
ARTÍCULO DEL DOSSIER

MEDIDAS SANITARIAS ANTE LAS EPIDEMIAS COMO ESTRATEGIAS DE CONTROL SOCIAL Y CULTURAL EN VENEZUELA DURANTE LOS SIGLOS XVII, XVIII E INICIOS DEL XIX

Recibido: 14/01/2021 - Aceptado: 20/02/2021

Aimee Zambrano

Universidad Central de Venezuela, Caracas,
Venezuela

aimeezambrano@gmail.com

Resumen: Durante los siglos XVII, XVIII y a principios del siglo XIX, la Capitanía General de Venezuela establecía una sociedad en la que se estaban gestando una serie de transformaciones de orden cultural relacionadas a la concepción de la salud, las enfermedades, el cuerpo y a las medidas para su control, impuestas por el estamento dominante. Estas medidas sanitarias pueden sintetizarse en los siguientes hitos: estrategias de control frente a las epidemias, la aparición de estudios médicos en universidades, los debates sobre la pertinencia de las inhumaciones en las iglesias y los problemas de salud pública generados por este tipo de prácticas. Esta investigación realizada a través de la transcripción y análisis de fuentes de primera mano ubicadas en el Archivo del Concejo Municipal de Caracas y en el Archivo General de la Nación permitirá la reconstrucción del discurso que sentó las bases para la sanidad en Venezuela que aparece a principios del siglo XX.

Palabras claves: Epidemias, sanidad, historia sanitaria, medicina, control social.

SANITARY MEASURES IN THE FACE OF EPIDEMICS AS STRATEGIES FOR SOCIAL AND CULTURAL CONTROL IN VENEZUELA DURING THE 17TH CENTURY, 18TH CENTURY AND AT THE BEGINNING OF THE 19TH

Recibido: 16/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

Aimee Zambrano

Universidad Central de Venezuela, Caracas,
Venezuela

aimeezambrano@gmail.com

Resumen: During 17th century, 18th century and at the beginning of the 19th century, the General Captaincy of Venezuela established a society in which a series of cultural transformations were taking place, related to the conception of health, illness, the body and the measures for its control, mostly imposed by the dominant establishment. These health measures can be outlined in the following milestones: control strategies in the face of epidemics, the appearance of medical studies in universities, the debates on the suitability of inhumations in churches and the public health problems generated by this kind of practice. Carried out through the transcription and analysis of first hand sources located in the Archives of the Municipal Council of Caracas and in the General Archive of the Nation, this research will allow the reconstruction of the discourse that laid the foundations for health in Venezuela that appears at the beginning of the 20th century.

Palabras claves: Epidemics, health, health history, medicine, social control.

INTRODUCCIÓN

Entre los siglos XVI y XVIII aparecieron en Occidente nuevos métodos para la vigilancia, la distribución en el espacio, la notación del cuerpo de las poblaciones y el desarrollo de sistemas y regímenes de control: cuadros, exámenes, sondeos, investigaciones, muestras y censos. Así la población pasó a ser cercada, sometida y dominada por las relaciones de poder. Al principio, los estudios sobre el cuerpo fueron realizados en el campo demográfico o de las patologías históricas; en el caso de Venezuela especialmente durante los años cincuenta y sesenta de la mano de historiadores como Ceferino Alegría y Ricardo Archila. Pero otras disciplinas también se interesaron en él convirtiéndolo en objeto del poder y del saber, como fue el caso de las ciencias médicas y sanitarias, como bien lo destaca Michel Foucault en sus libros *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión* (1998) en *El Nacimiento de la Clínica* (1966), o en el trabajo del sociólogo británico Bryan Turner (1984).

Esta producción de saberes estaba delimitada por las características ideológicas de los grupos que intentaban imponer su saber. Por ende, los diferentes discursos elaborados en torno a la ciencia médica no son únicamente generados por especialistas, sino también por grupos subalternos, quienes crean una construcción discursiva con relación a la medicina, visibilizando así su representación del mundo.

Y precisamente eso fue lo que ocurrió entre los sistemas de salud y enfermedad de los distintos grupos étnicos que participaron en el proceso de conquista y colonización de América, ya que la llegada de nuevas patologías provocó consecuencias nefastas a nivel sanitario en los territorios conquistados.

Es así como la presente investigación tiene como objetivo la reconstrucción del origen del nuevo discurso sanitario en Venezuela durante los siglos XVII, XVIII y parte del siglo XIX, y está estructurada en dos secciones: la primera que es un análisis teórico sobre la importancia de la concepción de salud, contaminación y sanidad como elementos resaltantes dentro de los sistemas de control social, permitiendo la aplicación de saberes por parte de un grupo dominante mediante la institucionalización. Y la segunda sección que se centra explícitamente en la Capitanía General de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX, mediante un recorrido etnográfico y analítico sobre las principales medidas sanitarias frente a las epidemias y el rol que jugaron instituciones como el Cabildo para establecer dispositivos de control en la población. Así se inicia el recorrido por el mundo de la sanidad colonial venezolana.

SALUD, CONTAGIO Y SANIDAD

El colectivo siempre intenta intervenir en el comportamiento de unos seres humanos

con relación a los otros. Para lograr esta influencia, se sostiene de ciertos valores morales y de ciertas reglas sociales utilizando la creencia en el contagio peligroso que se presenta como un suceso “real”, siendo una interpretación de los hechos según cada cultura. Esa contaminación al ser examinada, revela la carga simbólica que arrastra el tipo de contacto calificado como peligroso dentro de la vida social: “creo que algunas contaminaciones se emplean como analogías para expresar una visión general del orden social” (Douglas, 1973, p. 16). Por ende, las ideas acerca de la separación, la purificación, la demarcación y el castigo de las transgresiones tienen la función principal de imponer un sistema a la experiencia cotidiana.

Así la enfermedad no es dependiente únicamente de la naturaleza, sino que también remite a lo social, no se separa de la falta con respecto a la ley que asegura el orden del mundo. La enfermedad manifiesta que el desorden es intrínseco al contagio. La persona enferma no es contagiosa exclusivamente en la percepción clínica, sino también en el sentido cultural, manifestando la obra del desorden, provocando la propagación de sus consecuencias: “La enfermedad aparece como un mal plural; es la metáfora del desorden expresada en el lenguaje del sufrimiento y la precariedad humanos” (Balandier, 1990, p. 181-182).

Y es durante estos períodos de contagio donde los seres humanos se encuentran desorientados, ya que no se conoce con certeza la naturaleza y el modo de transmisión de la enfermedad que se expande, que además no actúa sola sino que siempre está asociada a otras amenazas, simbolizándolas a todas, pero organizándose en torno a figuras variables que son modificadas con relación a las respuestas, por ende el mal pareciera estar y no estar, lo que explicaría las respuestas contradictorias; sea controlando represivamente, confinando o excluyendo, sea negando la realidad, borrando el riesgo e instando a la calma.

