos, que consisten en pobres de solemnidad, soldados de tierra y marina, esclavos del Rey y presidiarios, porque sus camas unas son de tabla y otras son de cuero pero la mayor parte sin colchón ni estera, tocando sus huesos en esos duros lechos y la aflicción y dolores de sus males se hacen más graves por la unión de unos con otros [...] Hace relación el infeliz estado de la fábrica material del mismo, la cual amenaza próxima ruina, con urgente necesidad de quitar las goteras antes del próximo invierno, pues de otro modo no podrían los enfermos subsistir en las salas, porque en ellas entran las aguas⁴⁹.

El registro de los recibos y gastos efectuados cotidianamente en el hospital durante febrero del mismo año (1788) confirma la penuria de la institución y pone en evidencia algunos detalles de su funcionamiento.

Estas cuentas no permiten apreciar la situación global del hospital (estado de camas, instalaciones, utensilios, etc.), pero ofrecen elementos de comprensión para otros aspectos. Están divididas en tres partes. Primero, se consignó el «recibo de la tropa», donde aparece la relación de lo que este grupo de personas pagaba cada día por la hospitalidad. Luego, se registraron los gastos realizados en el hospital para el mantenimiento y cuidado de la tropa. Por último, en el llamado «recibo de pobres» se anotó lo que la institución recibía para los pobres y se apuntó la lista diaria de gastos hechos para socorrerlos⁵⁰. No se consignó en este documento la cantidad de dinero recibida por otros rubros, como alquileres, censos, réditos, etc.

El «recibo de tropa» comprendía el dinero recaudado por la infantería (2,5 reales diarios por enfermo), por los pertenecientes a la Marina (3,25 reales), por los particulares (4 reales), por los pobladores para el Darién (2,5 reales), por los presidiarios y por los negros del Rey (1,5 reales). Generalmente el «recibo de pobres» consistía en el noveno y medio de los diezmos, las limosnas, el producto de misas, entierros y responsos y lo proveniente de la curación de los esclavos.

dad de los Andes, 23. Bogotá: Universidad de los Andes, pp. 51-72.

⁴⁹ Informe de José Antonio BERRÍO, Fiscal Interino, 29 de febrero de 1788.

⁵⁰ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 7, fol. 996r-1030v.

5. ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL

Como se vio, los gastos e ingresos aparecen registrados en fichas según el grupo de población. En ellas se consignó, primero, el ingreso que percibía el hospital por «la tropa» y, en seguida, el gasto que efectuaba el establecimiento para la misma población. Igual sucedió con el registro de los pobres. Cada ficha contenía la cantidad y el precio de cada alimento; sin embargo, es imposible calcular la frecuencia de las compras.

Esta fuente permite ver algunos aspectos relativos al consumo alimenticio en el hospital a fines del siglo XVIII. Sin embargo, es claro que este registro no muestra sino una pequeña parte del conjunto de productos consumidos por la colectividad hospitalaria. Hay que considerar que algunos alimentos no aparecían inscritos porque el Hospital podía proveerse de ellos sin comprarlos, como el caso del pescado o de algunos vegetales, los cuales eran donados por los fieles o podían tomarse de sus fincas. Algunas siembras se hacían en los huertos conventuales ubicados en los patios de sus instalaciones: frutas, algunas legumbres y yerbas (bien fueran medicinales o empleadas como condimento); igual sucedía con algunos ganados criados también en sus instalaciones. Se acostumbraba, asimismo, tener un gallinero donde se criaban o se guardaban temporalmente las aves de corral.

La infinidad de lagunas que subsisten en este tipo de documentos se debe, además, al hecho de que gran parte de los registros de estas instituciones desaparecieron de los archivos locales y nacionales. No obstante, las cuentas sobre los gastos en alimentos se consideran documentos muy interesantes y útiles, y constituyen la única fuente que se ha encontrado sobre la temática del consumo alimenticio en un hospital⁵¹.

