

El Hospital San Pablo en la Caracas del siglo XVIII

Una mirada antropológica al pasado colonial*

ELÍAZ GUEVARA, TANIA LIBERTAD

Escuela de Antropología

Universidad Central de Venezuela, Caracas

e-mail: taniaeliaz@yahoo.es

El siguiente texto pretende resumir algunos de los elementos más resaltantes de nuestra investigación de grado, titulada: *El Hospital Real del Señor San Pablo. Espacio de curación y control de los enfermos en la Caracas del siglo XVIII*. El estudio de este hospital nos ha permitido acercarnos a la dinámica de una institución destinada a resolver la relación salud/enfermedad, en el contexto de una sociedad colonial. Partiendo de los instrumentos teóricos que nos brinda la antropología para su comprensión y haciendo énfasis en las herramientas metodológicas de una antropología histórica que nos permita aproximarnos al estudio del pasado.

Palabras clave: hospital, antropología histórica, salud/enfermedad.

The San Pablo Hospital in 18th Century Caracas. The colonial period from an anthropological perspective

Highlights from an earlier thesis entitled *Saint Paul's Royal Hospital. Accommodation and treatment of patients in 18th Century Caracas*. Research reveals the dynamics of an institution destined to define health/illness in colonial society. An historical emphasis employs anthropological methodology that gives an understanding of the past.

Key words: hospital, historical anthropology, health, illness.

* Recibido: 11- 07- 2007. Aceptado: 31- 7- 2007

1.- Introducción

Nos hemos interesado en el estudio del hospital San Pablo de la Caracas del siglo XVIII, intentando conocer el ámbito de los sufrimientos en la sociedad colonial y las respuestas culturales producidas para interpretarlo, asimilarlo y afrontarlo. Partimos de la idea que el hospital es una creación cultural del mundo occidental, que persiguió en sus inicios tratar la pobreza y la enfermedad, desde la caridad y la asistencia, pero que como institución social responderá al contexto histórico donde se inscribe. Intentaremos conocer la idea del hospital en la Caracas colonial a través de las prácticas sociales que generan y justifican su existencia.

Para conocer el hospital San Pablo hemos tomado las herramientas metodológicas que la antropología histórica nos brinda, para acceder al pasado, intentando reconstruir en detalle el funcionamiento de esta institución, y con las herramientas teóricas que nos permiten relativizar las respuestas sociales a los procesos de salud y enfermedad, entendiendo que las practicas sociales que a partir de estas realidades se generan, se concentran en un espacio que las institucionaliza, este espacio es el hospital.

Pensamos al hospital como un lugar que controla la enfermedad y al mismo tiempo funge como mecanismo productor de saber y de relaciones de poder, que permiten mejorar las respuestas y tratamientos de la realidad perturbada generando una relación positiva con el resto de la sociedad.

Por otra parte es preciso señalar que la mayoría de los investigadores que se han dedicado al estudio de los hospitales en nuestro país han sido médicos que se acercan a la historia de medicina e intentan reconstruirla desde los paradigmas de su ciencia, partiendo del supuesto de que los hospitales fueron instituciones que evolucionaron de un estado precario a uno avanzado, que deriva en el actual. Estos estudios por lo general parten de valoraciones hechas desde la visión del presente del investigador, que implican la utilización de analogías entre instituciones sanitarias co-

respondientes a diferentes épocas y diferentes contextos sociales y culturales (Archila, 1961a).

Nos planteamos el acercamiento al hospital San Pablo durante la segunda mitad del siglo XVIII, centrándonos en la organización interna del hospital y las relaciones que surgen entre las instituciones coloniales y la administración del hospital en torno al control de la curación y de la institución misma; en esta oportunidad trataremos de destacar algunos de los aspectos más relevantes de nuestra investigación.

Nos interesamos en mostrar qué es un hospital en el siglo XVIII y qué representaba para la sociedad caraqueña de aquel entonces, intentando acercarnos a las lógicas que explican y garantizan su funcionamiento, los discursos que lo recorren, la visión del mundo a la que responde y los elementos culturales que la fundamentan.

Las principales fuentes archivísticas que empleamos para el estudio de este hospital reposan en su mayoría en el Archivo General de la Nación y, en menor medida, en el Archivo de la Academia Nacional de la Historia y el Archivo Arquidiocesano.

2.- Acercarnos al pasado

El acceso a una sociedad del pasado se establece mediante el estudio de los restos materiales (objetos, monumentos, iconografías) y documentales que sobreviven en el presente. Las fuentes son el instrumento con el que podemos acercarnos al estudio del pasado, pero éstas "... sólo suministran los síntomas de una realidad que hay que reconstruir" (Burguière, 1979: 42). A partir del estudio de las fuentes podemos conocer los productos de la actividad humana, acercándonos a las prácticas sociales. Las fuentes nos acercan a la vida y a las prácticas de una sociedad pretérita, ofreciéndonos información para la reconstrucción de los hechos y su posterior interpretación. El investigador encuentra un

registro del pasado que debe contextualizar de acuerdo a la sociedad y al tiempo del que proviene.

La posibilidad de conocer el pasado en una sociedad occidental, donde la percepción del tiempo es secuencial, implica el reconocimiento de que los enunciados que encontramos en el presente acerca de los hechos pretéritos pertenecen a una producción consciente, ideológica y política de quienes dejan el registro y testimonio. Para acceder al conocimiento del pasado lo hacemos desde el enunciado que subsiste sobre el acontecimiento, que nos permite reconstruir el hecho en la imaginación a partir del documento que lo registra (Schaff, 1983).

Los que se abocan al estudio del pasado se encuentran marcados por la cultura e ideología de su presente histórico, y ésta puede sobreponerse a las realidades que estudia. Paralelamente, el investigador se enfrenta con una versión de los hechos que sobrevive en el documento que a su vez es creado y registrado en concordancia con los intereses de los grupos dominantes del pasado. Consciente de estas dificultades el investigador necesita una “caja de herramientas” que le permita desprenderse de los elementos de su presente para encontrarse con el pasado, construyendo metodológicamente caminos que lo lleven a la realidad pretérita (Amodio, 2005).