El hecho es que la epidemia hace aflorar los temores a la movilidad continua, a las mezclas, a los encuentros y a las contaminaciones. Eso implica una restricción de las relaciones, un confinamiento, un apoyo voluntario al retiro, generando un aislamiento del mal, una persecución de culpables, quienes son identificados, identificadas, excluidos y excluidas en sitios especializados siendo exterminados y exterminadas socialmente:

La epidemia lleva el contagio del desorden hasta en las cabezas; se convierte en vehículo de culpabilidad; es imaginariamente domesticada designando agentes exteriores y chivos emisarios en el interior. El proceso del que se sirven las sociedades, para fijar sus males y descargarse de ellos, no ha desaparecido de la memoria colectiva: la amenaza de la brujería, los sacrificios ofrecidos a las potencias del orden, si bien han sido rechazados, no han sido expulsados. La epidemia lleva al extremo las reacciones provocadas por el desorden social; por lo menos las hace posibles, permite su aprovechamiento (Balandier, 1990, p. 187).

Esa exclusión de las contaminadas y los contaminados legitima otras exclusiones, trasla-

dándose del ámbito biológico al social, implementándose una serie de medidas de prevención médica que se vuelven obligatorias y generales convirtiendo a la enfermedad en “un mal generalizado imputado a la sociedad, a la cultura, a las costumbres” (Balandier, 1990, p. 188).

En el caso de las disciplinas aplicadas sobre el cuerpo, estas permiten un control minucioso de todas sus operaciones garantizando la inmovilización constante de sus fuerzas, generando una relación de docilidad y utilidad, permitiendo la formación de una política constituida por un trabajo sobre el cuerpo, de sus elementos, gestos y comportamientos, desarticulándolo, explorándolo y recomponiéndolo:

Una “anatomía política”, que es igualmente una “mecánica del poder”, está naciendo; define como se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina (Foucault, 1998, p. 141).

Según las teorías de Michel Foucault (1998) todo poder produce saber, por lo que estas relaciones operarían sobre el cuerpo, cercándolo, dominándolo, sometiéndolo y marcándolo, exigiendo de él unos signos. Este cerco político va a unido a su utilización económica. Así el cuerpo se convierte en fuerza útil cuando pasa a ser un cuerpo productivo y un cuerpo sometido a la vez. De esta manera, se demostró la importancia de los procesos históricos y de los acontecimientos biológicos: “(...) la historia del cuerpo humano no es tanto la historia de sus representaciones como la narración de sus modos de construcción” (Feher, 1990, p. 11).

Así el cuerpo humano es visto como un medio y un objeto de trabajo, constituyendo dicha labor una práctica social, estableciendo las mismas diferencias entre el cuerpo de las poblaciones y el cuerpo de las y los individuos, siendo ese cuerpo individual regulado y organizado en interés de la población:

La regulación del cuerpo de las poblaciones ocurre en conformidad a las dos dimensiones de tiempo y espacio, esto es, la regulación de la reproducción entre generaciones y la regulación de las poblaciones en el espacio político/urbano. El cuerpo, yace en el centro de las luchas políticas; la identidad y la personalidad genéricas tienen que insertarse en la fisiología por conducto de la socialización a partir de roles e identidades específicos (Turner, 1984, p. 67).

De manera que la población se vuelve objetivo de las ciencias del cuerpo, debido en cierta forma a la influencia de la explosión demográfica del siglo XVIII, asociándose con nuevas regulaciones y prácticas coercitivas, creando un sistema general de disciplinas para su control espacial llamado “panoptismo” por Foucault (1998), el cual presupone un registro burocrático de las poblaciones.

De igual manera Foucault analiza en sus obras como el poder se expresa en el cuerpo bajo dos formas principales: una centrada en la corporalidad como máquina, en su educación, en su integración en sistemas de control eficaces y económicos, asegurándolo mediante procedimientos de poder característicos de las disciplinas anatomopolíticas. Y la segunda, formada algo más tarde en el cuerpo de la especie como soporte de los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud y la duración de la vida, con todas sus condiciones variables, los cuales son tratados mediante una serie de intervenciones y controles reguladores a través de una biopolítica de la población: “Luego de la anatomopolítica del cuerpo humano, introducida durante el s. XVIII, vemos aparecer, a finales de éste, algo que ya no es esa anatomopolítica sino lo que yo llamaría una biopolítica de la especie humana” (Foucault, 2000, p. 220).

Así, la presión de la población es el factor importante que perdura detrás de la expansión y el desarrollo de nuevos sistemas y regímenes de control. La imposición de las mujeres y los hombres en el espacio urbano precisa un nuevo orden institucional de prisiones, asilos, clínicas, fábricas y escuelas; volviendo a los cuerpos acumulados en serviciales y seguros. Este tema se conecta a las alusiones del espacio en el saber y la sociedad:

Justo en la medida en que el espacio del saber experimenta acumulaciones de nuevos discursos, el espacio social es rociado con los cuerpos y con las instituciones que son ideadas para controlarlos... El recurso a la moralidad y el despliegue de la iglesia ya no son suficientes para el control del deseo individual; se vuelve necesario circundar las poblaciones urbanas con nuevas instituciones de vigilancia e inspección” (Turner, 1984, p. 200).

En contraposición a la disciplina que rige al cuerpo, esta técnica de poder es aplicada a la vida de los hombres y las mujeres, adiestrando, vigilando, utilizando y castigando los cuerpos de esa multiplicidad, que son afectados por procesos propios de la vida: nacimiento, muerte, producción, enfermedad (Foucault, 2000). Por ende, esa observación de procedimientos más o menos espontáneos o concertados puestos en práctica entre la población, incidió en el boce-to de una estrategia en apoyo a la natalidad, al tratamiento del problema de la morbilidad (no únicamente en el plano epidémico) sino el endémico (forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad de las enfermedades imperantes en una población). Todos esos fenómenos se tienen en cuenta y conducen a la introducción de una medicina que cumplirá una función crucial en la higiene pública con variados entes: “(...) organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población” (Foucault, 2000, p. 221).

Esta producción de ideas está marcada por dos trayectos paralelos signados por las condiciones particulares de producción del saber (dominante o subalterno). Por ende las “medici-

nas” no son siempre el producto de la conformación de grupos especializados sobre el saber médico, sino que los grupos subalternos también intentan producir “medicinas” que están estrechamente vinculadas con su representación cultural del mundo, por ejemplo el caso de las parteras o de los curanderos y curanderas populares. En estos contextos, especialmente en el caso de las sociedades estratificadas, la producción de ese saber médico especializado es controlado por el grupo social dominante, conformando un “cuerpo médico” de funcionarios y funcionarias al servicio del Estado, quienes custodian el empleo del saber oficial y el desarrollo de esos nuevos funcionarios y esas nuevas funcionarias.

De manera que gracias a la construcción realizada por los distintos estamentos, se puede deducir la diversidad existente en torno a las relaciones de poder inherentes y presentes en lo que fue la sanidad durante el siglo XVIII, permitiendo el análisis sobre cómo los grupos de poder elaboraron su discurso como forma de dominación.

LAS EPIDEMIAS Y LAS MEDIDAS SANITARIAS TOMADAS EN VENEZUELA DURANTE EL SIGLO XVIII E INICIOS DEL SIGLO XIX

Las fundaciones de las ciudades y pueblos estuvieron reguladas por algunas estructuras de control que tenían como papel la organización de la vida colonial a la usanza de las instituciones empleadas en la Península española. Ese fue el caso del Cabildo, el cual se encargaba del control civil de las tierras colonizadas. Según las leyes, el Cabildo debía instalarse en cada ciudad, poblado o villa, incluyendo a los pueblos de indios, pero en la práctica no fue así, ya que estos se establecieron únicamente en las ciudades más importantes de estos territorios (Aizpurua, 1988).