En esta fuente se observa que no se tienen consideraciones que podrían hacer pensar en la presencia, aún en germen, de un proceso de medicalización alimentaria, lo que sí se expresa en algunos planes de reforma hospitalaria escritos en el Nuevo Reino de Granada en esa época. La medicalización alimentaria es el deseo de hacer depender la dieta del enfermo de las prescripciones y consejos médicos, ella refleja una intervención del acto médico sobre el acto hospitalario. Antes prerrogativa de los religiosos, la distribución de la comida se efectuaba según propósitos y periodicidades dudosas; la medicali-

⁵¹ Sobre la riqueza y las limitaciones de las cuentas de compra como fuente para el estudio de la alimentación hospitalaria, remitirse a VINCENT, B. «Consommation alimentaire en Andalousie orientale. Les achats de l'hôpital royal de Guadix, 1581-1582 ». En *Annales ESC*, 30. Paris : 1975, p. 445.

zación alimentaria una de manera estrecha alimentación y terapéutica, hace que la alimentación forme parte del tratamiento del paciente, siguiendo la misma lógica que los remedios.

En principio, la nutrición es la función básica de los alimentos, ella tiene como fin conservar la vida; los remedios, en cambio pretenden curar la enfermedad o restablecer la salud perdida, pero la cuestión es más compleja pues en algunos casos un alimento puede ser empleado como medicamento, así, la frontera entre alimento y medicamento se vuelve borrosa y dependerá del modo de administración, de la frecuencia del consumo, de la preparación, etc.

Para Hipócrates, cuya terapéutica estaba basada en el régimen y la meteorología, el régimen alimentario debería permitir el restablecimiento de la dinámica vital de los individuos, siguiendo su temperamento particular (flemático, sanguíneo, bilioso, melancólico) y el estado del tiempo (húmedo o seco)⁵². La alimentación prescrita al enfermo tiene por objetivo hacerle recobrar la salud, lo que el médico obtiene asociando la comida con otros elementos de la dietética, con los remedios y/o con la cirugía; en algunos casos, una dieta apropiada podía ser la única medicina eficaz. Es posible ver una evolución en la historia de la alimentación en la institución hospitalaria: desde el medioevo al siglo XVIII, predomina una concepción determinada por el modelo religioso. El hospital, gobernado por comunidades monásticas, cuya vocación se dirigía a la acogida de los pobres enfermos, ofrecía una alimentación sobria pero reparadora. El pobre debía emplear su fuerza para servir a Dios. En esta época, la alimentación estaba «espiritualizada» (vivida como un «don»). En un segundo momento, cuando el médico empieza a reforzar su presencia en el hospital (a partir del siglo XVIII), se implanta en el hospital otra visión del mundo, del hombre y del cuerpo, en el cual el valor preventivo y terapéutico de la alimentación se define, como se ha dicho, según el modelo de la medicina hipocrática⁵³. Como se observa, la concepción reparadora de la alimentación es la que prima en el hospital de Cartagena.

⁵² Según la medicina hipocrática, el cuerpo estaba formado por cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, que corresponden a cuatro elementos naturales: aire, tierra, agua y fuego. La armonía de esos elementos está regida por la fuerza de la naturaleza (*vis naturae*), la enfermedad era ocasionada por el desequilibrio o la impureza de los humores. Debido a la *vis naturae*, el cuerpo tiende a curarse a sí mismo, razón por la cual el médico debería sólo observar el curso de la enfermedad para ayudar a la naturaleza, propósito en el cual la dieta cumplía una función importante.

⁵³ Al respecto ver: *L'appétit vient en mangeant. Histoire de l'alimentation à l'hôpital (XVI-XX siècles)*, Musée de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, novembre 1997-avril 1998.