Los que construyen conocimiento acerca del pasado deben considerarse como viajeros en una nación que no es propia, bien se trate del pasado de otro país o del país del investigador, para ello:

“...es necesario darse herramientas para desentrañar su existencia y sus formas, es decir, de una epistemología que haga posible la construcción de la realidad de los otros, contemporáneos o pasados, a partir de ellos mismos y no de lo que nosotros pretendemos que sean o fueron. Útil es, en este sentido, rescatar la presuposición teórica de la antropología occidental, a saber: que cada sociedad opaca sus reglas, naturalizando la historia, y es en esta trampa en la que caen muchos investigadores, doblemente inconscientes: (a) de

las presiones que su sociedad ejerce sobre ellos y (b) de la resistencia que las sociedades del pasado oponen a su intención cognoscitiva” (Amodio, 2005: 197).

El investigador que se dedica al estudio del pasado se encuentra con una serie de problemas que le dificultan la reconstrucción de todos los elementos del pasado que quisiera conocer, la fuente escrita representa una limitación que debe ser tratada con espíritu crítico. Y aunque no podemos acceder directamente a quienes nos dejaron registro escrito, podemos aplicar metodologías, como la del “paradigma indiciario” propuesto por Carlo Ginzburg, que nos permitan conocer la realidad, ya que esa realidad siendo opaca posee “...zonas privilegiadas, señales e indicios que nos permiten descifrarla...” (Ginzburg, 1979, 1989). A sabiendas de que el conocimiento profundo de una sociedad no es accesible a través de una conexión directa.

Por otro lado, la “crítica histórica” nos permite también aproximarnos de una manera más adecuada a los documentos. Las fuentes históricas no sólo son objeto de conocimiento sino también medio de conocimiento, son el punto de partida de toda reconstrucción histórica siempre que su contenido sea objeto de crítica y los problemas que plantea sean resueltos en base a criterios y métodos adecuados (Lemmo, 1970).

Por otra parte hay una íntima relación entre el método y la teoría. La manera en que defino las categorías para explicar una realidad marca la forma en que voy a acercarme a ella. Es importante recordar que: “... Las metodologías implican juicios sobre el nexo que une los hechos entre sí, que derivan de una precisa concepción de cómo funcionan las sociedades y de cómo piensa la gente” (Radding, 1984: 106); ellas implican modelos interpretativos para la investigación.

En este sentido, el enfoque metodológico y el teórico se encuentran, y las categorías y fundamentos que adoptemos mar-

carán la forma en que nos acerquemos a la investigación. El enfoque metodológico para el conocimiento del pasado lleva dentro de sí una postura teórica previa, un acumulado de categorías que nos permiten investigar, analizar y construir datos.

En lo que respecta a la antropología, ésta intenta comprender lo que gente de condición diferente, inscrita en circunstancias materiales diferentes y dominada por ideas diferentes, piensa de la vida. Los antropólogos “... Al enfrentarnos con un mundo de otro lugar, da casi lo mismo que ese otro lugar haya existido hace mucho tiempo o esté muy lejos” (Geertz, 1992: 58). El trabajo del antropólogo consiste en construir “...`aproximaciones´, a la realidad del otro, tanto presente como pasado” (Amodio, 2005: 150).

La distancia cultural precisa para la construcción de conocimiento antropológico la podemos encontrar en el espacio y en el tiempo. El antropólogo puede desplazar su mirada en el tiempo, desde el presente de su propia sociedad al presente de una sociedad del pasado, donde dirija su mirada encontrará una “otredad” sensible a su estudio. El antropólogo a través de un registro del pasado que encuentra en el presente, intenta trasladarse a esa otra sociedad distinta y particular que se desarrolla en una dimensión temporal que le es ajena, y que le permite construir la “otredad”.

La investigación antropológica trata de mostrar que todo lo que ocurre en el devenir de una cultura marca los acontecimientos que ésta produce. El antropólogo no establece distinciones entre grandes o pequeños acontecimientos, pues su búsqueda no está orientada hacia el “tiempo corto” que define los cambios, su interés es hacia los elementos que permanecen y marcan el devenir de una sociedad y que definen su cultura, expresados en la vida cotidiana de las sociedades. El antropólogo fija su mirada en las permanencias culturales que sólo pueden ser vistas como fenómenos de lo que ha denominado Fernand Braudel “larga duración” (Braudel, 1990).

A partir de un estudio intensivo del registro del pasado el antropólogo se encarga de buscar las permanencias culturales, intentando centrarse en los pequeños elementos que conforman a la sociedad estudiada, en lo que cotidianamente le da sentido a su funcionamiento y organización, a lo que estructuralmente la fundamenta. Se trata de desarrollar una antropología histórica, a través de la utilización de la metodología para la producción de datos y los modelos explicativos característicos de la disciplina, elaborados en el estudio de sociedades del presente (Amodio, 1998). En el caso de las investigaciones en antropología histórica:

“... se trata de elaborar la situación de `observación participante´ a partir de documentos descriptivos de la vida cotidiana de la sociedad pretérita, para reconstruir el contexto cultural e histórico del período analizado. Por otro lado, el `informante´ es sustituido, a su vez por los `testimonios´ explícitos de la época. Sin embargo, así como en el campo de la antropología contemporánea es necesaria una atención particular sobre los informantes y la vivencia que determina el dato (sexo, status social, historia particular); de la misma manera, en el campo de la `antropología histórica´, es necesario tener en cuenta los diferentes productores de los documentos escritos. Antes que todo, se trata de dar cuenta del contexto social y cultural del productor del documento y de sus intereses en el asunto en cuestión” (Amodio, 1998: 8).

A través de la etnografía: esa descripción detallada de los fenómenos cotidianos que caracterizan a una sociedad, accedemos al nivel de las prácticas sociales. A través de la documentación escrita y de los restos materiales, accedemos a la producción cultural de sociedades pretéritas, a partir de allí construimos la descripción etnográfica de esas sociedades, intentando recaudar la información suficiente para que a partir de la teoría antropológica se construyan y analicen los datos.