Entre sus principales funciones destacaban la observación y administración de las ordenanzas reales, así como el diseño de ordenanzas locales para la instauración y preservación del orden, trayendo como consecuencia la creación de un cuerpo policial que adaptaba las estrategias de control ideológico e imponía en las y los individuos cierto tipo de discurso periódico y cotidiano, haciendo uso de dispositivos como las nombradas ordenanzas, que fueron instrumentos importantes para la planificación urbanística al cual se acoplarían teóricamente las nuevas ciudades americanas recién fundadas:

En cuanto a los médicos: examen, reconocimiento y registro de sus títulos; licencias para el ejercicio profesional; contratación de servicios; designación de personal de hospitales; multas, suspensión y otros medios de lucha contra el ejercicio ilegal, etc. Respecto a disposiciones sanitarias: aseo de calles y plazas; suministro de agua, sistema de alcantarillado y cloacas; vigilancia de carnes y carnicerías; cementerios; orde-

nanzas varias, y medidas múltiples de lucha antiepidémica” (Archila, 1973-1974, p. 669).

De igual manera, el cabildo regulaba los enterramientos durante la época colonial. La llegada y asentamiento de los colonizadores españoles implicó cambios en las prácticas funerarias que tradicionalmente eran realizadas, pasando las y los habitantes de las poblaciones a enterrar a sus difuntos y difuntas en las iglesias o conventos, instituciones religiosas que fueron impuestas por la Corona: “Era costumbre enterrar a los difuntos en el propio recinto de las iglesias o conventos, bien fuese en el piso mismo, cubiertos con una lápida o en bóvedas subterráneas” (Pérez, 1988, p. 766).

A veces los enterramientos eran realizados en terrenos ubicados al lado de los templos, siendo cementerios sagrados bendecidos por la Iglesia. En Caracas a mediados del siglo XVI, aparecen los primeros en el casco central de la ciudad, siendo construidos al lado de las iglesias de las parroquias San Mauricio, San Pablo, Catedral, Altagracia, Santa Rosalía y La Candelaria, tal como lo ordenaba las Constituciones Sinodales del Obispado de Caracas: “Algunos muertos se enterraban en el interior de los templos o se exhumaban en los cementerios y luego se colocaban en las iglesias parroquiales, filiales o capillas” (Cartay, 2002, p. 458). Las fechas de edificación de dichos cementerios son las siguientes:

San Mauricio.....1567

San Pablo.....1580

Catedral.....1637

Altagracia.....1656

Santa Rosalía.....1696

Candelaria.....1708

Fuente: (Landaeta, 1994)

Además de estos cementerios sagrados anexados a las iglesias, el historiador Landaeta (1994) destaca que en Caracas existieron otros que fueron fundados en las cercanías de los conventos: San Jacinto (1586), San Francisco (1595), Las Mercedes (1638), San Felipe (1771) y Capuchinos (1788). Dentro de estos conventos existían bóvedas para sepultar individuos, vendiendo los prelados “puestos” para enterrar a la gente adinerada, entrando así “en contacto” directo con la divinidad. En los conventos de monjas también se realizaban inhumaciones en cementerios anexos: Las Concepciones en 1636, Las Carmelitas en 1739 y Las Dominicas en 1817.

A finales del siglo XVIII todo cambió, ya que fueron emitidas varias ordenanzas en las que eran prohibidas las inhumaciones en las iglesias o en zonas aledañas a ellas en base a algunas investigaciones realizadas en Francia a mitad del siglo XVIII que concluyeron que las fosas ubicadas en las iglesias eran las responsables de las epidemias y de otras enfermedades relacionadas a “los aires” expelidos por los cadáveres en descomposición. Estos estudios provocaron un cambio en las normativas legales, instituyéndose la construcción de cementerios en las afueras de las ciudades con la idea de evitar cualquier brote de enfermedad (Ariès, 2000).

Otra de las causas que motivó el establecimiento de dichas medidas de protección a la salud pública fue el exceso de cadáveres inhumados en las iglesias. En la siguiente cita de un documento fechado en 1778, se deja constancia de los cambios que transcurrían en la Capitanía General, en este caso en Puerto Cabello:

No habiendo lugar en la iglesia del Castillo para dar sepultura â los cadaveres, estoy construyendo un cementerio con beneplacito del comandante de esta plaza en la parte de la Isla, q haze frente â la entrada del Puerto, pareciendomo ver el terreno mas adecuado, poco en q éscoger , y en ninguncaso se opone â el aumento de defensas de dhô castillo por este frente” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1778, T. XXVII, f. 167).

En 1787 el Gobernador y Capitán General de la Isla de Cuba y Ciudad de la Habana, alertaba sobre los considerables daños causados a la salud pública la costumbre de enterrar cadáveres en las iglesias, decidiendo así enviar cartas a Caracas y a Madrid para que se considere dicho asunto y para que las iglesias sufraguen los gastos para la construcción de cementerios en las afueras de los poblados. Esta preocupación sirvió de indicación también para el resto de las colonias españolas:

En carta de 3 de febrero de 1787, hizo presente el Governador y Capitan gen de la Isla de Cuba y Ciudadde Sn Cristoval dela Havana, los considerables daños, que causaba a la salud pública la costumbre de enterrarse los cadaberes en las Iglesias; proponiendo como medio urgentoisimo y conveniente a evitarlos, el establecimito “de uin cementerio fuera de poblado en donde se enterrasen todos sin excepción de personas“(AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1787, T. XXXV, f. 116).

Estas nuevas medidas en torno a los enterramientos de los cadáveres influyó en la vida cotidiana de los poblados, como ocurrió en el pueblo de La Guaira en el que durante octubre de 1788 (un año después de la carta enviada por el Gobernador y Capitán General de la Isla de Cuba y Ciudad de la Habana), el cura del pueblo se negó a darle sepultura a dos cadáveres ya corrompidos que llevaban cinco días expuestos en la puerta de la iglesia (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1788, T. XL, f. 122).

Pero a pesar de estas medidas, a comienzos del siglo XIX aún eran inhumadas en varias iglesias las personas que ya habían separado y pagado un “puesto” sin importar el tiempo de la prohibición de estos enterramientos. Estas excepciones, obedecían casi siempre a problemas de índole económico dentro de la parroquia:

Ha mucho tiempo que en Puerto Cavello no se sepulta cadaver alguno en su Iglesia Parroquial sobre qe actualmente me hà representado su Mayordomo suplicando se permita sepultar en ella a' los que pidieren su sepultura en los tramos superiores de mayor limosna, à fin de subvenir à las necesidades que padece por la escasès de rentas en que ha' quedado con aquel motivo: y aora envista del oficio del VS de 7n del corriente he deliberado suspender la providencia pedida, y doy al cura y Vicario de dho Puerto la Orden adjunta, afin deque si el actual cementerio no fuere apto, elijas otro sitio con acuerdo del Sr comandante, lo bendigas y haga cercas para sepultar en él los que fallecieren del contagio de Fiebre Amarilla, de que esta' amenazado aquel territorio. 8 de julio de 1802” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1802, T. CXIV, f. 81).