Estas cuentas de gastos dejan entrever una parte de la composición de la dieta diaria del hospital, la cual incluía sopa, manteca, plátano, azafrán, ajos, cebolla, tomate, comino, orégano, mazamorra (cierta comida dispuesta de harina de maíz con azúcar o miel, especialmente para el abasto y mantenimiento de la gente pobre), sal, fideos (en ocasiones), carne, gallina, huevo, arroz, picadillo, bizcocho, pan y pescado. Según parece, la alimentación diaria era invariable. La sopa era el plato principal; todos los enfermos la tomaban dos veces al día, para el almuerzo y para la cena. Su contenido no aparece enunciado, pero se puede arriesgar la afirmación de que contenía algún trozo de carne o pescado, quizá un poco de arroz, sal, cebollas, alguna legumbre, e iba acompañada de pan, probablemente de maíz, que también formaba parte fundamental de la dieta.

Puede apreciarse, asimismo, el significativo consumo de plátano todos los días. Se sabe que el plátano es un cultivo clave en la alimentación y en la economía de la mayoría de los países tropicales; los valores sociales y culturales construidos alrededor de esta planta forman parte de la identidad de estos pueblos, así como de su paisaje natural⁵⁴. Algunos estudios han revelado que la población indígena que ocupaba estos territorios durante la primera mitad del siglo XVI se sustentaba con un conjunto de alimentos que pueden clasificarse en cuatro dietas básicas: una basada en la yuca; otra, en el maíz; la tercera, en la papa y el maíz, y la cuarta, en el plátano y la yuca⁵⁵. La rápida extensión del cultivo de plátano, traído por los esclavos negros a estos territorios, ha dado lugar a que se hable, en ocasiones, de la «platanización» de la cultura americana⁵⁶.

El arroz —que ocupa hoy un sitio destacado en la dieta colombiana— tenía también un lugar sobresaliente en la dieta hospitalaria. Al parecer, este

⁵⁴ En gran parte del territorio neogranadino, sobre todo en las zonas cálidas, el plátano constituía una de las bases de la alimentación. En su escrito «Pensamientos políticos sobre la agricultura, comercio y minas de este reino» (1790), el criollo ilustrado Pedro Fermín de Vargas refiere, a propósito del plátano, que era propio de los países cálidos y templados, «en donde junto con la carne y el maíz, constituye el único alimento de sus habitantes». VARGAS, P. F. (1986), «Pensamientos políticos sobre la agricultura, comercio y minas de este reino», en: *Pensamientos políticos*. Bogotá: Procultura, pp. 24-25.

⁵⁵ TOVAR PINZÓN, H. (1994). «La frontera del Nuevo Mundo y el poblamiento de la Nueva Granada», en *Convocatoria al poder del número*. Bogotá: Archivo General de la Nación, p.23.

⁵⁶ PATIÑO, VÍCTOR, M (1997). *Aspectos históricos sobre los recursos naturales y las plantas útiles en Colombia*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, p. 442; AA.VV, en *Colombia, país de regiones*. Bogotá: CINEP-Colciencias, tomo 1, 1998, p. 57.

consumo fue una adquisición tardía en el interior del virreinato: en las provincias del interior, como Antioquia, este producto «se traía de la Costa Caribe y del Valle del Cauca, y parece haber sido introducido en Antioquia por los jesuitas a mediados del siglo XVIII»⁵⁷. Según el Reglamento, el arroz tenía sobre todo un uso medicinal por sus calidades «refrigerantes», nutritivas, «dulcificantes de la acrimonia de los humores, y moderativo de la sangre en su rápido movimiento», y era «más que otro a propósito para alivio de los pacientes cuando se precipitan en diarrea»⁵⁸.

La gallina se comía en la comida y la cena, además del plátano, el arroz, los bizcochos (especie de pastelería) y el pan. La carne, que también formaba parte del menú cotidiano, no sólo se comía en la sopa, sino asada, según se escribe en varios registros. La carne era seguramente de res, dado que la Costa era una región ganadera y, por ende, existía una gran cantidad de ganado vacuno. No es probable que se consumiera cerdo en el Hospital, aunque en esta zona costera se criaba más el cerdo que en Santafé⁵⁹. No se mencionan la yuca, ni el ñame, de consumo habitual en la región, y tampoco aparecen las preparaciones y platos que se realizaban, salvo en relación con la mazamorra o el picadillo (cierto género de guisado de carne con verduras y especias).

