

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

EL MODELO HIGIENISTA EN EL “NUEVO REYNO DE GRANADA” DURANTE LOS SIGLOS XVI Y XVII

*“Eran tierras nuevas, con hombres nuevos y el efecto de la enfermedad fue desolador”.
Francisco Guerra. El intercambio epidemiológico tras el descubrimiento de América”(1).*

La higiene pública europea

Durante la gran pandemia de peste ocurrida en la Europa medieval, 1347-1351, llamada “La Muerte Negra” (2), fueron los italianos quienes, apoyándose en la teoría miasmática, intentaron por primera vez poner en práctica una estructura de vanguardia en Europa en la prevención sanitaria, instaurando unas medidas que, en contraposición con el modelo de la higiene privada hipocrática, podrían llamarse medidas de higiene pública, ya que iban más allá de los métodos y controles individuales (3).

Se instauraron así en Venecia y en Florencia, a partir de 1348, Juntas de Sanidad cuya tarea era “considerar diligentemente todos los medios posibles de mantener la salud pública y evitar la corrupción del medio” (2). Estas juntas tuvieron un carácter temporal, pues solo funcionaban mientras duraba la epidemia. Pero en la primera mitad del siglo XV (1486-1527), estas juntas fueron transformadas en magistraturas permanentes (3). Este modelo de juntas sanitarias se fue extendiendo por el resto de la Toscana y luego por las otras ciudades europeas. Se establecieron así, de manera más o menos sistemática, unas medidas de control ambiental para evitar la propagación de los miasmas y prevenir la extensión de las epidemias. No obstante, una vez desaparecido este episodio epidémico, las Juntas de Sanidad fueron desapareciendo y sólo se reinstauraban temporalmente en caso de la aparición de nuevas epidemias¹.

Durante el siglo XVII, debido a la alta frecuencia de peste y de tifus exantemático, se volvieron a instaurar medidas permanentes de control, con la creación de nuevas Juntas de Sanidad en varias ciudades europeas. Coherentemente con el paradigma miasmático, estas juntas ordenaron desde 1607 mantener las aldeas “limpias y pulcras de todo tipo de porquerías”. Se trataba de eliminar todas las fuentes de malos olores que abundaban por todos lados. Se consideraba que los mecanismos inadecuados de control de excretas, los llamados pozos negros, o incluso la

1. Para una perspectiva más amplia del proceso de nacimiento de la higiene pública y su contraste con la higiene privada de origen hipocrático, véase nuestro artículo publicado en un número anterior de esta misma revista (Emilio Quevedo, «Cuando La Higiene Se Volvió Pública,» Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia 52, No. 1 2004).

falta de ellos, eran una de las fuentes principales de tremendos hedores, continuo peligro para la salud pública. A los excrementos y basuras, resultado del diario vivir y convivir humano, se sumaban los excrementos de animales (caballos, asnos y mulas utilizados como medio de transporte) que se albergaban en establos anexos a las casas dentro de las aldeas. Todos estos elementos, aunados a otros como los fertilizantes a base de estiércol animal, que eran corrientemente usados en la agricultura, las aguas estancadas y las actividades productivas en las que se utilizaban o se producían residuos malolientes como la cría del gusano de seda, el remojo de lino, la maceración del cáñamo, la peletería y la carnicería, se constituían en las causas de los malos olores urbanos. Por otra parte la utilización de las iglesias como cementerios, con cadáveres enterrados superficialmente en el piso de tierra o en las paredes y la presencia de animales carroñeros y de perros o gallinas que escarbaban la tierra buscando comida, permitían la liberación de vapores pútridos por toda la población. Las nuevas Juntas de Sanidad centraron pues su atención en el control de todos estos elementos malignos que inficionaban el aire (4).

Por su parte, la higiene personal siguió existiendo paralelamente, como un conjunto de prácticas alimenticias, de ejercicio, de vestimenta y de limpieza basadas en la antigua teoría humoral hipocrática, teoría que siguió orientando tanto la práctica de la medicina como la vida personal. Por otra parte, esta higiene personal o privada se fue enriqueciendo con otro tipo de prácticas como el baño colectivo, muy común en Roma y desarrollado ampliamente en la cultura árabe, cultura que también adoptó la teoría humoralista y las prácticas de la medicina hipocrático-galénica desde los siglos VII y VIII. Pero, como bien dice Georges Vigarello, no serán los higienistas ni los médicos los que dicten las normas y criterios de limpieza en la Europa medieval y renacentista sino los autores de libros que tratan del decoro personal, los peritos en conductas y no los sabios de la salud (4).