Para 1801, ya había llegado a muchas comunidades la orden de no enterrar cadáveres en las iglesias de los poblados y en sus zonas aledañas, hecho que algunos funcionarios tomaron como una de las principales causas para la erradicación de las epidemias, “deviendose atribuir esta Sanidad a la separacion de entierros de los cadaberes en la Santa Iglecia, y estarse efectuando en el Campo Santo erigido en la Sabana”, pero, en un caso en particular, un funcionario envió una misiva al cabildo debido a la negativa del “Benerable nuevo Electo cura” de continuar los entierros “en aquel campo santo” y continuándolos “en el sementerio contiguo ala Iglecia en un corto terreno qe quedo”, terreno en el que se encontraban enterrados las y los que murieron de epidemias y que se había enlosado como forma de prevención según los médicos de la época, “para libertar la Ciudad de igual peste con la evaporacion qe podria causar el sol, y lluvias por no estar cubierto”, y que igualmente el cura continuaría enterrando a las muertas y a los muertos en la Iglesia, porque alegaba que esa prohibición era únicamente durante el tiempo de epidemia (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159).

Este funcionario declaraba que:

Si se abre algun sepulcro de los cadaberes empestados de los muchos qe al principio dela epidemia se enterraron en ella, y tambien por lo corrompido que está todo el terreno de ella como lo hize ver ã VS en mis representaciones en aquel tiempo y por ello me concidero obligado aparticiparlo à VS como tambien por el Informe que este Cabildo tiene hecho ã VS y al Señor I (...) en el que hace ver las razones (...) que obligan aque se entierren los cadaberes en el Camposanto erigido en la Sabana” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159).

Igualmente existían cementerios particulares de algunos hospitales, como por ejemplo el

de San Lázaro en la ciudad de Caracas. Este era un hospital especial en el cual alojaban a los enfermos y a las enfermas de lepra, quienes eran enterrados y enterradas en un cementerio construido en una zona totalmente alejada de la ciudad, debido a las consecuencias mortales que tenía dicha enfermedad para la población. Este cementerio, tuvo cuatro sitios de asiento:

1° Desde 1753 hasta 1781, en lo que hoy se llama “Escuela de Artes y Oficios”. 2° Desde 1781 hasta 1795 en lo que hoy se denomina antigua ruinas de San Lázaro. 3° Desde 1795 hasta 1875 otra vez en el citado lugar donde esta la “Escuela de Artes y Oficios”; y 4° Desde 1875 hasta hoy en el actual Lazareto nuevo que queda mas al Oriente del antiguo sitio de San Lázaro nuevo (Landaeta, 1994, p. 17).

Para 1802 comenzaron las exhumaciones de los restos enterrados en las iglesias y en los cementerios cercanos a ellas. Con relación al cementerio de Caracas, su construcción fue concluida en 1808, pero el proceso fue limitado debido a la escasez de personal, por lo que fueron utilizados entre cuarenta y cincuenta presidiarios para esta construcción, recibiendo cada uno por su trabajo un real y medio (Alegría, 1969):

... He practicado las vivas y activas diligencias solicitando peones pa q tenga efecto la breve conclusion del nuevo Sementerio, valiendome del maestro mayor y Alarife de alvañileria de esta Ciudad, y los pocos que se encuentran en la actualidad no quieren asistir al trabajo por el jornal de tres Rs en que esta calculada la obra y solamente por el de quatro Rs al dia, aocurri tambien alsör Comandante interino del Batallon Veterano solicitando los presos de us cuerpo pagandolos acada uno real y medio diarios y tres al sargento qe hase de sobreestante; estos estan ocupados en el edificio militar de su cuartel deSn Carlos= (...) me estrechan à la conclusion de la referida obra por la peste q amenaza el cementerio dela Parroquial de Sn Pablo, según lo representa el Sör Provisor y Vicario Grãl de este Arzobispado” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1808, T. CXCII, f. 96).

Sin embargo, en las décadas que siguieron se mantuvo la costumbre de enterrar en iglesias, conventos y cementerios anexos, a pesar de que Simón Bolívar prohibió esa práctica en 1828:

... cuidarán: 1o, que se construya fuera del poblado el cementerio o cementerios precisos; 2o; que todos los cadáveres sean sepultados en los cementerios, y que ninguno sea sepultado en las iglesias, ni dentro de las poblaciones; 3o, que los cadáveres sean enterrados con decoro, en tiempo oportuno, con la profundidad y demás precauciones para evitar la infección” (Alegría, 1969, p. 32).

Otra de las múltiples actividades que tuvo que asumir el Cabildo fue el ámbito médico-sanitario, ya que no había un organismo que se dedicara a velar específicamente sobre este tema.

En primera instancia enfrentaron las emergencias epidémicas, para posteriormente intervenir con más fuerza pero de manera irregular en los problemas sanitarios de las comunidades.

Los registros disponibles sobre las enfermedades epidémicas que flagelaron a la población de Venezuela en la época de la conquista y al principio de la colonización, son insuficientes, discontinuos y muy vagos, por lo que la poca información manejada viene de las fuentes de los cronistas. Sin embargo se cree que la primera epidemia que azotó a las tierras venezolanas fue la viruela, pero no hay un registro exacto del primer brote, siendo posible que haya aparecido antes del año 1576. Pero en sí, la primera epidemia de viruela registrada corresponde al año 1580, la cual asoló a grupos enteros de indígenas según Oviedo y Baños (2004). Durante el siglo XVI, ocurrieron cuatro grandes epidemias de viruelas; en el siglo XVII, se contaron trece brotes epidémicos, siendo el más serio el del año 1623 en la costa de Morón, originado por un desembarco clandestino de esclavos, y que se extendió en los valles de Aragua, La Guaira y Caracas.

A principios del siglo XVIII en la década de los 30, se presentaron una serie de autos especificando la entrada de esclavos con viruela a la Provincia de Venezuela, como es el caso de este documento fechado en el año 1737: “autos sobre la Entradadelafragata LaIsavella delReal Asto con armasen de Negros q vñieroncon elContagio deViruelas” (AGN, Sección Diversos, T. XX, f. 13).

Asimismo se puede citar el auto proveído por el Gobernador y Capitán General de la Provincia de Venezuela fechado a 3 de septiembre de 1739, en el que se especifica como en los Valles de Aragua y Turmero fueron introducidos dos hombres enfermos de viruelas, los cuales desembarcaron de buques extranjeros, esperándose las providencias para enclaustrar en degredos a los referidos enfermos y a otras personas de las que se tuviese noticias de estar contagiadas. De igual manera, se informaba que se padecía una gran epidemia de viruelas en la ciudad de Nueva Barcelona, por lo que se prohibía el desembarco de barcos venidos de esta ciudad en las Costas de La Guaira y Barlovento para evitar el contagio de dicha enfermedad en estos puertos o en ciudades cercanas.

Dn Gavriel de Zuloaga Mariscal de campo Delos Reales Exersitos desu Magesta su Governador y Capitan General de estaProvinsia deBenezuela xa

En la ciudad de Caracas atres Dias del mes de septiembre demil setesientos treintay nueve años elSeñorDn Gabriel deZuloaga mariscal deCampo delos Reales exersitos en los Balles deAragua y turmero comoenesta ciudad sean Introducido y traído dos hombres con Biruelas que parece averseDesembarcadoenPuertos de estas Costas Distantes deenbarcaciones extranxeras como tambien según noticias sepadese esta epidemia u contaxio en la Ciudad dela nueva barcelona por cuias razones su señoria âDado prontas y eficases providencias asi enesta dha Ciudad como en los referidos balles para degredar a dhos Dos hombres y otras personas ã quienes en ellas ya abia pegado dha

epidemia ò Contaxio el hombre que asi con el se avia Introducido en dhos balles y tambien paraque enele Puerto dela Guaira yde mas dela CostadeBarlovento no seadmitan embarcaciones del Puerto dela dha ciudad delanuebaBercelona Justicandose haver en ellala dha epidemia ò contaxio deBiruelas y paraprecaver elqueotras personas òcultamente no se Introduscan con el y que si alguna lotu biese mani fieste Devia demendar y mando sepubliq por Bando (...) militar” (AGN, Sección Diversos, T. XXI, f. 319).