El antropólogo dará cuenta, desde una mirada externa, de los fundamentos de la vivencia y reflexión cultural con el objeto

de comprender lo que los “otros” piensan y construyen como cultura. A través del estudio de una sociedad del pasado, la antropología pretende trascender lo implícito, para llegar a un nivel que se encuentra más allá del fenómeno, más allá de los hechos que marcan o no el devenir de una sociedad.

El trabajo del antropólogo, tanto en sociedades del presente como del pasado, está orientado fundamentalmente a definir los niveles estructurales que fundamentan la vida cotidiana de los individuos, identificando las formas de producción de la vida social y en el caso de las sociedades estratificadas la producción cultural diferenciada (Amodio, 1998: 4-5).

La cultura en gran parte opera en un nivel inconsciente donde los individuos dan respuestas automáticas al mundo. En este nivel funcionan y se reproducen las sociedades y esa opacidad que producen evita que las pautas sean concientizadas y el individuo las ponga en duda. Por lo general, el antropólogo no se encuentra, al investigar una cultura, con explicaciones morales y racionales de una costumbre, la respuesta encontrada es que siempre ha sido así. Cuando se encuentra con interpretaciones, éstas tienen un carácter de racionalización o elaboración secundaria. Las razones inconscientes por las cuales se practica una costumbre o se comparte una creencia se encuentran muy alejadas de aquellas que se invocan para justificarla (Lévi-Strauss, 1972).

De cualquier manera la etnología no puede ignorar los procesos diacrónicos y las expresiones más conscientes de los fenómenos sociales:

“... Pero si les dedica la misma atención apasionada que el historiador, es para obtener mediante una especie de marcha regresiva, la eliminación de todo lo que deben al acontecimiento y a la reflexión. Su objetivo consiste en alcanzar más allá de la imagen consciente y siempre diferente que los hombres forman de su propio devenir un inventario de posibilidades inconscientes cuyo número no es limitado; el repertorio de estas posibilidades y las relaciones de compa-

tibilidad que cada una de ellas mantiene con todas las demás proporciona una arquitectura lógica a desarrollos históricos que pueden ser imprevisibles sin ser nunca arbitrarios...” (Lévi-Strauss, 1972: 24).

Finalmente, si se quiere dar cuenta del funcionamiento de una sociedad en cualquiera de sus sincronías es necesaria una formación específica y una experiencia de tipo antropológico (Amodio, 2005).

3.- La idea de hospitales hacia el siglo XVIII

Para algunos autores la idea de Hospital en el mundo Occidental como establecimiento técnico sanitario fue una creación de la Roma imperial a través de sus hospitales militares, mientras que la idea de hospitales para pobres se atribuye a la influencia del cristianismo. Este tipo de instituciones no fue del dominio exclusivo del mundo Occidental, ya que establecimientos con funciones semejantes existían ya en el mundo indostánico a raíz de la aparición de la religión budista, de los que Occidente tuvo conocimiento sólo después del siglo XVI. La idea de hospital del mundo occidental estuvo influenciada por el cristianismo y por la cultura mediterránea (Zúñiga, 1954). La caridad cristiana, y en menor grado el interés sanitario, determinaron la fundación de hospitales (Guglielmi, 1986), que fueron destinados a la asistencia de pobres de solemnidad y que formaron parte de un dispositivo asistencial controlado por la Iglesia.

Antes del siglo XVIII el hospital era una institución de asistencia a los pobres, que los recogía, separaba y excluía: “el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre que estaba ya moribundo” (Foucault, 1992a: 159). Los hospitales en el siglo XVIII, además de espacios de reclusión y de muerte, fueron percibidos como un espacio de miseria y pobreza.

El hospital era definido durante la época como: “la casa donde se recibe a los pobres enfermos... y se curan las enfermedades que padecen... Se llama también a la casa que solo sirve para recoger de noche a cubierto los pobres...” (Diccionario de Autoridades, 1737: I: 182). El hospital en su propósito de tratar la enfermedad, recogía sobre sí otros problemas como lo era el de la pobreza. Este recinto estaba dedicado a los “pobres enfermos”, específicamente a los “pobres de solemnidad”. El *Diccionario de Autoridades* señala que “Pobre” es aquel: “Necesitado, menesteroso, y falta de lo necesario para vivir, ó que lo tiene con mucha escasez. Se llama comúnmente al mendigo que pide limosna de puerta en puerta” (Diccionario de Autoridades, 1737: III: 304). Por otra parte *Pobre de solemnidad*: “Se llama al que padece total necesidad, y pobreza, por la que se ve obligado a pedir limosna para mantenerse. Pudo haberse dicho, porque por lo regular concurren semejantes pobres a las solemnidades, o fiestas...” (Diccionario de Autoridades, 1737: III: 140).

El hospital a fines del XVIII comienza a ser un instrumento que actuará con precisión sobre los individuos, con el objeto de controlar, vigilar e investigar los agentes de perturbación. Para ello generará estrategias que garanticen no sólo la vigilancia y el control sino también la observación, estudio, curación y asistencia de los que allí se encuentran. Es así como esta institución va tejiendo nuevas formas de control y de dominio, que le permiten concretar sus funciones. El hospital se convertirá así en un lugar de vigilancia, un espacio que se cierra sobre sí mismo, sistematizando y ordenando su funcionamiento.

Durante el siglo XVIII la idea de caridad religiosa entra en crisis, conduciendo a secularizar numerosas instituciones, lo que implicó el paso a un sistema de beneficencia pública asumida por el Estado que va a consolidarse en el siglo XIX (Maza, 1987). Los hospitales y hospicios que comienzan a funcionar en España en la segunda mitad del siglo XVIII estuvieron precedidos de una serie

de programas y proyectos que expresaban una nueva racionalización del Estado y la economía, donde el encierro de ociosos y vagos constituía una pieza clave en los proyectos ilustrados (Alvarez-Uría, 1983).