La higiene privada tiene pues una historia diferente y un proceso de institucionalización distinto al de la higiene pública. Una historia también muy compleja, la cual se conjuga con otras historias, aquellas que tocan con la historia de las imágenes del cuerpo, de sus envolturas como la de la ropa interior y exterior, las del medio que rodea al cuerpo como el agua, etc².

No obstante, durante los siglos XV y XVI, como consecuencia de las repetidas epidemias de peste bubónica que continuaron presentándose, la teoría miasmática, fundamento de la higiene pública, fue invadiendo algunos aspectos de la higiene privada. Como dice Vigarello, el contacto personal fue apareciendo lentamente, en caso de epidemia, como un riesgo grave. Las ciudades víctimas de la peste se convirtieron en verdaderas trampas humanas condenadas al horror. Por esto comenzaron allí a formularse reglamentos prohibitivos para regular la vida social y disminuir el riesgo de muerte y contagio. Las decisiones de los alcaldes, consejales o prebostes de los mercaderes implicaron una higiene social que tocaba con la higiene privada: paulatinamente se fueron limitando los contactos de manera progresiva, especialmente se prohibió la asistencia a los lugares de reunión social, los cuales, consecuentemente se fueron cerrando. Se suprimieron

2. Para una historia más amplia de la limpieza personal ver, entre otros, el citado libro de Georges Vigarello sobre la historia de lo limpio y lo sucio y la higiene del cuerpo desde la edad media (*Ibid.*).

los espacios de comunicación entre las personas, para evitar exponer los cuerpos tanto al aire infectado como a los otros cuerpos. Se instaló así una desconfianza que interrumpió el frecuentamiento de lugares como las escuelas, las iglesias y los baños públicos, entre otros (1). El caso de los baños públicos es típico para entender como la teoría miasmática, fundamento de la higiene pública, influyó en la higiene individual. Los médicos, en épocas de peste, denunciaron desde el siglo XV a los baños públicos y a los baños turcos como lugares en donde se codeaban los cuerpos desnudos y donde las personas ya atacadas por enfermedades contagiosas podían difundir a otros su enfermedad. La observación de que el agua caliente y el vapor de agua abrían los poros de la piel hizo suponer que los miasmas penetraban más fácilmente al cuerpo después del baño y, por tanto, los baños se convertían en focos de contagio. Así, las personas adquirieron la costumbre de aplicarse cremas y aceites en el cuerpo en vez de bañarse, con la finalidad de tapar los poros para protegerse. Igualmente, la forma de vestir cambió pues las personas decidieron usar ropas de seda y de satín que, al ser lisas, no permitían que los miasmas se adhirieran a ellas. Así pues, la teoría miasmática modificó también el comportamiento del cuidado personal, al menos en ciertos momentos, lo que de todas formas no fue obstáculo para que la higiene privada europea continuase su curso con cierta independencia de la higiene pública (1).

En España, desde sus comienzos como Estado Nacional durante el siglo XV, el problema de la higiene pública fue de interés tanto para el poder municipal, creando formas de organización del control de la salud en las ciudades, como para la monarquía que fundó y apoyó el Protomedicato³, institución encargada del control y de la supervisión de la profesión médica (5).

Las epidemias en el Nuevo Continente

Con la conquista y la colonización de América por parte de los europeos llegaron al continente americano no sólo los conquistadores, las armas, los caballos, la lengua, la religión y los ideales y costumbres metropolitanas. También llegaron las enfermedades europeas.