Para condimentar se empleaban el azafrán y el comino. Estas especias no poseyeron, en principio, una función culinaria sino terapéutica; su utilización médica fue, históricamente, más importante que su empleo como condimento. Cada una de las especias usadas en la cocina a fines de la Edad Media era en un primer momento utilizada como medicina. Durante el Renacimiento, los médicos recomendaban las especias para sazonar las carnes y volverlas así más digeribles. En esta época, la digestión se pensaba como una cocción. El agente esencial en este proceso era el calor animal que cocía lentamente los alimentos en el estómago, como una *marmita natural*. Las especias con las que se sazonaban los alimentos contrabalanceaban su eventual frialdad y ayudaban a cocerlos, ya que se pensaba que todas eran cálidas y secas⁶⁰.

⁵⁷ ESTRADA, J (1996). «La alimentación desde la época prehispánica hasta nuestros días», en: MELO, J. O. (ed). En *Historia de Antioquia*. Bogotá: Editorial Folio Ltda, p. 56.

⁵⁸ Según se consigna en el *Reglamento para el gobierno interior, político y económico de los hospitales reales, erigidos en la isla de Cuba, con destino a la curación de las tropas, forzados, y negros esclavos de S.M., según las circunstancias, temperamento, y costumbres del país. Formado por el señor Don Nicolás Joseph Rapun*, p. 42.

⁵⁹ MCFARLANE, A (1997). *Colombia antes de la Independencia*. Bogotá: Banco de la República. El Ancora Editores, pp. 78-80.

⁶⁰ El comino, por ejemplo, estaba en el «en el tercer grado de calor y de sequedad». Estas «cálidas» especias facilitaban la digestión en las personas sanas, pero, en las enfermas podían

Las diferencias percibidas entre la dieta de la tropa y la de los pobres son poco significativas; sólo se presentan en relación con los huevos y con los fideos. Por ejemplo, en febrero de 1788, los pobres sólo comieron huevos cuatro días, mientras que formaron parte del consumo cotidiano de la tropa. En cuanto a los fideos, sólo aparecieron algunas veces en el menú de los pobres, nunca en el de los otros.

A partir de estas cuentas, es imposible inferir la frecuencia, el horario o las porciones de las comidas. En relación con la frecuencia de las comidas se observa sólo la inscripción de la comida y la cena, no hay ninguna mención sobre el desayuno⁶¹. De igual manera, es muy difícil saber si el cocinero del Hospital observaba las prescripciones dietéticas ordenadas por el médico o no. Al parecer, sólo se hizo una distinción entre la alimentación de los enfermos en general y la de los otros miembros de la comunidad. La existencia de dietas propias a cada estado de la enfermedad no aparece en estos documentos, pero será un aspecto largamente tratado en los proyectos ilustrados de reforma hospitalaria a finales del siglo XVIII y principios del XIX.

Otro tipo de gastos estaba relacionado con el vino. La función terapéutica del vino en la vida hospitalaria era importante. Como «bebida caliente y seca», corregía los excesos de frío, y se empleaba a menudo puro o mezclado con otros medicamentos en caso de dolencias como los catarros y otras afecciones respiratorias⁶². La virtud protectora del alcohol figuró entre los dogmas de la medicina humoral, que asociaba los cuatro principios fundadores (cálido y frío, seco y húmedo) con diversas configuraciones ambientales y climáticas, la edad, el sexo y las costumbres. La teoría de los humores sirvió de base durante largo tiempo a la «medicina del vino», que era prescrito con fines terapéuticos o laxantes y desempeñaba un papel importante en la cicatrización de las heridas o de las llagas; en última instancia, fue un elemento clave en la farmacopea desde la Antigüedad hasta el siglo XIX⁶³.

causar daño, por ello eran contraindicadas en las dietas de las dolencias febriles. FLANDRIN, J-L y MONTANARI, M. (1996), *Histoire de l'alimentation*. París: Fayard, p 189.