Esto ocurre en España en especial durante el reinado de Carlos III. En España, durante el siglo XVIII, bajo el influjo de la dinastía Borbónica se plantea la reorganización del gobierno; problemas sociales como la vagancia comienzan a ser resueltos, no ya a través de métodos de castigo, sino generando una nueva política de corrección vinculada al mantenimiento y organización de espacios como los hospicios y las casas de corrección para rectificar conductas, y los hospitales para remediar los cuerpos enfermos y achacosos (Alvarez-Uría, 1983). Es así como se van generando, no solamente en España sino también en el resto de Europa, políticas y estrategias que definen un mayor control social sobre el problema de la pobreza y la vagancia. Se hizo necesario no solamente controlar a los individuos portadores del mal sino aquellos que debían ser encauzados por su comportamiento.

En América lo concerniente a los hospitales estaba en manos de la corona en virtud de los derechos adquiridos por las bulas otorgadas por los sumos pontífices a los reyes católicos y sus sucesores a través de lo que se ha denominado Ley de Patronazgo (Perera, 1951). La fundación de hospitales entre otros lugares píos debía ser autorizada por la corona.

Cronológicamente, el primer hospital que se conoce en lo que hoy corresponde a Venezuela es el de la isla de Cubagua, del que se tienen referencias documentales desde 1532. El primer hospital en costa firme corresponde a Coro, fundado a mediados del siglo XVI y del que se conoce por Real Cédula de 1552. Este hospital fue reconstruido en varias oportunidades debido a los ataques de piratas que hostigaron a la ciudad de Coro durante ese siglo. El primer hospital de tierra adentro corresponde al Hospital

de Barquisimeto fundado por el clérigo Pedro del Castillo hacia 1565 (Archila, 1961a).

Los hospitales estuvieron regidos por la ley de Patronazgo Real: “... en el derecho de Patronazgo concedido por los sumos pontífices a lo Reyes Católicos y a sus sucesores, según el cual el cuidado y supervisión de los hospitales quedaba a cargo de los virreyes, audiencias y gobernadores (disposición dictada desde 1587, ratificada en 1612 y 1624)” (Archila, 1961b: 35).

En cuanto a Caracas, su primer hospital y el principal de la provincia fue el de San Pablo cuyo origen se remonta a 1602. En 1685 se comienza a edificar al lado del mismo el Hospital de Nuestra Señora de la Caridad que se funda en 1691. Este hospital estaba destinado, en palabras del gobernador Don Joseph Solano “... para asistencia y curación de mujeres enfermas pobres y para la reclusión de las de mala vida” (en Troconis, 1983: 49). También en Caracas en 1752 se funda el primer hospital especial, el Hospital San Lázaro para hombres y mujeres enfermos de lepra (Archila, 1961a: 431).

4.- El hospital San Pablo en la Caracas colonial

El Hospital San Pablo fue fundado en 1602 por iniciativa religiosa, denominado también El Hospital Real del Señor San Pablo, luego que se le agrega a sus rentas el producto del noveno y medio de diezmos, ú Hospital de Caridad y de tropa, como se le llamaba a fines del XVIII. Se encontraba en la zona Sur de la ciudad, cercano a la quebrada de Caroata. Por el Este limitaba con el templo de San Pablo y al Oeste con el hospicio y hospital de Caridad de mujeres, al Norte con la plaza San Pablo y al Sur con varias casas de vecinos. Hacia el lado meridional y en estrecha contigüidad se encontraba el cementerio que servía para la parroquia y los dos hospitales (Archila, 1961a, 1975).

En sus espacios llegó a contar con varias salas, entre ellas la sala de enfermos comunes o también llamados paisanos, la sala

de unciones, el cuarto de éticos, y una sala destinada para los enfermos de viruelas, también denominada sala de San Joseph. La sala principal, estaba ubicada al frente del edificio con vista a la plaza de San Pablo, medía 41 varas de largo por 7 de ancho, siendo empleada para albergar hasta 44 camas en ella (Archila, 1961a).

El Hospital San Pablo era exclusivo para hombres, y adquiere carácter cívico militar para el siglo XVIII, encontrándose indistintamente enfermos civiles y militares, construyéndose en 1751 una sala especial para los últimos (Alegría, 1968). Bajo la administración del mayordomo Gonzalo Quintana Barreto (1759-1777) el hospital aumentó progresivamente su capacidad para albergar enfermos, ya en 1770 el número de camas era de 50, llegando a un número aún mayor con la presencia de enfermos militares (Archila, 1961a). Durante los primeros años de su fundación el hospital estuvo a cargo de la congregación religiosa de los Hermanos de los Pobres; se desconoce hasta qué época existió y laboró esta orden en la institución hospitalaria. Posteriormente, durante las primeras décadas del siglo XVIII, es el mayordomo la principal figura administrativa del hospital.

Durante el siglo XVIII, las labores administrativas recaían en la figura del mayordomo quien representaba la principal autoridad del hospital, tenía amplias facultades de administrador y director, intervenía en el nombramiento del personal médico y del personal auxiliar, y rendía cuentas al gobernador de sus actuaciones y de su desempeño en el hospital. En última instancia, la autoridad del Rey siempre privaba en los asuntos relativos al funcionamiento del hospital, siendo el gobernador y Capitán General de la Provincia su Vicepatrono (Archila, 1975). Es en la Administración de Gonzalo Quintana Barreto cuando se establece una contabilidad general y detallada de los gastos e ingresos del hospital y es a través de esta gestión que encontramos la mayor cantidad de documentación respecto a la historia del San Pablo.

Los hospitales de la época colonial en su mayoría se mantuvieron tradicionalmente bajo la égida de las autoridades religiosas, salvo algunas excepciones, entre las que se encuentra el hospital San Pablo, institución que se mantuvo buena parte del siglo XVIII bajo control civil. A raíz de la promulgación de la Real Cédula de San Ildefonso del 21 de septiembre de 1742, las autoridades eclesiásticas perdieron toda injerencia en el funcionamiento del Hospital San Pablo y en el manejo del noveno y medio que a éste le correspondía; en adelante solo quedaban como medios para intervenir en el hospital las visitas eclesiásticas y la participación del obispo en la elección del mayordomo. A partir de esa fecha la responsabilidad del funcionamiento del hospital quedaba en manos de los Gobernadores.