Esta situación provocó la emisión de otros autos en torno a la epidemia de viruelas que se estaba desarrollando en Nueva Barcelona: “Autos qhos de ofisio dla Justisia sobre el Conttajo de Biruelas que se esta padezdo enlaCuidaddeBarsezona” (AGN, Sección Diversos, T XXI, f. 295).

Casi a la par de la viruela se introdujo el sarampión, otra enfermedad grave que apareció a mediados del siglo XVII. En 1612 se contagiaron varias poblaciones del Orinoco, en 1692 exterminó en pocos días al pueblo de Pozuelos, y en 1693 proveniente del Oriente llegó a Caracas antes que las epidemias de viruela y de fiebre amarilla que fueron críticas en el período comprendido entre 1694- 1696.

Otra enfermedad crítica que se manifestó a mediados del siglo XVII fueron las llamadas “calenturas”, nombre que sirvió para designar a las epidemias de fiebres. La primera epidemia de fiebre amarilla tuvo lugar en Caracas en los años 1694- 1696: la tasa de mortandad fue tan alta, que los cadáveres de los enfermos y enfermas debieron ser enterrados en los campos, por lo que se erigió una ermita a Santa Rosalía de Palermo, para que abogara en contra de esta enfermedad: “Era tan violento el mal, que los atacados no podían recibir el viático por la frecuencia de los vómitos y morían sin este auxilio espiritual” (Silva Alvarez, 1997, p. 228).

Durante los siglos XVII y XVIII apareció otra enfermedad: la tuberculosis (éticos), la cual también era tratada mediante una serie de medidas preventivas a fin de evitar su contagio, para ello se comenzó a aislar a los enfermos en cuartos especiales llamados “cuartos de éticos”, quemando sus muebles y ropas, e incluso, llegando al extremo de reformar totalmente los aposentos en los que hubieran fallecido: “En el Hospital de la Caridad, en Caracas, existía para 1796, “el cuarto de los éticos”. También existen referencias de que en el siglo XVIII hubo en el Convento de Franciscanos de Caracas, un salón especial destinado al aislamiento de religiosos que se “tuberculizaban” (Archila, 1956).

En el caso de la peste bubónica, la primera epidemia registrada en Venezuela ocurrió en la isla de Margarita en 1648. A Caracas llegó la peste en 1658 matando a un 25% de la población, un saldo aproximado de unas 10.000 defunciones. La desgracia fue tan grande en la ciudad, que el Cabildo Eclesiástico insinuó al Cabildo civil pedir permiso al Rey para traer 2.000 esclavos a la provincia, reponiendo así a la servidumbre muerta:

Benigna en el principio, a poco se hace grave la epidemia; comienzan las defunciones

y aumentan con tal rapidez que en cortos días las muertes se cuentan por centenares; toda actividad de la vida ordinaria queda en suspenso; los pocos que aún están en pie no bastan para atender a los enfermos; médicos no hay; los sacerdotes no alcanzan a prestar los auxilios de la religión; hasta las campanas, que no cesaban de doblar pidiendo por el alma de los que a cada instante morían, al fin callan también, faltas de quien las toque; la muerte ha llegado hasta ellas; los cementerios son insuficientes; hay que habilitar a tal propósito los solares vecinos a las iglesias; los cadáveres yacen insepultos” (Alegría, 1977, p. 25).

Pero es en el año 1565 que nace el primer hospital particular para enfermos y enfermas aquejados del mal de San Lázaro en Barquisimeto (Nueva Segovia), fundado por el clérigo Pedro del Castillo (Granier Doyeux, s/f). Algunos autores han registrado el primer caso de lepra en Venezuela en 1626, de la cual fue víctima el Gobernador de la Provincia Don Pedro Gutiérrez De Lugo. Pero otros expertos en la materia tales como Rafael Requena, sostienen que probablemente el primer caso de lepra apareció en Cumaná en 1730 en una familia oriunda de las Islas Canarias (Silva Alvarez, 1997).

Otros hospitales fueron creados en Venezuela como el Hospital Santa Ana en 1607 en Maracaibo, el de La Guaira (San Juan de Dios) en 1714, el de San Antonio de Padua en Valencia en 1775, el de San Felipe en 1776, el de Guanare en 1778, el de Puerto Cabello en 1779, el de Cumaná en 1789, el de Barinas en 1793. Al cerrar el siglo XVIII apenas se habían fundado 25 hospitales (Briceño-Iragorry, L. & González, M. 2017).

Pero además de los hospitales, el contagio de las epidemias provocó la adopción de medidas defensivas de índole sanitario y antiepidémicas, gestándose así el germen de la sanidad. Algunos autores como Archila (1956a), señalan que muchas de estas normas obedecían a “imperativos circunstanciales”, siendo pensadas al momento, pero que en el caso de muchas otras, se inspiraron en la policía sanitaria y en fundamentos teóricos. Por ser la viruela la primera epidemia en afectar a las tierras invadidas, fueron proclamadas una serie de medidas de emergencia dirigidas a controlar dicha enfermedad, como el examen de inmigrantes y cargamentos, las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales, los cordones sanitarios, las denuncias, la desinfección y las variolizaciones.

A partir del año 1611, el Cabildo y el Gobernador establecieron en el Puerto de La Guaira, inspecciones sanitarias a los barcos, ya que la principal entrada para las enfermedades eran los puertos. Desde 1671 dichas inspecciones eran hechas por médicos de Caracas contratados para tales fines, quienes debían dar sus impresiones del estado médico- sanitario de la tripulación y del cargamento ante un notario público. Cuando los buques estaban cargados de esclavos y esclavas, las inspecciones eran mucho más severas: “La inspección sanitaria era más severa con los buques negreros ingleses, muchas veces introducidos de una manera subrepticia desde las islas Trinidad y Margarita y que con relativa frecuencia venían contaminados de viruela, saram-

pión u otras enfermedades” (Archila, 1956a, p. 10).

De igual manera las cuarentenas eran a veces tan severas que impedían el contacto de los buques con tierra firme, implementándose además el aislamiento en cordones sanitarios, siendo éstos utilizados en un principio, pero por ser poco eficaces, se terminó acudiendo a los degredos o a hospitales especiales. En el caso de los degredos, estos eran más bien circunstancias:

(...) establecidos como medida defensiva de emergencia y con un criterio diferente del actual, pues por una parte, solo se trataba de simples ranchos, casas improvisadas o lugares a la intemperie y por la otra, el trato era inhumano, ya que lo importante era la protección de los habitantes de las ciudades y no la curación de los enfermos” (Archila, 1956a, p. 12).

Por ejemplo en 1692 y 1693, debido a una epidemia de viruela, se implementó un degredo en los valles de Aragua y un cordón sanitario entre Caracas y La Guaira.