Como bien dicen Frank y Percy M. Ashburn “cuando el hombre se traslada a otros lugares lleva consigo gran parte de su bagaje tradicional, en particular su lenguaje, sus costumbres, sus creencias, sus enfermedades; no obstante, en el nuevo ambiente no encuentra reacciones similares pues sus nuevos vecinos tienen diferentes lenguajes, costumbres y creencias, por lo cual surgen desavenencias, comparaciones ofensivas, enemistades, conflictos, antagonismos raciales y la lucha por el poder” (6). Y, en lo que a nosotros interesa, los nuevos vecinos trajeron condiciones inmunológicas distintas y enfermedades desconocidas para los habitantes locales. Así llegaron a América la influenza, la viruela, la lepra, la malaria, el sarampión y muchas otras epidemias desconocidas por los aborígenes, diezmando una buena parte de la población local (7) que “no poseía inmunidad natural ni adquirida y cuyo cuerpo, sin ofrecer resistencia, sirvió de combustible a aquellos males, como la paja al fuego” (6). Este fue un período de gran movilización de enfermedades y de implantación de ellas en pueblos nuevos. A parte de las mencionadas epide-

3. Esta institución del Protomedicato fue creada por los Reyes Católicos, Fernando e Isabel, como un alto tribunal Real que supervisaba la práctica médica y de las profesiones afines como los algebristas, los albéiteres, los cirujanos y los boticarios.

mias de peste en el mediterráneo durante el reinado de Justiniano y la de 1347 en Europa (2), el proceso de conquista y colonización del continente americano fue uno de los ejemplos más impresionantes de la influencia de las enfermedades en la historia (6).

Un buen ejemplo es el de la conquista de México: la viruela fue uno de los grandes ayudantes de los conquistadores españoles en México. Sin su concurso habría sido prácticamente imposible para Hernán Cortés y sus soldados lograr la conquista de un gran imperio de valientes con una civilización tan avanzada como la de los Aztecas. Según Bernal Díaz del Castillo, la primera gran epidemia de viruela, que llegó a la isla de La Española en 1518 y que luego fue importada a México por un negro de los ejércitos de Pánfilo de Narváez, desencadenó entre los Aztecas una epidemia de tan grandes proporciones que prácticamente fue la que abrió la brecha en las filas de Moctezuma, permitiendo el triunfo final de Hernán Cortés (6). Esta epidemia también fue descrita por el cronista López de Gómara (7). Según Shattuck, citado por Ashburn & Ashburn, el número de víctimas fue de tres y medio millones (6).

Una vez establecido el gobierno colonial, estas nuevas enfermedades fueron desperdigándose por el continente y asentando sus raíces en nuestras tierras. La primera epidemia en el Perú, después de la conquista, acaeció en 1533 y, según Pedro Cieza de León, murieron más de 200.000 nativos (6). En Brasil la epidemia comenzó en 1563 y mató a más de 30.000 indios. Le siguieron las de 1621, 1642, 1666 y 1669. En Canadá serían muchos los estragos causados por la viruela entre los indios desde 1635 (6). En el Nuevo Reino de Granada se presentó la primera epidemia de viruela en 1558, dejando más de 40 mil muertos, según el padre Aguado. Las siguientes se presentaron entre 1564 y 1573, 1587 y 1590, 1693 y 1701 (7). Las dos últimas del período colonial neogranadino se dieron en 1782 y 1802 (5).

También el tabardillo (tifo exantemático), el sarampión, la erisipela y el paludismo, entre otras, hicieron su agosto entre los moradores nativos del Nuevo Continente. A su vez, como resultado de la colonización, otras enfermedades locales cambiaron su aspecto, volviéndose más mortíferas. Tal fue el caso de la fiebre amarilla que, siendo antes de la conquista una epizootia (epidemia en los animales), posiblemente de los monos, transmitida por un mosquito (*Haemagogus*) que habitaba las copas de los árboles selváticos, modificó su comportamiento cuando, acompañando a los esclavos negros en los barcos negreros, llegaron nuevos mosquitos africanos que habitaban en las ciudades. El virus causante de esta enfermedad aprendió a vivir en el interior de estos mosquitos urbanos y logro abandonar su acostumbrado hábitat en las copas de los árboles, para morar en los pueblos y ciudades, logrando atacar a una buena parte de los propios conquistadores y colonizadores⁴.

4. Para un relato pormenorizado de todas las epidemias que se presentaron durante la conquista y la colonia en América y su impacto social, véase el texto de Ashburn & Ashburn (*Las Huestes De La Muerte. Una Historia Médica De La Conquista De América.*) que venimos citando y el de Francisco Guerra (“El Intercambio Epidemiológico Tras El Descubrimiento De América.”). Con relación al Nuevo Reino de Granada véase nuestro libro (Quevedo E, “La Institucionalización De La Medicina En Colombia: Antecedentes De Un Proceso,” 29-35). y los de Renán Silva (Silva R, *Las Epidemias De La Viruela De 1782 Y 1802 En La Nueva Granada.*) y Marcelo Frías Núñez (Marcelo Frías Núñez, *Enfermedad y Sociedad En La Crisis Colonial Del Antiguo Régimen* (Madrid: CSIC, 1992).