Por ser el hospital San Pablo el hospital principal de la provincia recibía enfermos de los distintos poblados que no tenían hospital, como Maiquetía, La Guaira, Santa Lucía, Petare, Guarenas, Curiepe, La Vega, El Tuy y otros. Los enfermos en su mayoría eran recibidos en la sala destinada para los paisanos a excepción de los llamados enfermos de distinción que eran recibidos en unas camas separadas del resto de los enfermos, mandadas a hacer en 1763 por el gobernador Felipe Remírez (Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomo 796, f.102).

En los libros de asientos del hospital (Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomo 797), encontramos en buena parte de sus registros la referencia al grupo social y procedencia de los enfermos, la enfermedad y el resultado de su estadía en el recinto. A partir de esta fuente tomamos la muestra de tres períodos, 1759, 1764, 1768-1769, que revelaron la presencia constante de blancos y pardos y en menor medida la presencia de grupos subalternos descendientes de negros e indios. Encontramos también referencia a varias enfermedades y dolencias por las que eran atendidos los enfermos del hospital, entre ellos, diversas afecciones del estómago, afecciones ulcerosas, enfermedades de transmisión

sexual, enfermedades de la piel, enfermedades infecciosas y febriles, entre otras afecciones generales (cf. Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomo 797). La tuberculosis era una enfermedad recurrente y su resultado mortal, la viruela permaneció en el hospital durante varios años y en especial luego de la epidemia de 1764 (cf. Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomo 797).

En las investigaciones arqueológicas realizadas en el sitio que ocupó el hospital San Pablo, se pudo encontrar restos esqueléticos con evidencia de posibles enfermedades infecto-contagiosas, como la sífilis y la escarlatina, además de carencias vitamínicas expresadas en la osteoporosis. La presencia de caries en los cuellos de los dientes, evidencia la mala higiene bucal (Sanoja y Vargas, 1998).

La alimentación formaba parte fundamental de la terapéutica de la época; es así como para el tratamiento de las enfermedades se requería de una dieta recomendada por el médico y del consumo de ciertos alimentos de acuerdo al estado de la enfermedad; éstos eran considerados parte del tratamiento que permitiría el restablecimiento de la salud.

Entre el personal que laboraba en el hospital encontramos a los facultativos graduados en Medicina y los Cirujanos, quienes prestaban una atención convencional, visitando a los enfermos diariamente y dejándoles recetario de las dietas y medicinas para su curación. Paralelamente, existía en el hospital un grupo de personal secundario que atendía diariamente el funcionamiento del hospital, entre ellos los practicantes, enfermeros, asistentes, hospitaleros, cocinera, sirvientes y esclavos.

Los practicantes o platicantes se ocupaban de asistir a los enfermos en su curación, debían cuidar el suministro de las medicinas y el tratamiento que el médico prescribiera. Según el *Diccionario de Autoridades*, platicante es “*El que práctica la Medicina o Cirugía para tener experiencia, adeftrado u enfeñado de*

algun medico o cirujano experto. Dicefe tambien y con mayor propiedad practicante...” (Diccionario de Autoridades, 1726: III: 294). Los practicantes eran una figura intermedia entre el médico y el enfermo; tenían un acercamiento tal a la curación de los enfermos que lograban adquirir en la práctica conocimientos en materia médica y en el oficio manual de la cirugía que no practicaban los médicos letrados por considerarlo vil. En este sentido, el oficio de practicante permitió a los grupos sociales que no tenían acceso al conocimiento médico formal, limitado a los blancos, desarrollarse en el arte curativo.

Por otra parte el hospital debía contar con los servicios espirituales de un capellán y con la ayuda de un sacristán, para el auxilio y alimento espiritual de los enfermos. En caso de que tal cargo no existiese para el hospital, el cura de la parroquia San Pablo o el Teniente de Cura debían cumplir con las obligaciones religiosas para con los enfermos. La actividad religiosa del hospital se evidencia en los datos arqueológicos que arrojan el hallazgo de cuentas de rosario correspondientes a fines del siglo XVII y comienzos de XVIII (Sanoja y Vargas, 1998).

El hospital era concebido como un lugar donde se ejercía la caridad cristiana. Además de los religiosos, también formaba parte de los deberes del hospitalero y del mayordomo instruir en la doctrina cristiana tanto a los empleados como a los enfermos, tal y como lo señala el título IX de las Constituciones Sinodales del obispado de Caracas de 1687 (Gutiérrez, 1975).

Respecto a la economía de la institución, durante el siglo XVIII, el hospital recibía en ciertas ocasiones donaciones de ropa y utensilios. Su mantenimiento principal provenía de tres fuentes: “1° diezmos, 2° réditos de censos (hipotecas) y productos de alquileres, y 3° limosnas de los fieles. La parte de los diezmos comprendía el noveno y medio, incluía la décima (destinada al hospital de cabecera del obispado)” (Archila, 1961a: 52). Este hospital de cabecera del obispado era el hospital San Pablo.

La mayoría de los gastos del hospital provenían de las medicinas y los alimentos para los enfermos y empleados del hospital, como bien lo expresan los libros mayores de cuentas del hospital. Le seguían en importancia los gastos en los salarios de los empleados y, en especial, el porcentaje que percibía el mayordomo anualmente por el cobro de las rentas de la institución, monto que en ocasiones equivalía a la suma de todos los salarios de los empleados del hospital durante un año (Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomos 802 y 813).

5.- De la asistencia a la curación. Transformaciones y permanencias del hospital San Pablo

La idea de los hospitales en Europa fue sufriendo a lo largo del siglo XVIII una serie de transformaciones, sobrellevando un proceso de laicización que en la Caracas colonial aparentemente se desarrolló con menos lentitud que en el contexto europeo. Al parecer las instituciones eclesiásticas no tenían la misma injerencia en las decisiones políticas en la Colonia que en la metrópoli, por lo menos eso es lo que hemos observado a través del estudio de una institución sanitaria, cuyos orígenes debe a la religión cristiana.