Así apareció el examen, un instrumento que vincula al saber y al poder combinándose en él relaciones jerárquicas y de sanción, las cuales normalizan, califican, clasifican y castigan, estableciendo diferencias entre los seres humanos. Esto generó la formación de códigos basados en la individualidad disciplinaria, los cuales son transcritos, homogeneizando los rasgos individuales establecidos por el examen, como es el caso de los síntomas. Estos códigos eran rudimentarios al principio, pero marcaron una formalización inicial de lo individual en el interior de las relaciones de poder, relacionando la acumulación de los documentos y campos comparativos, clasificando, formando categorías, estableciendo medias y fijando normas.

Estos exámenes a los barcos, también fueron aplicados en los casos de las epidemias de “calenturas” o fiebre amarilla a fin de evitar su propagación en la ciudad:

Por orden de 20 de Noviembre proximo pasado se sirve VS proveniente que son uniformes las noticias de que en Nuevayork está en todas susfuerzas la Fiebre amarilla, y que habiendo llegado à Trinidad una Fragata Americana infestada de ella no se le dió Puerto, e intentaba pasar al dela Guayra; y enterado delos tres capitulos principales y demas que en dicha orden se prescriben relatibos a’ la Visita de Sanidad que debe hacerse á todos los barcos que lleguen á este Puerto de Nuebayork, los observaré inviolablemente sin alterar una (...) para darles enun todo su mas puntual y devido cumplimiento, ã cuio efecto, hè pasado oficio al Medico Cirujano de esta Plaza con incercion dela Cítada orden, para su inteligencia, y cumplimiento en la parte que letoca, lo que participo ãVs. (...) Puerto Cabello 3 de Diciembre de 1801” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1801 tomo CII Folio 290).

Pero en el caso de medidas como las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales y los cordones sanitarios, estas son prácticas rituales organizadas temporal y espacialmente que permiten al grupo social etiquetar y describir una situación de crisis, e incluso modificarla. Estos ritos o rituales, son los que han definido históricamente en la gran mayoría de las sociedades humanas, la frontera entre lo humano y lo inhumano. Según Turner (1984) estos se clasificarían como rituales de inclusión y exclusión. Los de inclusión englobarían la producción cultural sobre el cuerpo y su efecto en transformar al cuerpo natural en una entidad social con derechos y status. En el caso de los rituales de exclusión, el cuerpo pasaría a ser un vehículo para sus actuaciones.

Enfermedades como la tuberculosis y la lepra o mal de Lázaro, eran controladas mediante la aplicación de rituales de exclusión, los cuales se manifestaban como una partición rigurosa, una puesta a distancia, una regla de no contacto entre seres humanos enfermos y sanos o de un grupo de éstos y éstas. En estos casos la distribución de las y los individuos era mediante separaciones múltiples o distribuciones individuales, organizándose en profundidad las vigilancias y los controles, intensificando y ramificando el poder.

Pero a comienzos del siglo XVIII se sustituyó el modelo de exclusión por el de inclusión. Entre ambos modelos existen diferencias significativas, ya que en el caso del modelo de inclusión, el territorio es convertido en objeto de un análisis fino y detallado, atravesado por jerarquías, vigilancias, inspecciones y escrituras. Un buen ejemplo de esto son las cuarentenas que circunscriben y aíslan un territorio determinado, configurado como un territorio cerrado. Cuando las cuarentenas eran aplicadas en las ciudades, el territorio era organizado a través de un poder continuo que dividía a la ciudad en distritos, éstos en barrios, y luego en ellos se aislaban calles. En cada calle y barrio había vigilantes, y en la ciudad misma un gobernador nombrado a esos efectos, o bien los regidores que en el momento de la peste habían recibido un poder complementario, como se ilustra en este ejemplo:

Cumplire lo que Vs manda en 20,, de octubre ultimo p^a que a toda Embarcacion que llegue de la Peninsula de España, se le haga una vigorosa vicita de Sanidad, imponiendo quarentena ã la qe viniese liciada en la Peste de aquella para evitar la propagacion del contagio dando cuenta de qualesquiera novedad para inteligencia deVS y sus disposiciones consequentes. Dios qûe ãVs ms as Coro y Novre 26,, de1804” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1804 tomo CL Folio 64).

Cuando comenzaba la cuarentena, los ciudadanos y las ciudadanas presentes debían dar su nombre que era inscrito en una serie de registros, algunos en manos de los vigilantes y otros en poder de la administración central de la ciudad. Estos vigilantes pasaban todos los días delante de cada casa y llamaban, asignándole a cada individuo una ventana en la que debía aparecer cuando era llamado o llamada por su nombre entendiéndose que si no lo hacía, era porque estaba en cama, y si estaba en cama era porque estaba enfermo o enferma, y por ende había

que intervenir. Así las y los habitantes eran clasificados. Los mecanismos de vigilancia en estos casos eran extremos, como bien lo reseña el siguiente extracto documental:

En el Pto RI de la Vela se presento un Buque de Dn Josê Basave prosedente de las Colonias de luecn con enfermos con cuyo motivo mande a Dn Pedro Bernes medico encargado deste Hospl Militar pasase asu reconosimt^o. entre tanto pidieron varios auxilios que sele franquearon por aquel Comandte con las precauciones devidas manteniendose el Barco en Lazareto: echa la vicita resulto ser dela enfermedad contajosa de viruelas tan mortifera en esta jurisdiccio[n] como la misma fiebre Amarilla. Como en esta Comandancia no se enq[ue]nta ninguna instituta acerca de sanidad se arreglaron las Piezas del Medico con parecer del Doctor Dn Diego de Castro por las corrientes de seis ps diarios que se dan en toda comision y teniendo presente ademas el dhô de algunos capitanes de Barcos españoles de que en Europa se pasan (...) por la vicita de Sanidad. El capitan del Buque quiso evadir la paga con varios pretextos y no contento con esto desovedecio las ordenes del Comandte de aquel Ptô hasta el termino de romper laquarentena en que se allava echando el Bote al Agua y viniendose a los otros Bracos dela Bahia, con cuyo motivo mando el Comandte disparar un cañonazo por devacion segun que todo aparece desu oficio orijinalque (...) en cuya vista espero qe VS se servira prevenir a quien pertenece, que en Pto Cavello sele haga entender a favor segun VS lo estime por convente. Caracas 23 de Sepe de 1801” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1801 tomo IC Folio 350).

Este tipo de organización es absolutamente opuesta a la aplicada a la lepra, ya que no se expulsa, sino que se fija, se asignan sitios, definiéndose presencias en una cuadrícula. Tampoco es una partición masiva entre dos tipos de población: la pura y la impura, por el contrario, se trata de una serie de diferencias finas y constantemente observadas entre personas enfermas y sanas, se trata de una observación cercana y meticulosa. No es un rito de purificación sino más bien un intento de maximizar la salud. Tampoco es un etiquetado definitivo de cierto sector de la población es más bien un examen regulado dentro del cual se mide sin descanso a cada individuo para saber si se ajusta a la pauta de salud que ha sido definida.

Michael Foucault (1998) llamó a este reemplazo del modelo de la lepra por el modelo de la peste “la invención de las tecnologías positivas del poder”. En el caso de los modelos de exclusión, la reacción es negativa, ocasionando rechazo y exclusión. El modelo de inclusión generaría una reacción más bien positiva, observando, formando y multiplicando los efectos del poder a partir de la acumulación de esta observación y de este saber. Pasamos de una tecnología de poder que expulsa, prohíbe, margina y reprime, a una que fabrica, observa y se mezcla a partir de sus propios efectos.