La higiene pública en el Nuevo Reyno de Granada

Con relación a la higiene pública en América y, especialmente, en el Nuevo Reyno de Granada, las cosas no funcionaron como en Europa. Hechos tales como que la conquista fuese una empresa privada, que las distancias fuesen muy grandes y que los recursos económicos del Estado Español en las Indias fuesen muy reducidos, hicieron que el control de los problemas de salud se convirtiera casi en un imposible. Además, la escasez de médicos era muy marcada y los hospitales, instituciones de carácter religioso, estaban destinados más a evangelizar que a atender personas enfermas. Por otra parte, el Protomedicato nunca funcionó bien en el Nuevo Reyno, lo que sí ocurrió en otras partes de América (5).

No obstante, la situación sanitaria del Nuevo Continente que hemos venido describiendo, hizo que, desde el principio, sus nuevos habitantes vislumbraran la necesidad de ejercer acciones contra estas peligrosas enfermedades. Aunque no conocemos -no se han encontrado aún- textos médicos neogranadinos que nos hablen explícitamente de la higiene como disciplina, sí se han encontrado una serie de documentos que dan cuenta de las acciones sanitarias puestas en práctica por la población en esos años en caso de epidemias y que eran similares a las propuestas por la higiene europea.

Por ejemplo, según las investigaciones de Renán Silva, durante la epidemia de tabardillo en Tunjuelo, localidad cercana a Santafé de Bogotá, en 1646, el encargado de tomar las medidas del caso era el Corregidor, quien oficiaba como policía sanitario. Así, debería proceder a la quema de las ropas y enseres de todos los que murieran víctimas del contagio; pero igualmente, debería mandar quemar todas las habitaciones familiares, sin ninguna consideración por el nuevo sitio de albergue de los familiares que sobrevivían a la catástrofe (6). En otras ciudades, durante los períodos epidémicos se prohibía el paso o la circulación de personas de una ciudad a otra, con el fin de evitar el contacto y neutralizar el contagio. Así mismo, se tomaban otras dos medidas básicas de higiene pública: se aislaba a los enfermos fuera de las ciudades bajo el cuidado policivo de dos individuos que evitaban su contacto con otras personas y que a veces también les hacían curaciones y se aislaba a los enfermos en su propia casa, pero la familia corría con los riesgos legales si la infección se propagaba. También a veces se ponían en práctica medidas relacionadas con la limpieza de las ciudades (8).

Además del corregidor, el sacerdote o cura párroco también jugó un papel importante en la puesta en marcha de medidas preventivas, especialmente solicitando a los poderosos que interviniesen en el cuidado de indios y esclavos. Por ejemplo, hacia 1762, se presentó una epidemia de sarampión en Chipaque y fue el cura doctrinero quien inició las peticiones de ayuda ante el Corregidor y el juez ordinario, declarando que el mal llevaba más de tres meses y que “se suelen enterrar cinco o seis al día”, y planteando que era obligación del Encomendero⁵ el aportar todos los remedios necesarios. Así se obtendría el concepto favorable del Fiscal, no sólo conforme a

5. El Encomendero era la persona que tenía encomendada a su cargo, por concesión Real, el manejo de las plantaciones y los esclavos, para mantener a los indígenas bajo su “protección”.

las Leyes del Reino, “sino conforme a lo que dicta la natural razón de que cada cual cuide de la salud y buen tratamiento de aquellos que le sirven...para que no mueran” (8).

Las autoridades locales diferenciaban entre las “pestes chapetonas”⁶, o sea las que llegaban en los barcos a la costa norte del Nuevo Reino, especialmente a Cartagena de Indias y penetraban al continente con los viajeros y las “pestes formales”, aquellas que tenían su origen localmente. Cuando las autoridades confirmaban que la epidemia se trataba de una “peste formal” “porque ya había picado a los naturales”, no tratándose de una simple “chapetonada”, pasaban a tomar las medidas o providencias del caso, las cuales ya para el siglo XVII estaban relativamente establecidas (8).

La medida fundamental de higiene pública era el establecimiento de los llamados “degredos”, o lugares de aislamiento (zonas despobladas y atravesadas por vientos continuos), ubicadas a una distancia mínima de 10 leguas de las ciudades, evitando la llegada al puerto poblado de ropas, enseres y personas a las que se reconociese como enfermas y viniesen de la Ciudad de Cartagena o de la villa de Mompox (8). Los degredos eran pues el equivalente a las cuarentenas europeas.

Una vez iniciada la cuarentena se sacaban al aire las ropas y enseres de los viajeros retenidos, para hacer uso del poder curativo y purificador del aire en movimiento, el cual regaba los miasmas en una atmósfera despoblada. Los infractores de la cuarentena se sometían a castigos. Igualmente, se preparaba un interrogatorio a los detenidos para tratar de averiguar el origen de la epidemia.

También, en caso de epidemias, el Gobierno Colonial nombraba provisionales juntas de sanidad, al estilo de las europeas medievales, para que colaboraran en el control de dichos brotes epidémicos. Estas juntas estaban por lo general formadas por personas que no conocían los asuntos de higiene y se desintegraban una vez pasada la epidemia.

Con excepción de estas medidas extraordinarias en caso de epidemia, el Estado Colonial no intervenía directamente en cuestiones de sanidad pues, en general, y siguiendo los preceptos hipocrático-galénicos, se consideraba que el problema de la salud era responsabilidad de cada individuo.

En resumen, las ideas de la higiene pública medieval hacían parte del acervo cultural que los colonizadores trajeron al Nuevo Mundo y fueron estas herramientas conceptuales las que aquí sirvieron para enfrentar estas calamidades, desde los comienzos de la Colonia hasta las postrimerías del siglo XVII y los inicios del XVIII, a pesar de la ausencia de médicos y de otras personas idóneas en el campo de la higiene.

Paralelamente a estas prácticas higiénicas de origen europeo, debieron existir en nuestro medio

6. “Chapetón” era el nombre con que los locales llamaban a los españoles puros que llegaban al Nuevo Reino de Granada.

una serie de prácticas higiénicas indígenas, de origen local y negras, de origen africano, que seguramente eran puestas en marcha por los pueblos conquistados y esclavizados en el continente y en el Nuevo Reyno de Granada, posiblemente de manera complementaria o contestataria con relación a las de origen europeo. No obstante, no hay estudios que den cuenta de dichas prácticas y por tanto, desconocemos esa dimensión de la realidad de la higiene pública neogranadina.

Referencias

1. **Francisco Guerra**, «El Intercambio Epidemiológico Tras El Descubrimiento De América,» En Misterio y Realidad. Estudios Sobre La Enfermedad Humana. Madrid Agustín Albarracín Teulón : CSIC, 1988:117-137.
2. **Robert S. Gottfried**, La Muerte Negra. Desastres Naturales y Humanos en la Europa Medieval. Trans. Juan José Utrilla. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.246.
3. **Carlo M. Cipolla**, Contra Un Enemigo Mortal e Invisible. Trans. Mireia Carol. Barcelona: Critica-Grijalbo, 1993, 15, 24-42,246-248.
4. **Georges Vigarello**. Lo Limpio y Lo Sucio. La Higiene Del Cuerpo Desde La Edad Media Madrid: Alianza Editorial, 1991, 15.
5. **Emilio Quevedo**, «La Institucionalización De La Medicina En Colombia: Antecedentes De Un Proceso,» Emilio Quevedo, in Historia Social De La Ciencia En Colombia, ed. ed Bogotá: Colciencias/Tercer Mundo Editores, 1993;31,35.«La Institucionalización De La Medicina En Colombia: Antecedentes De Un Proceso,» 36.
6. **Percy Moreau Ashburn, Frank D. Ashburn**. Las Huestes De La Muerte. Una Historia Médica De La Conquista De América. Enrique Estrada, 2a edición ed. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981;19.
7. **Francisco López de Gomarra**. Mortandad Por Viruelas. En Historia General De Las Indias Barcelona: Ediciones Orbis 1985:150.
8. **Renán Silva**. Las Epidemias de la Viruela de 1782 y 1802. En La Nueva Granada, Cali: on Universidad del Valle, 1992.

*Emilio Quevedo V., MD., PhD.
Profesor Asociado y Director del Centro de Historia de la Medicina,
Instituto de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia.*