Podemos señalar que con el nombramiento Real de los gobernadores como vicepatronos se formalizó el control civil y militar que se tendría sobre el destino del hospital San Pablo durante el siglo XVIII, mientras que en la sociedad colonial el discurso religioso sólo actuó como legitimador del orden social y como dispositivo para homologar la conducta de los individuos antes que como justificador del control de la iglesia sobre algunas instituciones.

El destino del hospital estuvo signado por la presencia constante de enfermos militares que ocuparon gran parte de la totalidad de sus áreas, influyendo en la disposición de los espacios destinados a la atención de los enfermos paisanos pobres de solemnidad, para quienes inicialmente fue creado el hospital. El hecho de

que el hospital estuviese en manos de la gobernación, hizo que éste se convirtiera a su vez en hospital militar contando con un espacio independiente de la administración civil.

En lo que respecta a su organización interna, la figura del mayordomo representaba la autoridad principal en relación al personal que cuidaba cotidianamente a los enfermos, en tanto que los médicos lo eran con su saber en relación a los practicantes, pero quien en definitiva fiscalizaba el hospital y definía su destino era el mayordomo que en ocasiones llegó a tener conflictos con los facultativos por el control cotidiano del hospital. Durante el siglo XVIII, la idea de los médicos de hospital aun no se consolidaba, ya que el personal facultativo sólo cumplía como función específica la visita diaria de los enfermos y la tutoría de los practicantes. En este sentido el saber médico sólo gobernaba los límites del cuerpo enfermo, mas no la institución que los recogía, el poder civil se erigía sobre el saber médico.

La idea del hospital como fuente central de curación y alivio del cuerpo se comienza a gestar durante el siglo XVIII y es en las principales ciudades donde esta transición se percibe con mayor claridad. En este sentido, el estar ubicado en la principal ciudad, donde se encontraban la mayoría de los laureados en medicina, donde el control institucional se hacía más evidente, ya que la misma ciudad albergaba la sede de la gobernación y el resto de las instituciones centrales, le permitía al hospital San Pablo la ventaja de constituirse como un lugar de curación.

Mientras en Caracas, a partir de 1777, se fiscalizaba y controlaban los oficios médicos a través del Protomedicato, en los hospitales de tierra adentro a falta de facultativos, se demandaban los servicios de curiosos y curanderos (v. Archivo General de la Nación, Real Hacienda, Tomo 855). Esto de alguna manera expresaba que el sistema sanitario colonial no sólo no dominaba toda la provincia, sino que no lograba permear las prácticas curativas de las culturas locales, por lo que evidentemente había sistemas cu-

rativos alternos a la cultura colonial dominante que actuaban en la institución en una suerte de sincretismo sanitario. El espacio hospitalario servía como dispositivo de producción de saberes informales en relación a la práctica médica.

De las decisiones del funcionamiento cotidiano del hospital estaban exentos los religiosos y la mayordomía se encargó de controlar el acceso a todo lo relacionado con el asunto. En un intento de controlar la institución hospitalaria, lo que en el fondo se confrontaba era la discusión entre el control religioso del cuerpo y el control civil de los mismos o entre el control religioso de la curación y el control civil de la misma, en el sentido que el cuerpo, desde una concepción religiosa, era pensado como vehículo del pecado y receptor de castigos, terminando en un estado de corrupción corporal imagen de la corrupción del alma, que debía ser sanado desde la práctica religiosa. Esto les permitía a los eclesiásticos intentar intervenir en la vida cotidiana del hospital.

La disposición y funcionamiento interno del hospital San Pablo describe un espacio sujeto a rutinas y a “mecanismos disciplinarios” (Foucault, 1999) que en cierta medida condicionan la estadía de los enfermos en el recinto; mecanismos que van desde los requisitos de admisión hasta la salida de los enfermos por autorización médica o del mayordomo. Desde el momento en que ingresaba al hospital, el enfermo debía someterse a las condiciones de funcionamiento interno, aceptando el tratamiento recomendado por el médico y recibiendo el remedio espiritual de la doctrina cristiana, rezando el rosario regularmente, entre otras prácticas afines. Los días del enfermo transcurrían sufriendo los síntomas de su enfermedad y los efectos secundarios de la medicina practicada durante la época.

Dentro del hospital San Pablo, el cuerpo enfermo, pensado como receptor de males físicos y espirituales, era tratado con una alimentación rígida y particular, que debía aceptar como parte de los servicios ofrecidos por la institución. La alimentación variaba

de acuerdo a la gravedad y al tipo de enfermedad, ya que la dieta era considerada parte del tratamiento que generaría la curación del enfermo. A cambio de la curación y atención, el hospital sometía la voluntad de los individuos que en él habitaban indicándoles las prácticas a la que debían someterse cotidianamente. El elemento negativo de la enfermedad era controlado por la institución con la condición de que el sujeto enfermo se integrara a la dinámica institucional.

El hospital formaba parte de un sistema de instituciones coloniales destinadas al control social y a la homogeneización de conductas, a partir de prácticas localizadas, normadas y formalizadas, intentaba organizar la percepción del mundo y accionar sobre la realidad que representa la enfermedad en tanto amenaza de la estabilidad de los individuos. Esta característica del hospital era compartida también por otras instituciones totales, como la cárcel ó el cuartel (Goffman, 1994).

En el Hospital San Pablo un cierto número de enfermos permanecían todo el día, sometidos a una mecánica de poder disciplinario; al ingresar al recinto entregaban su cuerpo a la institución para que fuese tratado y curado. De esta manera se controlaba al enfermo y a la perturbación que portaba. La práctica religiosa hacía parte del mecanismo disciplinario y se empleaba con el objeto de homologar conductas. El enfermo recibía tratamiento espiritual rezando el rosario junto al personal interno y recibiendo instrucciones en la doctrina cristiana. En el hospital el cuerpo enfermo era objeto de la mirada religiosa que exigía la confesión de sus faltas como examen de ingreso a la institución y también era objeto de la mirada vigilante del médico que examinaba los signos de la enfermedad para curarla y tratarla.

La habituación de las prácticas médicas del siglo XVIII dieron lugar a la formación de la institución hospitalaria como espacio terapéutico y desde allí se trató de instaurar, de esta manera, el sistema médico dominante, fiscalizando las prácticas médi-

cas empíricas, el hospital terminó parasitando al universo ideológico imperante que construía y justificaba el predominio de la medicina occidental sobre el resto de los saberes médicos locales.

El hospital representaba un espacio cerrado sobre sí mismo donde la sujeción de los individuos enfermos que en él habitaban por un tiempo indefinido le permitía el acercamiento y observación del proceso de las perturbaciones que los aquejaban.

Dentro del hospital sobrevivían dos formas de producción de saber: el vinculado a los médicos laureados y el vinculado a los practicantes de la medicina empírica. Para los primeros se contaba con las prácticas de los estudiantes de medicina en el hospital y, para los segundos, el hospital mismo era la fuente de reproducción de un saber alterno a la formación académica de la época. Una vez que el hospital hace parte de la formación de los que se dedicaban al oficio de curar, su labor asistencial se convertía en labor formativa, produciendo un saber sobre el sujeto enfermo, mientras que el control y acción sobre la realidad perturbada le permitía producir conocimiento sobre la misma, mediado por la estratificación social.

En el hospital San Pablo observamos que predominaban los ingresos de blancos y pardos. La admisión de los primeros podría indicarnos que había gran cantidad de blancos pobres de solemnidad en Caracas y que estos demandaban los servicios de la medicina hospitalaria más que el resto de la población, que estaba menos adaptada al sistema médico colonial. Es la sociedad española occidental que reproduce sus instituciones sanitarias, por lo tanto, son los blancos y pardos los que más demandan los servicios del hospital y de la medicina que práctica, por ser parte de los grupos sociales más asimilados a la cultura colonial dominante.

Si, de alguna manera, los grupos sociales subalternos eran vistos con cierto descrédito por su condición estamental inferior, es posible que no fueran considerados pobres de solemnidad dignos de la caridad cristiana y por esa razón eran pocos los pobres

de los grupos subalternos diferentes a los pardos que ingresaban al hospital. Así, el destino de éstos quedaba a manos de las prácticas curativas alternas al sistema médico colonial. Los pobres de solemnidad debían su condición a un estado de precariedad considerado legítimo, producto de circunstancias de fuerza mayor como el caso de las viudas y los huérfanos; la pobreza asociada a la vagancia, considerada pobreza ilegítima y viciosa, no era vinculada al concepto de solemnidad.

Podemos decir que la institución hospitalaria es un espacio donde se impone y reproduce el sistema médico imperante, que intenta controlar la presencia de perturbaciones que afectan a la sociedad en su conjunto, aunque en él también se cuelan saberes y creencias de los demás grupos que conforman la sociedad y que determinan el saber conscientemente producido para curar las enfermedades. El hospital como institución se constituye así en un espacio donde se ejerce control sobre los cuerpos al insertarlos en un universo disciplinado. Él se convierte en un lugar que regula la presencia de la enfermedad y produce conocimiento en torno a la misma. Por otra parte, el hospital responde a una dinámica propia que se encuentra a la par de la producción ideológica y cultural de la sociedad donde existe. De cierta manera los intereses de grupos sociales que dominan se expresan en la práctica hospitalaria, en la producción de no pocos ámbitos de la realidad y del conocimiento producido sobre la enfermedad y su tratamiento.

El hecho curativo pasa por la conjugación de unos saberes específicos no cotidianos, que son objeto de poder productivo y positivo (Foucault, 1992b), representando una respuesta positiva a la irrupción de un elemento negativo en la sociedad. Aunque las relaciones de poder engendren un saber que no es necesariamente ideológico, en una sociedad estratificada los grupos predominantes tratarán de tomar el control sobre la producción de dicho conocimiento.

A la par de la concepción religiosa que marcaba la existencia del hospital desde sus inicios, éste pasó a convertirse en un espacio disciplinado reafirmando su tendencia a reorganizarse como un lugar de curación, influyendo fundamentalmente el control de la institución por parte de las autoridades locales, quienes tenían el deber de garantizar la seguridad y serenidad a la población afrontando problemáticas como las ocasionadas por las enfermedades. En este sentido el problema de la enfermedad comienza a ser pensado no ya desde la relación religiosa, sino como un problema público que debe ser resuelto por las instituciones que garantizaban el ordenamiento social, entre ellas la Gobernación de la Provincia.

La labor asistencial del hospital fundamentada en la caridad cristiana formaba parte del discurso que legitimaba la existencia de la institución, tratando la enfermedad e intentando remediar los problemas producidos por la pobreza. El establecimiento de un espacio disciplinado centrado en el tratamiento y la curación de los enfermos, generó un área en la que el hospital más allá de una institución que asistía a los pobres enfermos, les proporcionaba curación. En tanto que como hospital-escuela sujeto a una mecánica de poder disciplinario de tipo no religioso, permitía extraer de los cuerpos un saber que proporcionaba el tratamiento efectivo de la realidad perturbadora. Con el saber médico se fue desplazando la idea religiosa de la enfermedad, quedando en manos de los hombres la solución a la problemática presentada. Estos cambios sutiles en el discurso de la enfermedad comenzaron a darse durante el siglo XVIII, dentro del pensamiento ilustrado de la época.

Si bien la caridad justificó la existencia del hospital, este fue transformándose de un lugar de asistencia a un lugar de curación, comenzando a producir nuevos discursos en torno a la práctica médica, produciendo cambios en los universos simbólicos que

configuraban la manera en que la sociedad venía pensando la enfermedad y la medicina.

El problema de la enfermedad comienza a hacerse colectivo cuando el lugar que la controla y concentra representa un peligro para el resto de la sociedad, cuando el hospital que se ocupaba de cuidar de los cuerpos contagiados, reproduce el mal y la enfermedad que contiene, amenazando nuevamente a los de afuera. Para fines del siglo XVIII se comienza a cuestionar al hospital San Pablo como instrumento terapéutico. Los discursos acerca de su estado lo describían como un lugar patógeno que contenía la enfermedad, ya que las condiciones de crecimiento de la ciudad permitieron que en el pequeño recinto terminaran hacinándose los enfermos, ocasionando un estado que rebasaba las posibilidades del hospital de ser pensado como un espacio de salud. Era un espacio que contenía el problema de la enfermedad, intentando resolverla en condiciones poco favorables. (cf. Archivo General de Indias, Audiencia de Caracas, leg. 174; en Aguirre, 1994).

El hospital era visto como depositario de la enfermedad y la miseria, el miedo al contagio generaba una situación en la cual el hospital era el espacio destinado a apartar del resto de la población a las perturbaciones que la afectaban y a los sujetos que la portaban. El hospital no solo trataba a la enfermedad como principal problema a resolver, en aras de su erradicación, no solo le servía al individuo enfermo como refugio de sus dolencias, sino que también le servía a la sociedad como un lugar que confinaba y apartaba los elementos negativos que podían afectarla, el sujeto enfermo y la enfermedad que porta.

6.- Bibliografía

AGUIRRE MEDRANO, Fidel. 1994. "Historia de los hospitales coloniales". En: *Hispanoamérica. Historia de los hospitales Coloniales de Venezuela*. Vol IX. Edit. Presencia. Bogotá.

- ALEGRÍA, Ceferino. 1968. *Medicina Militar hasta fines de la Gran Colombia*. Caracas.
- ALVAREZ-URÍA, Fernando. 1983. “Gobierno político de vagabundos y pobres”. En: Fernando Álvarez-Uría, *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Tusquets Editores, Barcelona.
- AMODIO, Emanuele. 1998. “Introducción: Aproximaciones a un lugar de encuentro entre historia y antropología”. En: *La vida cotidiana en Venezuela en el siglo XVIII*. Gob.del Zulia. Sec. de Cult. Maracaibo. pp.3-13.
- AMODIO, Emanuele. 2005. “Extranjero en un país ajeno. Construcción del pasado y realidad histórica desde una perspectiva antropológica”. En: *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Vol. 11 N° 2 Caracas. pp. 141-157.
- ARCHILA, Ricardo. 1961a. *Historia de la Medicina en Venezuela. Época colonial*. Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Tipografía Vargas.
- ARCHILA, Ricardo. 1961b. *Historia de la medicina en Venezuela*. Epoca colonial. Tipografía Lux. Caracas.
- ARCHILA, Ricardo. 1975. “Orígenes de la asistencia hospitalaria. en Caracas. El hospital San Pablo”. En: *Gaceta Médica de Caracas*. No 1. Caracas. pp. 35-100.
- BRAUDEL, Fernand. 1990. *La Historia y las Ciencias Sociales*. Alianza Editorial. Madrid.
- BURGUIÈRE, Andre. 1979. “La Antropología Histórica”. En: Jacques LeGoff (ed.) *La Nueva Historia*. Ediciones Mensajero. Bilbao.
- BURGUIÈRE, Andre. 1976 *Diccionario de autoridades (1726)*. Edición Facsímil. Gredos. Madrid.
- FOUCAULT, Michel. 1992a. *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Editorial Nordom. Buenos Aires.
- FOUCAULT, Michel. 1992b. *Microfísica del Poder*. Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- FOUCAULT, Michel. 1999. *Vigilar y Castigar*. Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI, México.
- GEERTZ, Cliford. 1992. “Historia y antropología”. En: *Revista de Occidente*, No 137. Madrid. pp. 55-74.

- GINZBURG, Carlo. 1979. "Señales. Raíces de un paradigma indiciario".
En: Aldo Gargani (Comp.) *Crisis de la Razón*. Siglo XXI. México.
- GINZBURG, Carlos. 1989. "Morelli, Freud y Sherlock Holmes: Indicios y método científico". En: Humberto Eco. *El signo de los tres*. Editorial Lumen. Barcelona. pp.82-163
- GOFFMAN, Erving. 1994. "Sobre las características de las instituciones totales". En: Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GUGLIELMI, Nilda. 1986. "Modos de marginalidad en la edad media: extranjería, pobreza y enfermedad (A propósito de los estatutos de hospitales y leproserías)" En: Nilda Guglielmi, *Marginalidad en la Edad Media*, Eudeba, Buenos Aires. pp. 9-135.
- GUTIÉRREZ, Manuel. 1975. *El Sínodo Diocesano de Santiago de León de Caracas de 1687. Valoración canónica de Regio Placet a las Constituciones Sinodales Indianas*. Tomo II. Ediciones de la Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia. Caracas.
- LEMMO, Angelina. 1970. *Etnografía y fuentes históricas*. Publicaciones de la Escuela de Historia. U.C.V. Caracas.
- LEVI-STRAUSS, Claude. 1972. "Historia y Etnología" En: Claude Levi-Strauss: *Antropología Estructural*. EUDEBA. Buenos Aires. pp:1-50.
- MAZA, Elena. 1987. *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX. Aproximación Histórica*. Secretariado de publicaciones. Universidad de Valladolid.
- PERERA, Ambrosio. 1951. *Historia de la Medicina en Venezuela*. Imprenta Nacional. Caracas.
- RADDING, Charles. 1984. "Antropología e historia o el traje nuevo del emperador". En: *Historia Social*, No 3, Valencia. pp. 103-114,
- SANOJA, Mario y VARGAS, I. 1998. *Arqueología de Caracas. San Pablo. Teatro Municipal*. Tomo II. Academia Nacional de la Historia. Caracas.
- SCHAFF, Adam. 1983. *Historia y verdad*. Grijalbo. México.
- TROCONIS, E. 1983. *Historia de las cárceles en Venezuela (1600-1890)*. Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia. Caracas.
- ZUÑIGA, M. 1954. "Bosquejo histórico de los Hospitales". En: *Técnica Hospitalaria*. Tomo I, No 3, Caracas. pp.127-132.