Otras de las estrategias introducidas durante el siglo XVIII para la erradicación y prevención de las epidemias fueron las denuncias obligatorias de enfermas y enfermos, y la varioliza-

ción en el caso de la viruela. La denuncia obligatoria implicaba una imputación provocando una posterior reclusión en degredos u hospitales especiales, medida que muchas veces era acompañada de acciones radicales como la destrucción de sus ropas y muebles bajo fuego:

Haviendose me presentado, Maria Coromoto Paiba, de calidad mestisa, arrecindada en estajurisdicon, manifestandome hallarse, grabemente enferma, y qe los vecinos inmediatos a su casa, huian de tratarla, por ser su Enfermedad contagiosa: advirtiendome Yo por su semblante, y señales que su mal, es lasarino, hice comparecer a Josef Manuel Albares su marido, y con arreglo a los superiores ordenes, le previene, se abilitase para que fuese a esa Capital conduciendo la citada su muger y haviendolo ejecutado lo oí rijo a V. S. con ella a fin de que sirviendose V. S. haserla reconocer con su profesor de Medicina, sale de del que conbenga. Dios que a V.S. ms as Trismº 16 demarzo de 1802” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CVII Folio 168).

Y en el caso de la variolización, esta es introducida en Venezuela a partir del año 1769, siendo utilizada especialmente durante las epidemias y en los momentos de amenaza. Su método radicaba en la inoculación de pus de viruela humana a una persona sana, intentando provocar la aparición de anticuerpos hacia dicha enfermedad. El procedimiento no era muy complicado, ya que la lanceta era usada inoculando incluso, padres y madres a sus hijos e hijas, sin la presencia de un médico. Gracias a esta práctica, las epidemias de viruela lograron controlarse en un mayor grado. Algunos autores como Archila (1950) señalan como exitosa la variolización en Caracas, y consideran dominada la epidemia para 1775.

Pero ese mismo año es propuesta la creación del Protomedicato en Caracas, como una medida para controlar el ejercicio de la medicina en la ciudad evitándose así la incursión de individuos “no capacitados” en las lides médicas, como era el caso de las curanderas y los curanderos, los barberos, los cirujanos, los boticarios y las parteras, quienes en su gran mayoría no tenían una formación académica. Para el 14 de mayo de 1777, es firmada la Real Cédula que dio la potestad para la creación del Protomedicato. En ese mismo año se constituyó una junta examinadora de los curanderos y las curanderas que aún aplicaban sus conocimientos, pero fue en el año 1778 cuando realmente comenzó a funcionar. Y a pesar de su conformación y puesta en práctica, el Protomedicato no cambió mucho el panorama anterior ya que estos y estas practicantes de saberes “subalternos” seguían ejerciendo su oficio entre la población.

En este caso en particular, la producción del saber médico especializado intentó ser controlado por el grupo social dominante, quien conformó un “cuerpo médico” de funcionarios. Estos saberes sometidos fueron descalificados como saberes no conceptuales, cayendo bajo la autonomía de los saberes dominantes o pasando a formar parte de éstos. Así una instancia teórica unitaria pretendió filtrarlos, jerarquizarlos y ordenarlos en nombre de un conocimiento verdadero, en nombre de los derechos de una ciencia que solo algunos poseerían. Como ejemplo un caso fechado en el año 1802:

He recibido y pasado al Sor Acesor el oficio de Vmd de ayer con el expediente original que acompaña relativo al Decreto por su vista por el Protomedicato de esta ciudad contra Don Franco Egurquiaguire, (...) profesor de medicina sin título en la de Cumaná, para que con presencia de los demás representantes, dicte providencias que se la comunicaré a vmd prontamente. Dios que avmd ms. años. Caracas 9 de Febrero 1802” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CV Folio 326).

Pero además a finales del siglo XVIII se crean nuevos saberes enfocados en el control del cuerpo de la población dentro de la ciudad, lo que impulsó el diseño de instituciones de vigilancia e inspección ideadas para controlarlos. En el caso de Caracas el Cabildo fue la institución que ocupó este rol, regulando las relaciones entre las y los habitantes y la ciudad, ordenando, exigiendo y sancionando a quienes no cumplieran con los preceptos emitidos para el mantenimiento de los espacios públicos. Estas imposiciones respondían a un discurso “civilizador”, que intentaba subordinar a las poblaciones de los nuevos territorios a través de un proceso de racionalización y burocratización, mediante la transmisión de medidas impuestas por los grupos dominantes, como era el caso de los Bandos de Buen Gobierno emitidos por el Cabildo en los siglos XVII, XVIII y XIX, regulando diversos aspectos de la vida pública de la ciudad.

CONSIDERACIONES FINALES

En Europa durante el siglo XVIII muchos de los discursos sobre la salud y la enfermedad sufrieron transformaciones dramáticas, especialmente en torno a las construcciones culturales realizadas por los diferentes grupos sociales sobre la muerte, la higiene pública y la producción de enfermedades, discursos que fueron trasladados a países como Venezuela durante el proceso de conquista y colonización. Esto incidió directamente en la búsqueda de nuevas estrategias para controlar el alcance de las enfermedades dentro de la población, reorganizándose institucionalmente a los hospitales, los asilos, las cárceles, las fábricas, las escuelas y otros espacios urbanos. Estas representaciones culturales están vinculadas a la implantación de un modelo político y social, que tiene como finalidad ubicar a la vida social y económica al servicio del poder estatal.

La creación de estas nuevas instituciones provocó la producción de estrategias novedosas que introdujeron una medicina diferente, vinculada a la higiene pública y a otros organismos, alentando a la natalidad, previniendo la morbilidad en el plano epidémico y endémico, tomando en cuenta la forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad de las enfermedades dominantes dentro de la población, realizando análisis estadísticos, mediciones globales, buscando prevenir la aparición de enfermedades.

Así nació un nuevo discurso sanitario encargado de controlar las anomalías que rompían con las categorías sobre salud, contaminación y suciedad, configurándose de esta manera nue-

vas disciplinas como la medicina social, higiene pública, salud pública, sanidad o salubridad y salud comunitaria, formando especialistas en esos nuevos saberes como protectores contra las epidemias.

Entre las principales medidas tomadas al servicio del poder estatal para la prevención de las epidemias, destacan el examen a los buques (visitas de sanidad), las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales, los cordones sanitarios, las denuncias, la desinfección y variolizaciones.

En el caso de las visitas de sanidad, estas eran un instrumento de vínculo entre el saber y el poder, que combinaban relaciones jerárquicas y de sanción, normalizando, calificando, clasificando y castigando, estableciendo diferencias entre las y los individuos, conformando así una serie de códigos que basados en la individualidad disciplinaria, eran transcritos, homogeneizando los rasgos individuales establecidos por el examen.

De esta manera, estos nuevos procedimientos de la escritura presentes en el examen, integraron los datos individuales en unos sistemas acumulativos, de manera que a partir del registro general, se ubicara a cualquiera. Gracias a este aparato de escritura, el examen abrió dos posibilidades: la constitución del individuo como objeto descriptible, analizable, manteniéndolo bajo la mirada de un saber permanente, y la constitución de un sistema comparativo para la evaluación de fenómenos globales, la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de las desviaciones y su distribución en una población.

Así se entiende que medidas sanitarias como las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales y los cordones sanitarios, son prácticas sociales organizadas temporal y espacialmente, las cuales permitían al grupo social dominante, etiquetar y describir una situación de crisis e incluso modificarla.