⁶¹ Esta comida se consagra en varios de los planes hospitalarios de finales del XVIII. Se tiene noticia de que en algunos hospitales europeos como el de Ginebra, el desayuno consistía sólo en un caldo; había dos comidas diarias (al mediodía y en la noche), y un bocadillo ligero al final de la tarde que no se le daba a todos los pacientes. PIUZ, A-M. (1980), «L'alimentation hospitalière à Geneve au XVIII siècle», en: *Lyon et l'Europe. Hommes et sociétés, mélanges d'histoire offerts à Richard Gascon*, vol. 2. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, p. 179.

⁶² FLANDRIN, J-L Y MONTANARI, M. (1996), *Histoire de l'alimentation*. París: Fayard, p. 142.

⁶³ Tal medicina retoma los preceptos de Hipócrates y los aforismos del *Régimen Sanitatis* (1320) de la Escuela de Salerno, cuyos principios eran enseñados en las facultades de medici-

En los registros, se encuentra también el gasto en carbón para las unciones y las enfermerías, la leña, las velas, el aguardiente, el aceite y el jabón. Las unciones eran un remedio que se ejecutaba para curar el «humor gálico», cubriendo y friccionando al enfermo en repetidas ocasiones con un unguento específico contra este mal, generalmente compuesto de mercurio. Los fármacos, el guayaco, el azufre, la zarzaparrilla, la «raíz china» y el mercurio, eran remedios utilizados contra este mal; pero entre ellos, fue este último el más común; en forma de las clásicas «unciones» o fricciones en la piel, mezclado con un cuerpo graso⁶⁴.

En cuanto a la leña, se utilizaba sobre todo para alimentar los fogones de la cocina. Las velas se empleaban para iluminar y para visitas nocturnas de los cirujanos; el jabón, para lavar las ropas de los enfermos y de las camas; el aguardiente, como medicina, y el aceite, para las lámparas.

Algunos médicos neogranadinos de la época, como Antonio Froes, indicaban cómo la cantidad y calidad de los alimentos suministrados a los enfermos contribuiría a su curación y restablecimiento, pues de poco serviría la presencia de un médico que curara «metódicamente las dolencias, si el alimento que tomaba el enfermo era contrario a la naturaleza de la enfermedad». Siguiendo los postulados de la medicina neohipocrática —figura provisoria de razón y de verdad—, Froes otorgaba a la dieta y a la mecánica compleja de los humores un lugar fundamental. Una dieta o un remedio podían provocar una serie de reacciones que, en lugar de restablecer el orden, podían destruirlo para siempre⁶⁵.

Al no tener conocimiento sobre las cantidades y preparaciones de los alimentos ni sobre las características de la población hospitalaria, es difícil emitir un juicio sobre el verdadero valor de la dieta suministrada en el hospital.

na del Antiguo y del Nuevo Mundo a través de las escuelas de Montpellier y París. Cfr. GOURBERT, J-P (2001), «A divina garrafa: viagens, alcoóis e remédios nos dois hemisférios dos séculos XVI ao XX». En *História, Ciências, Saúde —Manguinhos—*. vol. VIII (suplement), Río de Janeiro: 2001, p. 947. Haciendo particular hincapié en el temperamento de cada individuo, Hipócrates trataba así sobre el vino: «El vino conviene al hombre en una forma maravillosa, con la condición de que sea consumido razonablemente por los enfermos y por los sanos de acuerdo con la situación de cada individuo». Hippocrate, *L'Art de la médecine*, Paris, GF Flammarion, 1999, p. 183. PAUL, HARRY W. (2004), «Vin (Médecine du)». En: Lecourt, Dominique, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, p. 1200.

⁶⁴ RIERA, Juan. (1965), «El tema de la sífilis en la literatura médica española del siglo XVIII». En: *Medicina e Historia*, Fascículo XIV, p. 12. PANCKOUCKE. (1811-1822), *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens*, édité par C.L.F. Panckoucke, Paris : vol. 54, p. 143.

⁶⁵ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 8, fol. 589r-601r.

Es claro que la cantidad de calorías y de proteínas que una persona necesita se miden en función de la edad, del sexo, de la actividad física o de la estatura. En el caso de los enfermos, hay un condicionamiento adicional relacionado con el tipo de dolencia que se padece, pero la ausencia de este tipo de informaciones impide hacer la más mínima especulación sobre la adecuación de esta dieta para alimentar a los enfermos. De todas maneras, es posible pensar que cuando se era pobre y enfermo se comía mejor en el hospital que fuera de él.

5.1. Gastos

Las cuentas nos informan cómo se pagaban diariamente los salarios para los empleados del Hospital. En 1788, el Hospital San Juan de Dios contaba con 16 religiosos. Además de ellos, tenía 43 empleados (su distribución se puede observar en el *Cuadro No. 7*) a quienes se pagaban 55 reales cada día. Entre religiosos y otros empleados, un total de 59 personas laboraban en la institución.

CUADRO N°. 7. Empleados y salarios (Febrero de 1788)

EMPLEADO	SALARIO
1 lavandera	5 reales ⁶⁶
19 empleados del hospital ⁶⁷	47,5 reales (2,5 reales cada uno)
2 mozos de unciones	8 reales (4 reales cada uno)
2 aguadores «de agua del pozo»	4 reales (2 reales cada uno)
1 cocinero	5 reales
2 mozos de botica	5 reales (2,5 reales cada uno)
1 practicante de botica	1,5 reales
12 asistentes para los enfermos	30 reales (2,5 reales cada uno)
3 mozos de limpieza	6 reales (2 reales cada uno)
TOTAL	112 reales*

* 8 reales de la época equivalen a 1 peso.

Fuente: AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 7, fol. 996v.

⁶⁶ En esta suma se incorpora el costo del jabón para lavar.

⁶⁷ El documento no especifica qué funciones cumplían.

Como se puede apreciar, se otorgaba un pago a quienes transportaban el agua, la cual se utilizaba para «baños, tinas, limpieza de la cocina y demás labores de aseo»⁶⁸. Pero, no se menciona si se usaba también para preparar alimentos o si ella provenía de otra fuente. Los mozos de botica, por su parte, eran los encargados de la elaboración de medicamentos.

Los gastos de la institución en alimentación para el mantenimiento de «la tropa» se elevaron en este período a 1.969 pesos aproximadamente, y en lo concerniente a los pobres y religiosos, la suma sólo alcanzó 549 pesos. Esto indica que sólo el 21,80% del dinero se dedicaba a la alimentación de los pobres. Los gastos de las medicinas suministradas a los enfermos en general (no se especifica qué tipo de medicinas) fueron de 698 pesos. El total de los gastos de la «tropa» fue de 2.667, lo cual muestra un desbalance de 867 pesos en relación con las entradas de dinero por tropa, que fue de 1.800 pesos.

5.2. Ingresos

Las cuentas del Hospital durante febrero de 1778 muestran que el mayor ingreso lo constituía el pagado por la infantería (57,38%), seguido en su orden por lo que pagaban los pobres, la marina, los presidiarios y los negros del Rey, los pobladores para el Darién y por último, los particulares (véase *Cuadro No. 8*).

CUADRO N°. 8. Resumen de la población hospitalaria e ingresos pagados por su estadía (Febrero de 1788)

CONDICIÓN	CANTIDAD	INGRESOS POR ESTADÍA (PESOS)
Infantería	4.195	1.310
Marina	487	197
Particulares	99	49
Colonizadores del Darién	208	65
Prisioneros y negros del Rey	957	179
Pobres	1.921	483
TOTAL	7.857	2.283

Fuente: AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 7, fol. 103.

⁶⁸ AGN, Colonia, Hosp y Cem, tomo 7, fol. 996v.

Como puede verse, el sector de la población que más entró al hospital durante ese mes fue la infantería, el cual representó el 53,40% de los ingresados, y pagaba por su estadía lo equivalente al 57,38% de los ingresos que la institución recibía como remuneración por sus servicios. Siguen en cantidad y en ingresos los pobres, quienes representaron el 24,44% de toda la población que acogía el hospital, y su aporte constituyó el 6,14%. El grupo que presentó menor entrada al hospital fue el de los particulares, que constituyeron el 1,26%, y lo pagado por ellos representó el 2,14%. Es claro que, de alguna forma, este hospital durante tal período estuvo subordinado a la institución militar, de allí, como se vió la queja de los hospitalarios relativa al deseo de honrar su verdadera misión, cuidar a los pobres enfermos.

A finales del siglo XVIII, el virrey José de Ezpeleta ordenó la división del hospital en dos sectores: en uno se organizó el Real Hospital de San Carlos para el cuidado exclusivo de la milicia y los presidiarios, y en el otro —que continuó llamándose Hospital San Juan de Dios— se seguían acogiendo los pobres. Ezpeleta encargó al gobernador de Cartagena el establecimiento del Hospital Militar, quien después de hacerlo «dirigió el Reglamento formado para la asistencia y curación de los enfermos», el cual se «conforma en la mayor parte con el de la Isla de Cuba». Este Reglamento fue luego aprobado por el virrey Mendinueta (gobernó entre 1797 y 1803)⁶⁹.

Tiempo después, Mendinueta se dirigió al Rey para solicitarle autorización de que varios de los empleados del Hospital (contralor, mayordomo, enfermeros y cabos de sala) fueran individuos de la tropa (1798). En su petición expuso las razones que justificarían tal medida: en primer lugar, se ahorrarían así en salarios alrededor de 3.458 pesos anuales, que la institución podía invertir en otros gastos necesarios; en segundo término, los enfermos serían mejor asistidos, y por último, si bien en España esta práctica no existía de manera generalizada, sí se había llevado a cabo en situaciones excepcionales en algunos hospitales de Zaragoza y Aragón, con buenos resultados; esta petición pudo haberse inspirado, asimismo, en el hecho de que en los hospitales de Cuba trabajaban también soldados como empleados⁷⁰. En esta petición, el virrey confirmó que el *Reglamento* servía como guía para las actividades del Hospital Militar de Cartagena desde sus inicios⁷¹.

* * *

⁶⁹ Archivo General de Simancas, Secretaría de Guerra, 7071, exp. 18, fol. 111r-112r.

⁷⁰ *Ibid*, fols. 113r-114v.

⁷¹ Archivo General de Simancas, Secretaría de Guerra, 7071, exp. 18, fol. 111r-112r.

En las últimas décadas del siglo XVIII, el Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias, como otros del territorio neogranadino, fue objeto de cuestionamientos y de visitas que pretendían evaluar y corregir su funcionamiento. El hospital debió enfrentar la presión que creó el incremento de la demanda de sus servicios, que era consecuencia de factores como el aumento de la población (recuérdese que Cartagena tuvo una tasa de crecimiento poblacional anual de 3,82% entre 1708 y 1809), la frecuente situación de conflicto bélico en la que se encontró la ciudad y la progresiva valorización de sus funciones en el seno de la sociedad neogranadina. A esto se le sumaba que la ausencia de una cátedra de medicina en la ciudad era una de las causas de la escasez de personal (médicos, cirujanos, enfermeros) para cuidar o tratar a sus habitantes.

Al parecer, el Hospital nunca contó con ingresos suficientes para ocuparse de la creciente cantidad de tropa y de pobres enfermos; sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XVIII, la institución conoció algunos cambios. En esta época, la administración colonial buscó mejorar su estado, aunque los resultados fueron bastante tibios. Las dificultades y problemas que se vivían en los hospitales (espacio reducido, recursos económicos insuficientes, sobrepoblación) llevaron a la necesidad de reformar estos establecimientos o crear otros, pero ya orientados por las ideas nuevas ilustradas en materia de medicina e higiene (individualización, aireación, limpieza, buena alimentación), cuyo estudio sobrepasa el objetivo de este estudio.

Fecha de recepción: 18 de enero de 2007.

Fecha de aceptación: 6 de noviembre de 2007.