Pero al analizar el caso venezolano, es interesante destacar que para el tratamiento de las epidemias coexistieron al mismo tiempo tanto el modelo de exclusión como el de inclusión, sin que uno sustituyera al otro como bien se pudo observar en los ejemplos citados para el tratamiento de las calenturas, las viruelas, el mal de Lázaro y otras patologías.

Igualmente es importante destacar los mecanismos para la transmisión y circulación diferenciada de saberes médicos en la Venezuela colonial a partir de instituciones como la Universidad y el Protomedicato. Estas instituciones produjeron varios tipos de controles institucionalizados y profesionalizados, con cuerpos policiales cuya función era la de observar cotidianamente las conductas de las y los habitantes de la ciudad, como era el caso de los Alcaldes, los alarifes, los protomédicos, los médicos y cirujanos que tomaban decisiones en torno a la vida cotidiana; lo que implicó además el sometimiento y descalificación de los saberes tradicionales reprimidos por imposición de los saberes dominantes o pasando a formar parte de

éstos. Así, una instancia teórica unitaria, pretendió filtrar, jerarquizar y ordenar en nombre de un conocimiento “verdadero”, una ciencia que solo algunos poseerían.

Pero además, aparecieron otras instancias para garantizar este control, y así la corona española exportó desde la Península e impuso a las colonias americanas algunas “disciplinas” como la ciencia de la policía. Las “disciplinas” son técnicas que permiten garantizar la ordenación de las multiplicidades humanas, sin identificarse con una institución o con un aparato, constituyéndose como una modalidad para ejercer el poder compuesto, por un conjunto de instrumentos, técnicas, procedimientos, niveles de aplicación y metas. En consecuencia, la “disciplina” debe fijar, inmovilizar o regular los movimientos de las y los individuos, teniendo como obligación el control de todas las fuerzas que se forman a partir de su constitución.

De igual manera es importante desconstruir el rol que cumplían los aparatos institucionales de control, en este caso del Cabildo dentro del dominio ciudadano urbano, imponiendo una serie de saberes y prescripciones en torno al cuerpo de la ciudad y al cuerpo de la población por parte de los grupos dominantes, lo que permite determinar la importancia del ámbito médico-sanitario como organizador del equilibrio espacial urbano de la ciudad y de la distinción entre personas sanas y enfermas.

De esta manera, el Cabildo formó parte del diseño de un modelo cultural instaurado por el poder hegemónico de la corona española, ejerciendo así un control aún mayor en las tierras colonizadas, instituyendo patrones predefinidos y catalogando cualquier desviación a éstos, como una transgresión, pasando así a etiquetar y a crear nuevas clasificaciones.

Estas prácticas sanitarias de la vida cotidiana permiten homogeneizar los patrones de conducta, siendo reforzadas a través de rituales que fortalecían y reconstituían, aún más, al poder existente, lo cual era reflejado en el ámbito salud, ya que cada cultura genera una confluencia de ideas, de medidas preventivas y de conocimientos curativos, con la finalidad de solventar los males originados por las enfermedades. Podría pensarse que estas medidas sanitarias instituidas en las ciudades, articuladas con los discursos que circulaban sobre la contaminación a la higiene, tenían como tarea la prevención de las enfermedades, pero en realidad su principal función era impedir el desorden.

Estos hechos permiten analizar cómo la cultura mediatiza las experiencias cotidianas, transmitiendo las categorías básicas que organizan las representaciones y los valores, aplicando una autoridad que induce a cada uno de las y los individuos sociales a realizar sus acciones. Pero cualquier sistema que clasifique al mundo, presenta también anomalías que deben ser enfrentadas por desorganizar dicho orden establecido. La manera en que las sociedades controlan esas anomalías que alteran las categorías ya impuestas de enfermedad, salud, contaminación y suciedad, es mediante el discurso de la sanidad.

REFERENCIAS

- Aizpurua, R. (1988). Municipios. Siglos XVI-XVIII. En M. Pérez (dir.), *Diccionario de Historia de Venezuela*, II: 1031-1036. Caracas: Fundación Polar.
- Alegría, C. (1964). *Hospitales. El más antiguo de los actuales hospitales en Venezuela*. Caracas: Sociedad Venezolana de Salud Pública.
- Alegría, C. (1969). *Simón Bolívar y la Medicina*. Caracas: s. n.
- Alegría, C. (1977). *Peste Bubónica: historia de la medicina*. Caracas: s. n.
- Amodio, E. (1990). Médicos y Curanderos en Caracas a finales del siglo XVIII. Ponencia presentada en el *Simposio Internacional La Ilustración en Hispanoamérica y en España: Convergencias y Divergencias*. Caracas.
- Amodio, E. (1997). Curanderos y médicos ilustrados. La creación del Protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII. *Asclepio*, XLIX (1): 95-130, Madrid.
- Amodio, E. (2002). *Las Calenturas Criollas. Médicos y curanderos en Cumaná (Venezuela) durante el siglo XVIII*. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/procesoshistoricos/article/download/9988/9916>
- Archila, R. (1956a). *Historia de la sanidad en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Archila, R. (1973-1974). La Medicina y la higiene en la Ciudad. *Separata de Revista de Indias*; nums. 131- 138, Madrid.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1778, T. XXVII, f. 167.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1787, T. XXXV, f. 116.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1788, T. XL, f. 122.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1802, T. CXIV, f. 81.

Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159.

Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1808, T. CXCII, f. 96.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T. XX, f. 13.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T. XXI, f. 319.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T XXI, f. 295.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1801 tomo CII Folio 290.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1804 tomo CL Folio 64.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1801 tomo IC Folio 350.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CVII Folio 168.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CV Folio 326.

Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: El Acantilado (Traducción de F. Carbajo y R. Perrin).

Balandier, G. (1990). *El Desorden: La teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento*. España: Gedisa.

Briceño-Iragorry, L. & González, M. (2017). *La salud pública en Venezuela, su evolución histórica, estado actual y propuestas*. Academia Nacional de Medicina: Caracas, Venezuela.

Cartay, R. (2002). La muerte. *FERMENTUM*, 447-470.

Díaz, L. (1989). *El Derecho en América en el Período Hispánico*. Panamá: Universidad Santa María La Antigua.

Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Feher, M. (1990). *Fragmentos para la historia del cuerpo*. España: Editorial Taurus.

Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1998). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, primera edición 1975.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Granier Doyeux, M. (s/f). La casona de San Lázaro. *Revista de la Sociedad venezolana de historia de la medicina*, I (2).

Landaeta Rosales, M. (1994). *Los cementerios de Caracas*. Caracas: Fundarte.

Oviedo y Baños, J. (2004). *Historia de la Conquista y Población de la Provincia de Venezuela*. Venezuela: Editorial Biblioteca Ayacucho. (Trabajo original publicado ca. 1723).

Pérez, M. (dir.) (1988). *Diccionario de Historia de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar.

Silva Alvarez, A. (1997). Las Epidemias. En M. Pérez (dir.), *Diccionario de Historia de Venezuela*, I: 864-865. Caracas: Fundación Polar.

Turner, B. (1984). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México: Fondo de cultura económica.

Zambrano, A. (2007). *La ciudad enferma: preocupación y medidas sanitarias del Cabildo caraqueño durante la segunda mitad del siglo XVII* (tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas.