

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



*Salud, hospitales y órdenes religiosas: el impacto de las reformas borbónicas en el
manejo y administración de la salud*

Tesis para optar el grado de Magíster en Historia

AUTOR:

Lic. CELES ALONSO ESPINOZA RÚA

ASESOR:

DR. JORGE LOSSIO CHÁVEZ

JURADO:

DR. JOSÉ DE LA PUENTE BRUNKE

DR. JULIO NÚÑEZ ESPINOZA

LIMA-PERÚ

2017

RESUMEN

Esta tesis estudia el rol de las órdenes religiosas en el cuidado y administración de la salud pública durante el virreinato peruano durante el periodo de las reformas borbónicas. A partir de dicho contexto se analizará cómo las órdenes religiosas tuvieron un nuevo rol como gestores de la salud dentro de los hospitales, a la luz de la influencia del discurso ilustrado y a la implementación de un sentido de profesionalización del cuidado de la salud, basado en la inclusión de una mejor eficiencia en la gestión administrativa en los hospitales que complementa el sentido de caridad y de virtudes religiosas propias de las órdenes.

Para entender esta renovación de la administración de la salud en el contexto de las reformas borbónicas se abordará como caso particular la trascendencia que tuvo una orden religiosa destinada a la gestión de la salud como fueron los betlemitas. De manera particular se analizará su gestión en cuatro hospitales. En primer lugar, se estudiará el hospital del Carmen en Lima, que constituyó la sede principal de la orden en la Ciudad de Los Reyes y fue el que adaptó de manera eficiente los cambios exigidos por el Estado virreinal en el contexto de las reformas en los últimos años del periodo virreinal. En segundo lugar, se estudiarán los cambios del hospital de Bellavista en el Callao, destinado a la atención población que vive y trabaja cerca al mar, como un espacio que permite conocer la administración interna concerniente a la alimentación, que capturó, en esencia, muchas de las propuestas de los Borbones. Los otros dos casos son referidos al hospital del Espíritu Santo, con su propuesta de traslado al pueblo de Bellavista, y el hospital de San Diego y de Nuestra Señora de la Soledad, en la villa de Huaura.



ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo 1 Estado, Iglesia y administración: la atención de la salud en la Lima colonial	
1.1 El Estado y la política asistencial en el campo de la salud.....	15
1.2 Encuentros y desencuentros de la medicina europea con la andina	
1.2.1 La tradición andina con relación al cuidado de la salud.....	17
1.3 El reordenamiento de la atención de la salud a través de la administración colonial.....	23
1.4 Espacios para la atención de la salud: la Iglesia, los hospitales y las órdenes religiosas.....	27
Capítulo 2 Más allá de la caridad y el buen morir: las órdenes religiosas y la modernización de la salud en el contexto de las reformas borbónicas	
2.1 El siglo XVIII: el ocaso de la caridad y el nuevo perfil de la salud.....	47
2.2 El virrey de Castelfuerte, órdenes religiosas y los curacas de Lima: el inicio del impacto de la salud en el contexto de las reformas borbónicas	61
2.3 La administración de la salud ante la adversidad: el terremoto de Lima de 1746.....	66
2.4 Terremoto en las finanzas del clero: las medidas restrictivas posteriores a 1746.....	69
Capítulo 3 Tradición y modernidad en la consolidación de las reformas borbónicas: los betlemitas y la administración hospitalaria	
3.1 Betlemitas en Lima: el nacimiento del hospital de El Carmen.....	83
3.2 Un hospital para la población cercana al mar: el hospital de Bellavista.....	93
3.3 El traslado del hospital del Espíritu Santo a Bellavista.....	108
3.4 Betlemitas en provincia: el hospital de Huaura.....	115
Conclusiones.....	125
Bibliografía.....	129

Introducción

Salud, hospitales y órdenes religiosas: el impacto de las reformas borbónicas en el manejo y administración de la salud

La Iglesia católica históricamente ha desempeñado un rol central en el cuidado de la salud. Desde la llegada al Nuevo Mundo, el establecimiento del virreinato y la instauración de la República, los religiosos de diversas órdenes se preocuparon por reflejar las virtudes de solidaridad y ayuda espiritual a las personas necesitadas de cuidado. Estas muestras de apoyo tuvieron no solo a los monasterios y conventos como los únicos espacios para su desarrollo, sino también a los hospitales, donde la práctica médica dependía muchas veces de la buena práctica de los religiosos en el cuidado de los enfermos y también de la eficiente organización que ejercían en el hospital del cual se hacían cargo.

A partir de la influencia de la Ilustración y de los avances científicos, a lo largo del siglo XVIII y el XIX, se fueron consolidando dentro de la medicina, de manera más puntual, factores como la profesionalización en la praxis médica así como la administración alrededor del cuidado de los enfermos tanto en hospitales y hospicios. La importancia de los médicos, la administración profesional de los hospitales y la prioridad que las propias autoridades destacaron en relación a la prevención y restablecimiento de los enfermos, fueron factores que fueron consolidando la imagen moderna de la administración de los servicios de salud en el Perú.

No obstante, cabe destacar una interrogante ante este panorama, ¿qué ocurrió con las órdenes religiosas y el rol asistencialista de la iglesia? La influencia del pensamiento ilustrado y la prioridad que el gobierno español ejerció sobre la administración de las instituciones y autoridades coloniales, llevarían a pensar en un debilitamiento e incluso erradicación del rol de la iglesia en el cuidado de los

enfermos. Es bien sabido que las reformas borbónicas promovieron un sentido de modernización de la sociedad y sus instituciones, a la par que buscaron restar la influencia directa de la iglesia, como otrora vigilante del orden social. Sin embargo, esta desvinculación o pérdida de protagonismo no fue del todo absoluta. Dentro del cuidado y administración de la salud, la iglesia y las órdenes vinculadas a la atención hospitalaria continuaron ejerciendo un rol protagónico, pese a la influencia directa del gobierno y las autoridades locales por controlar los servicios de salud. Las órdenes religiosas, para el siglo XVIII y tras la influencia de las reformas borbónicas, continuaron siendo los representantes de virtudes como la caridad y la ayuda al prójimo, no obstante, su accionar, adquirió una nueva dimensión, basada en la inclusión de una nueva perspectiva en la atención a la población, que conjugaba tanto el aporte tradicional como la influencia de la modernidad y el sentido de profesionalización en la administración de la salud.

Los estudios sobre la salud durante el tránsito del siglo XVII al XIX han abordado muy claramente el aporte científico y la innovación de orden social como parte de la propuesta de modernidad de parte del estado español. La valoración de los estudios de carácter científico, la investigación y el interés de irradiar en la sociedad la idea de orden, han sido lineamientos de investigación que se han trabajado de manera exhaustiva. No obstante, han desestimado una variable clave en el ordenamiento social y en la garantía de la inclusión de estos cambios: la iglesia y, en concreto, las órdenes religiosas dedicadas a la atención de la salud.

En tal sentido, esta investigación busca cubrir un vacío en la historiografía peruana respecto al funcionamiento de los hospitales al abordar un caso puntual; ello, permitirá reflexionar sobre el rol de las órdenes religiosas en el cuidado de la salud pública y cómo esta se fue transformando en el virreinato a partir de la influencia que ejerció las reformas borbónicas. A partir de dicho contexto se analizará el cambio que las órdenes religiosas tuvieron como gestores de la salud dentro de los hospitales, a la luz de la influencia del discurso ilustrado y el nuevo protagonismo ejercido por el gobierno virreinal borbón. Precisamente el interés de parte de las autoridades españolas y locales de

ejercer una práctica más eficiente y profesional del cuidado de los enfermos fue lo que generó un cambio en el protagonismo de las órdenes religiosas, las cuales tuvieron que implementar a la caridad y a las virtudes religiosas un sentido de profesionalización y gestión administrativa más eficiente que se reflejó directamente en los hospitales y la forma cómo se gestionaron. Para entender este cambio se abordará como caso particular la trascendencia que tuvo una orden religiosa destinada a la gestión de la salud como fueron los betlemitas. Ellos, en su faceta como administradores de diversos hospitales, reflejaron ese sentido de renovación al mostrar una iniciativa por gestionar estos espacios con un sentido no solamente caritativo, sino profesional, preocupándose ya no solo por garantizar que estos espacios se materialicen en lugares para aliviar el tránsito hacia la muerte, sino en espacios de recuperación del individuo, tanto de sus afecciones espirituales como físicas.

Estado de la cuestión

La historiografía respecto a la influencia de las órdenes religiosas en la salud y la administración hospitalaria ha tenido una particular preocupación por conocer cómo se conforma la historia de la medicina en el Perú. Un autor en particular quien enfatizó el rol caritativo y administrativo de la iglesia y las órdenes religiosas en su acercamiento al individuo para resguardar su salud, fue el doctor Miguel Rabí Chará. Sus trabajos constituyen el primer aporte sistemático sobre la evolución de la gestión hospitalaria en el Perú, al ofrecer un marco histórico de su consolidación y transformación a la luz de los avances científicos de la disciplina médica y los cambios que afrontó la Iglesia en la gestión hospitalaria el transcurso del siglo XVIII al XIX¹. Rabí, tuvo una opinión favorable sobre la presencia de las órdenes religiosas en estos espacios, al considerar gravitante su presencia, no solo en

¹ Con relación a los trabajos de Rabí Chara referidos al estudio de hospitales, véase: *Del Hospital de San Nicolás (1604) al Hospital Daniel Alcides Carrión (1941-2003)*, 2003; *El Hospital de San Bartolomé de Lima*, 2001; *Del Hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza*, 1999; “Un capítulo inédito el traslado del Hospital del Espíritu Santo de Lima a Bellavista (1750)”, 1995. La revisión de estos trabajos forman parte de la bibliografía consultada para este trabajo.

la asistencia espiritual de los enfermos, sino en el buen llevar del hospital, al considerar a los religiosos agentes vivos del cambio en la administración cotidiana de los hospitales, y su adecuación a los estándares de modernidad promovidos desde la reforma borbónica.

Los estudios referidos a la salud resaltaron la influencia que ejerció la iglesia en su administración, así como el rol que desempeñó el estado colonial y republicano en su funcionamiento y en su modernización. De manera particular, llegado el siglo XX, se desarrolló toda una corriente de trabajos y estudios que buscaron resolver cuestiones elementales sobre prácticas médicas que se gestaron en el Perú desde el periodo prehispánico hasta la llegada y consolidación de la influencia hispánica. Estos primeros estudios pioneros fueron realizados por Hermilio Valdizán y Carlos Enrique Paz Soldán, quienes dan cuenta del interés por ofrecer una visión global de la medicina en el Perú, con énfasis en la periodización histórica y en la presencia occidental en la atención de la salud². La incursión de España en el Nuevo Mundo modificó la concepción del manejo de la salud, en especial en el desempeño de las funciones médicas, ya que buscó limitar las prácticas curativas empíricas nativas por las actividades normadas de la cultura occidental. Para lograr dicho objetivo, la tradición médica foránea trasladó mucho de los valores de sus prácticas a la tradición médica del mundo andino y le brindó un nuevo sentido ligado a la profesionalización y, sobre todo, al cuidado de los enfermos.

Las prácticas médicas durante el virreinato ya que desde este periodo se fueron construyendo matices importantes en la administración y gestión del cuidado de los enfermos. Esto se evidencia de manera clara con la presencia de la Iglesia católica en la administración de los espacios de salud a través de las diversas órdenes religiosas que cumplían dicho cometido. Fue Rubén Vargas Ugarte, en su

² Los trabajos de ambos autores buscan dar un panorama muy claro sobre el rol que tuvo la medicina en ambos periodos. Tal es así que para Hermilio Valdizán se pueden destacar como aportes importantes los siguientes estudios: *Historia de la medicina peruana*. Lima: INCO, 2005; *Apuntes para la bibliografía médica peruana*, 1928;. En el caso de Carlos Enrique Paz Soldán destacan los siguientes: *Decanos, maestros y médicos de la Facultad de Medicina de Lima*. Lima: Biblioteca de Cultura Sanitaria, 1957; *Cuatro siglos de medicina limense*. Lima: Bayer, 1935; *Las preocupaciones médico-sociales de España durante la colonia y primeros lineamientos de política sanitaria en el Perú*. Lima: Centro Editorial, 1916; *La asistencia social en el Perú*. Lima: Centro Editorial, 1914.

Historia de la Iglesia en el Perú, quien complementa lo estudiado en estas visiones generales de las prácticas médicas y releva la influencia de las órdenes religiosas en la gestión de la salud, tanto desde lo espiritual como desde lo ejecutivo³. La fundación de diversos hospitales, cada uno de ellos orientado a la atención de una casta en particular, fue la prueba fehaciente de que la Iglesia había logrado tejer redes de poder en estos espacios. Esas redes se consolidaron con un sistema de administración a cargo de hermandades y cofradías, que participaron en el cuidado de la salud. Los hospitales fueron apoyados y gestionados muchas veces por órdenes sacerdotales, que lograron forjar un escenario de ayuda, caridad y asistencia médica siguiendo las consignas religiosas propias de su fe.

Los cambios que se van gestionando durante el virreinato, y que incluso ejercieron influencia en los primeros años de la República, constituyen un hito importante en la historia de la medicina debido al efecto de las reformas borbónicas, ya que estas cambiaron la administración política de España sobre sus colonias y en la manera cómo el Estado buscó retomar el control de la administración de la salud, dándole un carácter profesional y valorando los avances científicos por encima de las prácticas médicas tradicionales.

La historiografía con relación a este aspecto ha procurado resaltar cómo las reformas borbónicas aportan una serie de ideas de naturaleza ilustrada en desmedro de las prácticas médicas del pasado colonial; asimismo, rescata las medidas de renovación que mejoraron el cuidado de la salud y el ambiente de la ciudad a partir de un evento que transformó el espacio público: el terremoto de 1746. El ordenamiento de las calles, la conformación de un cementerio y las preocupaciones por las víctimas capturaron la atención de los estudios de dicho suceso y mostraron la necesidad de cambiar el manejo de los hospitales y el ejercicio de la medicina, lo que dio lugar a la creación de la Escuela de Protomédicos y a la fundación de la Academia Peruana de San Fernando.

³ Vargas Ugarte, Rubén. *Historia general del Perú*. Lima: Milla Batres, 1984; *El Perú virreinal*, 1961; *Historia de la Iglesia en el Perú*, 1959; *Impresos peruanos*, 1956.

Esta corriente historiográfica trata de entender cómo la presencia de organismos estatales de salud en el Perú y el renovado espíritu de profesionalización fue el resultado de la expansión del poder central y el surgimiento de transformaciones sociales como la secularización de la sociedad y la urbanización. A esto subyace la idea de que los estudios sobre medicina y la salud se desarrollaron con atraso debido a los rezagos históricos, culturales y escolásticos y a la supuesta limitación que representaba la continuidad de la medicina tradicional indígena y formas populares de atención a los problemas de salud. La coyuntura de un sismo y el empuje de líderes médicos lograron que la salud y la medicina alcanzaran parcialmente los ideales de progreso, civilización y modernización⁴.

Un esfuerzo importante que describe este periodo de cambio lo constituye el trabajo de Adam Warren (2010). Su libro *Medicine and politics in colonial Peru* ofrece un panorama de la evolución de las prácticas médicas en su tránsito de la etapa colonial a la republicana. Warren destaca la profesionalización de la atención médica a través de las redes de poder político y de intereses gubernamentales que se fueron creando conforme el Estado imponía su presencia luego de la gesta independentista. El estudio de este último aspecto es relevante, ya que demuestra el interés del Estado por reformular el rol de la Iglesia, en especial, en la administración de la salud. Esto se refleja en las limitaciones que van teniendo los religiosos en la administración de los hospitales y su confinamiento a cuestiones asistencialistas; la consigna era dotar a la administración de la salud de un control netamente secular, ajena a las prácticas religiosas que se habían pervertido por la mala conducta y administración de los religiosos a partir de la segunda mitad del siglo XVIII.

Si bien el aporte de Warren ofrece una visión de estos cambios y mejoras en la salud, existe un vacío que sería importante desarrollar: la administración de la salud en el tránsito de la Colonia a la

⁴ Hay una bibliografía amplia de estudios relacionados a la práctica médica. Entre los trabajos que destacan se pueden mencionar al de Oswaldo Salaverry, *Historia de la medicina peruana* y los *Orígenes del pensamiento médico*; Pamo, Óscar G., *Temas de la historia médica del Perú*; Mariátegui, Javier, *Mercurio Peruano*, Burstein Alva, Zuño, “Revisión histórica”, pp. 40-44; Hernández Asensio, Raúl, “Historia de la Sociedad de Gastroenterología”; Delgado Matallana, Gustavo y Miguel Rabi Chara, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*; Casalino, Carlota, “Hipólito Unanue y la construcción del héroe”, pp. 314- 327, y Deza Bringas, Luis, *Testimonios del linaje médico peruano*.

República desde la perspectiva de un agente importante, pero a la vez subestimado por la creencia de su rol pasivo o intrascendente: las órdenes religiosas. Tras los cambios de la monarquía borbónica, los debates en torno a las implicancias de sus políticas de secularización solo destacan el rol del Estado en la eliminación de lo empírico e informal en la administración de la salud. Debatir los cambios dictaminados por el Estado es importante porque refleja el espíritu de reformas, capaz de cambios sostenidos que garantizaran un mejor cuidado del enfermo y la profesionalización de su tratamiento; sin embargo, resulta pertinente conocer cómo la Iglesia, a través de las órdenes religiosas, percibió esos cambios y cómo se adaptó al espíritu reformista, ya sea insertándose en los nuevos mecanismos de control planteados por el Estado o renunciando a sus antiguos privilegios.

Una vía para estudiar la transición que experimentó el rol de la Iglesia en la atención de la salud es a través de la administración hospitalaria. Los trabajos sobre esta materia son escasos y breves; se limitan a la vida institucional del hospital y a su trascendencia histórica, sin prestar atención a otras variables de análisis, como las funciones que se realizaban dentro del hospital, los indicadores económicos de sus actividades cotidianas y la división interna del espacio y de las funciones. Los análisis más detallados del hospital como institución de salud se dan en otros escenarios. En Estados Unidos, el estudio de Charles Rosenberg, *The care of strangers. The rise of America's hospital system* (1987) analiza la conformación del sistema hospitalario en desde 1850 a 1920, cuya meta fue la profesionalización de la medicina y la implementación de un sistema hospitalario que garantizara no solo el cuidado de los enfermos, sino la prevención de su incremento. El enfoque de Rosenberg destaca esta profesionalización bajo un sentido conciliatorio que en el rechazo a las estructuras del pasado sería relevante considerarlo en el contexto médico peruano, que enfrentó la disyuntiva entre lo tradicional y lo moderno en un periodo de transición.

En cuanto a los estudios sobre administración hospitalaria en América Latina, se puede decir que hay mayor variedad y estudios de caso. Esta realidad es, justamente, la diferencia que resalta con mayor notoriedad en relación al caso peruano. Y es que, desde el resto de realidades en la América virreinal,

ha habido una mayor iniciativa en resaltar el valor de la salud en el desarrollo de las sociedades, tomando en consideración la influencia de la modernidad y cómo la vertiente tradicional, representada por la iglesia católica, se adaptó a ella. Un caso muy interesante de esta realidad es la que se replica en el virreinato de Nueva Granada. Los estudios sobre la actividad hospitalaria se han enfocado en resaltar el rol de las reformas borbónicas a partir de la dirigencia, que desde el propio estado virreinal, se gestionó para consolidar la modernización de la actividad médica. Es notable mencionar el enfoque que Santiago Castro Gómez ofrece en su trabajo *La hybris del punto cero: ciencia, raza e Ilustración en la Nueva Granada*. En este estudio dicho autor da luces al proyecto de modernidad en Nueva Granada al resaltar que la modernización de la salud obedeció a intereses políticos capaces de facilitar el incremento de la riqueza y la construcción de un sentido de ciudadanía que promoviera el bienestar común. Una perspectiva interesante es también dada por Adriana Alzate. En su libro *Sociedad y orden. Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810* la autora profundiza en lo cotidiano de la vida de los hospitales, al destacar una actividad muy elemental pero no por ello irrelevante: la alimentación. El conocer la dieta de los pacientes en el hospital, y sobre todo la dinámica tras su conformación, es muy útil para entender las dinámicas económicas que las órdenes religiosas elaboraron para administrar el hospital, así como los intereses por garantizar su sustento como institución ante el estado colonial.

Estos factores en los contextos diferentes al caso peruano han logrado abordar la trascendencia de las reformas borbónicas sin desestimar el rol de adaptación de esta “nueva realidad” que ejercieron las órdenes religiosas. Los estudios sobre la salud durante el tránsito del siglo XVII al XIX han abordado muy claramente el aporte científico y la innovación de orden social como parte de la propuesta de modernidad de parte del estado español. La valoración de los estudios de carácter científico, la investigación y el interés de irradiar en la sociedad la idea de orden, han sido lineamientos de investigación que se han trabajado de manera exhaustiva. No obstante, han desestimado una variable

clave en el ordenamiento social y en la garantía de estos cambios: la iglesia y, en concreto, las órdenes religiosas dedicadas a la atención de la salud.

Se analizará esta nueva dinámica en la administración hospitalaria a través de tres capítulos. En el primero se analizará la historia de la administración de la salud a partir de la presencia del Estado y el rol asistencialista que cumplió la iglesia católica. En primer lugar, se explicarán los mandatos que se espera que cumpla el Estado en cuanto al cuidado y administración de la salud en el mundo contemporáneo. Conocer esta realidad palpable permitirá realizar, en segundo lugar, un estudio retrospectivo en el que se analizará los inicios de la construcción del concepto de salud y asistencia de los enfermos en el contexto de la conquista y el establecimiento del sistema colonial, todo ello a la luz del reconocimiento que hace el Estado colonial de la medicina andina como un factor que debe ser incluido y reconocido en las prácticas favorables a la salud del individuo. Como tercer punto, se hace una revisión de la presencia del Estado colonial y los mecanismos que instauró para consolidar su presencia, como fue el rol ejercido por los protomedicatos. Finalmente, se destaca el papel que ejerció la Iglesia en la instauración de espacios para el cuidado de enfermos –como los hospitales– y en la construcción de un imaginario religioso y de ayuda social relacionado con la salud, que fue promovido por las órdenes religiosas.

En el segundo capítulo se reflexionará sobre el impacto de las reformas borbónicas en la administración de la salud. De manera específica, se analizará cómo a partir del siglo XVIII comenzó a priorizarse la valoración científica y organizacional en la administración de la salud. Estos elementos, junto al rol de la caridad, crearon un perfil más moderno y sistemático que dotó al Estado colonial de un sentido renovador, en el que la salud debía priorizar no solo la recuperación del individuo sino también su prevención. En segundo lugar, se analiza cómo estas reformas lograron implementarse de manera progresiva a partir de un acontecimiento imprevisto, el cual fue el punto inicial de las primeras gestiones para llevar a cabo dicho cambio: el terremoto de 1746. A partir de este hecho, se abordará dos aspectos: por un lado, los cambios en la administración de la salud luego

del sismo y las reformas que realizaron el Estado colonial y el clero. La figura del virrey marqués de Castelfuerte dentro de este contexto fue clave; de igual modo, se analizan las reformas que se gestaron años después del sismo y que buscaron limitar los poderes de la Iglesia, en especial, el rol activo de las órdenes religiosas.

Finalmente, en el tercer capítulo se analizará cómo las reformas borbónicas en el Perú produjeron una serie de cambios administrativos y económicos en los hospitales. Se presentaron dos momentos claves: por un lado, las órdenes religiosas inicialmente se adaptaron al cambio e incorporaron a su labor asistencial elementos de profesionalización y de administración económica. Por otro lado, las imposiciones del Estado en materia de gestión de recursos y la recurrente exigencia de que los hospitales debían ser espacios de recuperación y no de padecimiento, alteraron su funcionamiento al punto que más de un hospital terminó enfrascado en problemas de corrupción que aceleraron, muchas veces, su clausura.

Para lograr una mejor comprensión de esta realidad se analizan cuatro hospitales dirigidos por los betlemitas. En primer lugar, se estudia el hospital del Carmen en Lima, que constituyó la sede principal de la orden en la Ciudad de Los Reyes y fue el que se adaptó de manera clara a los cambios exigidos por el Estado, en especial en los últimos años del periodo virreinal. En segundo lugar, se estudian los cambios del hospital de Bellavista, destinado a la atención población que vive y trabaja cerca al mar, como un espacio que permite conocer la administración interna concerniente a la alimentación, que capturó, en esencia, muchas de las propuestas de los Borbones. Los otros dos casos son el hospital del Espíritu Santo, con su propuesta de traslado al pueblo de Bellavista, y el de San Diego y de Nuestra Señora de la Soledad, en la villa de Huaura.

La realización de este estudio integra la utilización de fuentes primarias como secundarias. Para los dos primeros capítulos, se han utilizado como base la información procedente de impresos, crónicas, así como informes sobre la situación y/o conformación de los hospitales durante el virreinato, todos ellos con el objetivo de construir un panorama sobre la evolución de la salud y cómo las órdenes

religiosas contribuyen a ello. Estas fuentes nos han permitido recoger información sobre la percepción que tuvieron los religiosos sobre las prácticas médicas andinas, así como la valoración de sus beneficios en la curación de los enfermos. De igual modo, las publicaciones oficiales e impresos han permitido recabar interesantes noticias sobre el protagonismo de las órdenes en el ámbito de la salud, en especial en el ámbito hospitalario. La documentación procedente de los informes de virreyes ha sido también relevante, en la medida que brinda un panorama oficial sobre el accionar del gobierno en su preocupación por salvaguardar la salud de la población, en periodos de crisis como el tsunami de 1746 y la reestructuración de la urbe y la política hospitalaria.

Para el desarrollo del tercer capítulo, que toma como base estudios de caso sobre la administración hospitalaria de los betlemitas, se ha trabajado con documentación del Archivo General de la Nación, el Archivo Arzobispal de Lima así como de información de primera mano de la Colección Maldonado, del Instituto Riva-Agüero. El aporte de estos documentos ha sido importante ya que nos ha permitido conocer el entorno administrativo de los hospitales, a partir de dos contextos claves dentro de las reformas borbónicas como fueron la tragedia del tsunami de 1746 y las reformas dadas por las autoridades locales a nivel de la configuración del espacio hospitalario y de los cambios en busca de mejora de su administración económica. De otro lado, los documentos de la Colección Maldonado han sido una fuente valiosa para identificar un aspecto muy interesante, pero que se ha estudiado poco: la alimentación. Esta actividad que forma parte del cotidiano del hospital nos ha dado muestra de la preocupación de las órdenes en el cuidado de los enfermos, a partir de la naturaleza de los alimentos y su distribución dependiendo las necesidades de los pacientes; de igual modo de la administración de los recursos y de las dinámicas económicas tales como rentas y pagos diversos a las que las órdenes recurrían para asegurar el mantenimiento de los hospitales.

Una mención especial la tiene la documentación sobre la administración hospitalaria en la región de Huaura. El expediente de fundación del hospital de Huaura ha sido muy valioso para el estudio de las condiciones de fundación del hospital y la decisión de depositar en su cuidado y administración a los

betlemitas. Este documento es interesante ya que ofrece un visión interesante de los intereses alrededor de la fundación de un hospital; el caso de Diego de Losa Bravo, miembro del cabildo de Lima y su decisión de dejar en herencia su casa para fundar un hospital permite reconocer el compromiso de las autoridades por la salud de la población, así como la influencia ejercida por las autoridades desde Lima, que eran replicados en espacios alejados de la ciudad con las mismas visiones de reforma planteados por las reformas borbónicas.

**

La realización de esta investigación no hubiera sido posible sin el apoyo y asesoría del doctor Jorge Lossio. A él le agradezco su apoyo y ánimo en el desarrollo de este proyecto de tesis. Una mención especial merecen las autoridades y compañeros del Instituto Riva-Agüero, quienes me alentaron y me dieron el apoyo necesario dentro de mi espacio laboral para poder concretar mi investigación. En ese sentido, mis agradecimientos van de manera particular a la doctora Margarita Guerra y los doctores José de la Puente Brunke y Armando Guevara Gil, por su apoyo y confianza; y al profesor Ricardo Guersi, Erika Goya y Marta Miyashiro, por su amistad y siempre valiosos consejos.

Para finalizar, quisiera reiterar mi agradecimiento a mi familia, por todo su apoyo y comprensión en el desarrollo de mis estudios de maestría y en la elaboración de mi tesis. De igual modo, a mi compañera Elizabeth Arones, por su incondicional apoyo y consejos tanto para mi vida personal y profesional.

CAPÍTULO 1

ESTADO, IGLESIA Y ADMINISTRACIÓN: LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA LIMA COLONIAL

(...) el hospital tiene que ser visto como un órgano de la sociedad que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado (...)

Hablar de la salud desde la perspectiva de la historia del Perú implica reflexionar sobre el cuidado de la persona, su bienestar físico e incluso emocional. Actualmente, se entiende que los estados son, en principio, responsables de velar por la salud pública y el manejo de los hospitales. Sin embargo, esto no fue siempre así. La asistencia y el cuidado de los enfermos han tenido un proceso evolutivo que ha ido de la mano no solo con el desarrollo técnico, sino también con la participación del individuo. Atender la salud de las personas, garantizar su recuperación y asistirlos mediante cuidados es una labor que siempre ha requerido vocación de servicio y fortaleza espiritual.

En este sentido, durante la Colonia, la Iglesia se erigió como la institución dedicada a la asistencia sanitaria del individuo. Parte de las máximas y normativas eclesiales, basadas en la solidaridad y la asistencia espiritual, inculcan el cuidado de las personas para lograr su bienestar. Los integrantes de congregaciones religiosas, en cumplimiento de su vocación, se han esmerado a través de los tiempos en atender a los enfermos y brindarles las facilidades necesarias para su recuperación física y, a la vez, el consejo y el alivio para superar el pesar que puede provocar una enfermedad. Esto fue particularmente cierto hasta cerca del siglo XIX, porque la debilidad del Estado peruano no le permitía desempeñarse en espacios como la salud.

El objetivo de este capítulo es analizar la historia de la administración de la salud en la etapa colonial. Para ello se analizará los distintos agentes que intervinieron en su consolidación, tanto a nivel

institucional como a nivel de construcción de imaginarios. En primer lugar, a manera de apertura, se explicarán los mandatos que se espera que cumpla el Estado en cuanto al cuidado y administración de la salud en el mundo contemporáneo. Es importante realizar esta distinción en la medida que permite conocer cuál es la herencia que de dicho rol se percibe desde la etapa colonial. En segundo lugar, se abordará el impacto que generó la conquista y el establecimiento del sistema colonial, a la luz del reconocimiento que hace el Estado del mundo andino y su aporte en la medicina como un factor que debe ser incluido en el cuidado de la salud. Como tercer punto, se hace una revisión de la presencia del Estado colonial y los mecanismos que instauró para consolidar su presencia, como fueron los protomedicatos. Finalmente, se destaca el papel que ejerció la Iglesia en la instauración de espacios para el cuidado de enfermos –como los hospitales– y en la construcción de un imaginario religioso y de ayuda social relacionado con la salud, que fue promovido por las órdenes religiosas.

1.1 El Estado y la política asistencial en el campo de la salud

Las estrategias y procedimientos de la política asistencial se basan en la idea de que el Estado es la instancia que vela por el cuidado de la salud. La experiencia contemporánea muestra que la atención de los enfermos es una preocupación de los estados modernos y uno de los pilares que garantiza la estabilidad de la sociedad. Michael Foucault afirma que el Estado y las élites dominantes, a través de la atención de la salud, ejercen un mecanismo de control sobre los grupos subalternos para imponer una disciplina férrea en función del orden social establecido (1975: 370-371). Ello permitió que el Estado construyera un discurso alrededor de la salud a fin de mantener su supremacía política e imponer una hegemonía cultural fundamentada en la idea de que las personas más sanas pueden ser más productivas y generar menos costos. Promover el cuidado de la salud en función del desarrollo económico y laboral es también una prioridad de los estados modernos. En las naciones de Europa, durante el siglo XIX, el desarrollo del capitalismo y los avances tecnológicos de la Revolución Industrial generaron que los gobernantes brindaran asistencia a los trabajadores debido a los reclamos por sus condiciones paupérrimas (Rodríguez y Menéndez 2005: 59). La escasa relación entre el

crecimiento industrial y el derecho a la salud obedece a la influencia que la ideología capitalista revistió en las relaciones entre el capital y el trabajo. La falta de consolidación de ambos elementos retrasó la integración e institucionalización de los conflictos industriales como se percibió en el proceso de creación del derecho del trabajo como disciplina jurídica independiente (Palomeque 1980)⁵.

Pero, ¿cómo nace la preocupación del Estado por atender las necesidades de salud de la población? El origen de este esfuerzo se aprecia dentro del proceso histórico de expansión capitalista, específicamente en el proceso en que los reinos europeos expandieron sus territorios en el Nuevo Mundo. La conquista de América y la consecuente colonización fueron acontecimientos que, para las autoridades hispánicas, sirvieron de base para ejercer control sobre la población local. A partir de la implementación de un control de trabajo sobre esta población, así como de sus recursos y productos se forjó una estructura de explotación que fue el reflejo de una estructura de relaciones de producción que favorecía el capitalismo mundial (Quijano 2000: 201-204).

Uno de los episodios que refleja este triunfo reformista y vertical promovido por el capitalismo concierne a la disminución de la población indígena y la influencia que la conquista española generó en el desarrollo de este episodio. La utilización de la violencia y los duros regímenes de explotación fueron, durante mucho tiempo, la razón del decaimiento del índice de la población local; sin embargo, otro factor más influyente fueron las epidemias y su impacto en la salud.

Los organismos patógenos del Viejo Mundo provocaron epidemias que, por su rápida propagación y letalidad, diezmaron a la población andina. La razón científica de este hecho fue la ausencia de

⁵ La relación profesional de la higiene y medicina de en el trabajo tiene su origen en las condiciones poco favorables que presentaron los obreros en las fábricas. El escenario industrial fue el espacio en el que se consumaron los reclamos de los trabajadores, y el apoyo de un grupo que afianzó su molestia: los médicos. Es interesante ver que para el siglo XIX ellos funcionaron como testigos objetivos de la vida industrial de su tiempo, el cual adquiere diversos matices en función de su interés por velar por la salud de los enfermos pero, sobre todo, dar legitimidad a los esfuerzos del Estado por garantizar la modernidad en el manejo de la salud (López 2006: 92-95).

anticuerpos en la población nativa, la cual se vio vulnerada ante enfermedades que no eran oriundas del continente, como la gripe o el sarampión. La disminución de los índices demográficos constituyó para el Estado español el punto de partida para preocuparse por el cuidado de la salud de los nuevos súbditos de estas tierras a través de la construcción de mecanismos de control sobre los individuos y sus condiciones de salud (Cook 2010: 109-124).

1.2 Encuentros y desencuentros de la medicina europea con la andina

Las normativas del Estado para gestionar la atención de la salud de las personas provienen del intento de construir espacios de control y de cuidado del individuo. Espacios como los hospitales y la construcción de hospicios se convirtieron en los principales lugares de consolidación de la presencia estatal en el ámbito de la salubridad. Pero, ¿cómo logró erigir esta tarea en espacios tan heterogéneos y en poblaciones tan disímiles? La respuesta a esta interrogante se halla en el rol de la evangelización y en su acercamiento a la tradición andina.

1.2.1 La tradición andina con relación al cuidado de la salud

Las fuentes de primera mano para aproximarnos al saber andino respecto al cuidado de los enfermos son las crónicas. Ahí se plasman reflexiones detalladas sobre el tratamiento que los indígenas siguieron para curar las dolencias y heridas de los españoles. Guamán Poma de Ayala, por ejemplo, hace referencia al papel que tuvieron los curanderos en la atención de los problemas médicos y destaca su rol social e incluso cristiano, los cuales subyacieron en los procedimientos andinos que emplearon para atender a los enfermos. En su Crónica, nos menciona:

Los dichos yndios serojanos [cirujanos], barberos que curan y sangran y saben y conosén de las enfermedades y llagas, de las yeruas con que se an de curar y medicinas y purgas destos rreynos curan también como un dotor o lesenciado de medecinas. Y dizen que todas las enfermedades prosede de dos cosas que tiene los honbres, calor o frío en qualquier (...) A estos dichos yndios le ponen en pleyto el

padre, corregidor o los propios yndios les llaman hechiseros, no lo siendo cino cristiano. Antes conbiene para el seruicio de Dios y de su Magestad y bien de los pobres yndios y para que cure azogado; se le deue dar su mandamiento para curar y sangrar y que use oficio de barbero seruxano. El tauaco es ponsoña para calenturas y para frío, santa cosa poquito; ci es mucho cuese las entrañas. Mejor es en polbo por las narises. Esto de las medicinas no lo escribo porque no puedo más que esotro dotor y trauajo, salud de los hombres 200 años (Guamán Poma 1615: f. 840).

Esta valoración del saber andino proviene de la experiencia y de la interacción entre el hombre español y los indígenas.⁶ Y es que el impacto del encuentro entre ambos generó cambios notables en la salud de la población autóctona, debido a la exposición a las enfermedades transmitidas por los españoles. Ello ocasionó, en primera instancia, un impacto demográfico evidente que diezmó a la población local y alteró de manera clara su cosmovisión. Pero, ¿cómo se llega a la concepción de esta idea de cambio por parte del poblador andino? Según Marcos Cueto, la introducción de gérmenes patógenos del Viejo Mundo y la subsiguiente llegada del cristianismo forzaron a las sociedades nativas a reevaluar y reinterpretar su visión del mundo (Cueto 2015: 24). Ello se debió a la disyuntiva que produjo en los indígenas la introducción del Dios cristiano como el causante de las enfermedades, lo que alteró las fidelidades espirituales de los indios quienes, por un lado, se veían atemorizados por el impacto de las epidemias del Dios cristiano que los diezmaba y, por otro, mantenían fidelidad a sus tradiciones medicinales con la idea de que, alejarse de su culto local, los iba a dejar expuestos a las enfermedades (Alchon 2003: 24-25).

⁶ Desde las crónicas, han sido varios las referencias a la hacia los especialistas de la salud. Muchos de ellos debieron ejercer al mismo tiempo las funciones de hechiceros, para conformarse con el espíritu dominante y para halagar, en cierta forma, los conceptos generalizados respecto al mecanismo de producción de enfermedades. El reconocimiento y denominación de estos especialistas fue variado entre los antiguos peruanos. Entre los que mencionan las crónicas se puede mencionar a *los calparicuqui, socyac, camascas, yacarcaes, huacavillac* y los *ichuris*, entre los más reconocidos. Mención especial posee el “médico real” de los incas, el Ambicamay, que, poseía un estatus alto entre los especialistas; incluso, era el único que podía asistir a los extranjeros (Valdizán 2005: 51-60).

Con el triunfo del cristianismo y la evangelización, la regularización de las prácticas médicas andinas no desaparecieron; por el contrario, supervivieron y adquirieron un nuevo matiz a la luz del reconocimiento de las nuevas autoridades religiosas. Pese a que la política indiana prohibía la continuación de la religión nativa, ello no fue impedimento para que los indios decidieran continuar, de manera clandestina, sus rituales religiosos e incluso curativos. Muchos religiosos reconocieron el valor de las plantas medicinales y de los especialistas en su manipulación. Es interesante rescatar lo que manifiesta el jesuita José Arriaga en relación con los curanderos indígenas, cuando destaca que: “(...) muchos de los hechiceros son ambicamayos, como ellos llaman o curanderos, pero con muchas supersticiones, e idolatrías que preceden a los curas, y se procura que los curas, tengan examinados, y bien instruidos, los que han de curar para que quitado los que es bueno; como es el conocimiento y uso de algunas yerbas, y de otros simples, de que suelen usar en sus enfermedades (...)” (Acosta 2006: 114).

La valoración de las prácticas andinas por parte del clero católico responde a la necesidad de reconocimiento de que el Nuevo Mundo posee aportes importantes para la mejora de la salud del individuo. Ello demuestra que el pensamiento católico estuvo lejos de ser excluyente y que, por el contrario, supo tolerar y adaptar las prácticas nativas al reconocerlas como funcionales en la recuperación de la salud de los propios conquistadores. Esta valoración de las tradiciones andinas, las que se mantuvieron por la capacidad de los propios indígenas para continuar de manera clandestina sus prácticas religiosas, es el punto de partida para analizar el rol que la propia Iglesia católica desempeñó en el cuidado de la salud, una vez que afianzó su presencia evangelizadora.⁷

7 La valoración de la medicina tradicional ha sido un tema que se ha destacado estos últimos años por la relevancia que su aplicación tiene incluso en las prácticas modernas. Erick Devoto, en una reciente publicación, destaca el testimonio del médico Élmer Huerta, quien, en una declaración a El Comercio el 2015, refiriéndose a la importancia de la medicina tradicional, manifestó: “(...) qué lástima que nuestros gloriosos antepasados paracas, mochicas, quechuas y aimaras no supieran escribir, ¡cuántas maravillosas y efectivas recetas nos hubieran dejado! ¡Qué maravilloso hubiera podido (sic) tener la receta exacta de los anestésicos que usaban para hacer las trepanaciones craneanas que efectuaban para operar tumores cerebrales o de los preparados y emplastos que usaban para que no se les infecte las heridas!

El reconocimiento del saber andino dentro del campo de la medicina derivó del hecho de que proporcionaba nuevas ideas respecto al tratamiento médico. Una de las evidencias proviene de la valoración que los propios especialistas y agentes administrativos dieron sobre las plantas medicinales y el efecto curativo sobre los individuos. Los miembros de la Compañía de Jesús, específicamente, fueron los que apreciaron la utilización de plantas locales en la alimentación y curación de los enfermos. Tal es el caso del cronista Joseph de Acosta, que en su obra *Historia natural de las Indias* menciona las propiedades benéficas del consumo del maíz como parte de la alimentación de los indios. Al respecto, el cronista señala:

Otro modo de hacer el azúa o chicha es mascando el maíz y haciendo levadura de lo que así se masca, y después cocido. Y aún es opinión de indios que, para hacer buena levadura, se ha de mascar por viejas podridas que aun oillo, pone asco y ellos no lo tienen de beber aquel vino. El modo más limpio y más sano, y que menos encalabria es de maíz tostado: esto usan los indios más pulidos y algunos españoles por medicina, porque en efecto hallan que para riñones y orina es muy saludable bebida. Por donde apenas se halla en indios semejante mal, por el uso de beber su chicha (Acosta 2006: 118).

Este reconocimiento de las prácticas médicas andinas se recoge en la documentación de extirpación de idolatrías. Uno de los testimonios más directos se refiere a las prácticas religiosas de los curanderos. Como especialistas místicos de las comunidades indígenas, gran parte de su labor se vinculaba a la curación de las enfermedades. La percepción de su labor religiosa, ajena a la doctrina cristiana, despertó suspicacias justificadas en torno al correcto proceder de sus actividades. No obstante, las prácticas del cuidado del individuo fueron reconocidas e incluso se buscó rescatarlas de los prejuicios relacionados con la idolatría. Joseph de Arriaga, en su obra *La extirpación de la*

Y por último, es muy importante que los científicos modernos sepamos valorar y respetar a los empíricos de todos los pueblos del mundo. Su arte y su práctica es de mucho valor (...)"'. (Devoto 2016: 81).

idolatría en el Perú, comenta lo siguiente sobre la práctica de los hechiceros y su vinculación con la idolatría:

Item de aquí adelante los Indios Hechiceros ministros de Idolatría, por ningún modo curarán a los enfermos por cuanto la experiencia a enseñado, que cuando curan hacen idolatrar a los enfermos, y les confiesan sus pecados a su modo gentilico, y si otros indios hubiere que sepan curar porque conocen las virtudes de las yerbas, examinará el cura de este pueblo el modo con que curan, que sea ajeno de toda superstición (Arriaga 1621:135-136).

Es interesante apreciar cómo Arriaga rescata en su informe la importancia de las virtudes medicinales de los productos andinos más allá del contexto idolátrico. El error de los curanderos no radicaba en las plantas medicinales o productos curativos que daban a conocer, sino en las prácticas de superstición presentes en sus ceremonias. Pedro de Villagómez, arzobispo de Lima, notó con claridad este panorama y consideró la utilización de plantas medicinales como una práctica que debía ser rescatada del entorno idolátrico. Según sus palabras: “(...) los indios hechiceros ministros de la idolatría por ningún modo curarán a los enfermos; pero si otros indios vieren que sepan curar, porque conocen las virtudes de las hierbas, el cura de este pueblo examinará el modo que curan, para que sea ajeno de toda superstición (...)” (Villagómez 1649: 72).

Esta actitud de tolerancia hacia la curación con hierbas da luces acerca de la aceptación que tuvo la tradición médica andina. Debido a los beneficios positivos que brindaba a la salud de la población, no podía recibir una sanción severa y menos desestimar su uso en favor de los enfermos.⁸ La

⁸ Las referencias a estudios sobre los recursos naturales y plantas nativas al Perú son interesantes. Por ejemplo. Hermilio Valdizán da cuenta del estudio del doctor Matías de Porres quien en 1621 publicó un tratado “De las virtudes de todas las frutas y semillas del reino”, en el que describe los usos terapéuticos de diecisiete frutas y cinco raíces, a la vez que ofrece el nombre indio que las hacía conocidas (1958: 9). Mar Rey Bueno destaca, en su estudio referido a Matías de Porras, la valoración que se da sobre distintas frutas; el caso de la granadilla es particularmente interesante, ya que el Porras valora los granillos de la pulpa al indicar que “(...) son antringentes y dando dos escrupulos de sus polvos, en agua azerada, detienen las cámaras de sangre poderosamente, y usados en las ayudas de leche azerada obran más pesto, y es milagroso remedio” (2006: 360).

valoración de la tradición médica andina en los grupos locales ha sido tal, que han habido casos aislados que sostienen que el saber andino es mucho más funcional que el saber profesional occidental. Un ejemplo de ello ocurrió en 1637 cuando el doctor Monzo Huerta, médico del claustro de San Marcos, se opuso a la apertura de cátedras en medicina debido a que “los indios que curan mejor que los médicos sanando a los que estos han desahuciado y que... curan muy acertadamente sin ser médicos” (Ugarte 1965: 9).

La Iglesia reconoció el saber andino y lo incorporó en su práctica médica, tanto es así que en la información sobre la farmacopea peruana hay referencias sobre el uso de elementos como la quina⁹. Esto se registra en el inventario de una botica limeña en 1655 y se indica la utilización de este producto en la curación de los enfermos. Esta misma valoración se replica en una botica¹⁰ limeña de 1655, en la que se observan productos andinos como la quina o el chamico. La presencia de productos de tradición indígena siguió a lo largo del siglo XVIII, como lo demuestra el análisis del inventario de la botica del Colegio de San Pablo de la Compañía de Jesús. Según Uriel García Cáceres (2005: 27), este documento, consignado por Valdizán en su tercer tomo de *La medicina popular peruana*, constituye una “demostración del intercambio o mestizaje de la terapéutica médica” peruana.

El conocimiento del saber andino posee una conexión importante con el sentido innovador que desde las órdenes religiosas se fue construyendo como parte de la idea de construcción de un estado colonial moderno y, orientado a los intereses de la población. Alcanzar dicho objetivo hizo que la iglesia católica no deje de lado el aporte medicinal del mundo andino; por el contrario, lo integró a la construcción de una nueva identidad, tanto social como médica. Los religiosos buscaron articular el

⁹ El descubrimiento de la quina se dio aproximadamente en 1633. Para finales de esa década, este remedio fue introducido en Europa y en la segunda mitad de ese siglo ya había sido consagrada como remedio específico contra todas las formas de malaria. No obstante, los médicos peruanos con título académico no la usaron sino 150 años después, a partir de 1780, cuando la terapéutica racional, basada en la observación de causa a efecto y tal como la usaban los médicos nativos de la región andina, llegó de rebote desde Europa (Uriel García 1999: 43; Paz Soldán 1935: 28).

¹⁰ Manuscrito colonial de propiedad de Uriel García. Véase GARCÍA, *Juan del Valle Caviedes: Cronista de la medicina*, p. 44 y nota 72.

saber andino a una dimensión práctica pero a la vez cultural, con el potencial de generar un nuevo sentido de pertenencia e identificación no solo desde los intereses de las autoridades, sino también desde la identificación con lo social.

Las muestras de este sentido de renovación las destaca Eduardo Zárate al referirse a la medicina peruana como un legado que condensa el aporte tanto occidental como andino. Esta valoración generó una nueva realidad, que, dentro de la práctica médica, se manifestó en la idea de valorar aquello que es conveniente y útil. (2001). Ello encaja en uno de los pilares en los que descansa la cultura de una sociedad, el cual hace hincapié en que toda matriz posee una dinámica de cambio para admitir lo nuevo y renunciar, incluso, a prácticas que no les son útiles. Bajo esta premisa se construye un sentido de salud que se acerca a la conformación de una identidad local, la cual se consolida con el accionar de las órdenes religiosas, quienes asumen el rol de depositarias de la tradición andina y de sus prácticas médicas en beneficio de la sociedad.

1.3 El reordenamiento de la atención de la salud a través de la administración colonial

La regulación de la práctica médica en el Perú se fue incrementando a medida que el aparato administrativo y político tuvo mayor presencia. La Corona española difundió el ejercicio de la medicina a través de municipios, cabildos o ayuntamientos hasta el reinado de Juan II de Castilla (1416-1454). Una de sus medidas más representativas fue la creación del título de protomédico a través de una real cédula publicada en 1422. Dicho título otorgaba la facultad el ser el primer médico del reino y de actuar “contra los crímenes y excesos que cometían los médicos, cirujanos, licenciados, farmacéuticos, etc., en el ejercicio de su profesión y con la autoridad suficiente para castigar conforme a derecho”. Su consolidación como instancia administradora de la salud pública española se dio en 1477 con la creación del Real Tribunal del Protomedicato. Con su fundación, la Corona buscaba garantizar su función reguladora:

Mandamos que los Protomédicos y Alcaldes Mayores, que de Nos tuvieren poder lo sean en todos nuestros reinos y Señoríos, que ahora son y fueren de aquí adelante, para examinar los físicos y cirujanos, y ensalmadores y boticarios y especieros, y herbolarios y otras personas que en todo o en parte usaren de estos oficios, y en oficio aquellos y cada uno de ellos, anexo y conexo así hombre como mujeres, de cualquier ley, estado o preeminencia, y dignidad para que sean si los hallaren idóneos y pertenecientes les den carta de examen y aprobación y licencia, para que usen de los dichos oficios o de alguno de ellos, los manden y defiendan que no usen dellos. (Códigos españoles 1850: 58).

La necesidad de garantizar un mayor cuidado de la salud en América hizo que los monarcas españoles decretaran el 11 de enero de 1570 una ley general en la que se ordenó el nombramiento general de protomédicos para las colonias americanas. A través de esta norma quedó establecido el protomedicato en América, tanto en los virreinos de Nueva España como del Perú. Con el tiempo, esta instancia fue consolidándose en otros espacios coloniales. Así, en 1776 se constituyó otro protomedicato en el reciente virreinato de Río de la Plata, en ciudades como Buenos Aires y Santiago de Chile. Otros protomedicatos se fundaron en Cumaná, La Florida, Louisiana, Panamá, Santa Fe y Veracruz.

En el caso peruano, la consolidación del Tribunal del Protomedicato se dio en 1570. El primer protomédico fue Francisco Bermejo y Roldán, natural de Lima. Este tribunal poseía relación directa con la Real Audiencia de Lima y el virrey. Tenía como miembros al presidente del Tribunal, quien a su vez era el protomédico general del virreinato; un fiscal; los alcaldes examinadores de médicos, de cirujanos y de flebotomistas y barberos; asesores, que podrían ser letrados o médicos; y un alguacil mayor que actuaba como mensajero de acuerdos y como recaudador de rentas (Historia de la salud en el Perú 2009: 70).

Las funciones del protomedicato se manifestaron en tres rubros:

- En primer lugar, este tribunal ejerció una función didáctica, cuyo objetivo era supervisar a los que buscaban postular como médicos, físicos o cirujanos, y conceder las licencias que garantizaran la suficiencia profesional. Dentro de este marco supervisor, se encargó de garantizar la dirección y el control de la enseñanza de la medicina y los asuntos vinculados con el gobierno de las profesiones médicas, así como del control del uso de plantas medicinales en su jurisdicción.
- Como segunda función, el protomedicato asumió funciones correctivas, como la de administrar justicia en cuanto al ejercicio de las profesiones, así como sancionar los excesos y faltas cometidas en actividades no permitidas, como el curanderismo.
- En tercer lugar, el protomedicato cumplió funciones económicas, como la de fijar impuestos a las boticas e invertir estos recursos en la implementación de mejoras de algunos servicios médicos, como los exámenes (Lastres 1951, vol. 2: 56-65).

El desarrollo de estas funciones da cuenta de que el protomedicato en el Perú mantuvo cierta autonomía. Según Abraham Zavala, tanto los protomédicos, como la Universidad, buscaron defender sus derechos frente a la imposición de los virreyes o de las audiencias. La ventaja que tenía el protomedicato en el Perú es que podía nombrar sus delegados en las diferentes reparticiones de un ámbito territorial, así como a los examinadores adjuntos encargados de calificar a los cirujanos, boticarios y flebotomistas (2010: 152-153). Con el transcurrir del tiempo, esta institución adquirió mayores funciones en relación con la enseñanza de la medicina. En 1639, se estableció que la cátedra de Prima de Medicina llevase de manera simultánea la presidencia del tribunal y el control del puesto de médico de cámara del virrey. Este privilegio se afianzó años después en 1690 con la provisión de la cátedra de Método Galénico. Con esta medida, la jurisdicción del protomedicato alcanzó a todo el virreinato (Bustíos 2004: 11-22)¹¹.

¹¹ Es importante resaltar que el rol de médico dentro de la sociedad colonia tenía una especial valía. Carlos Enrique Paz Soldán destaca esta valoración al mencionar que tanto en España como en sus colonias tenían al

La existencia del protomedicato no fue el único hecho que favoreció la consolidación del manejo de la atención de la salud en el Perú. El Estado dentro de sus funciones asumió un rol conciliador, pues la gestión hospitalaria tuvo la participación activa de la Iglesia. La razón de ello se debe a la confluencia de funciones que la Iglesia forjó con la administración colonial y a su inclinación por establecer su propia estructura en paralelo con el gobierno civil de la monarquía española. Con relación a la administración local, la Iglesia buscó establecer puentes de diálogo y trabajo mutuo con las entidades administrativas del Estado, como el Cabildo de Lima. Para conciliar con ellos, la parroquia funcionó como la instancia en la que se podía canalizar la asistencia religiosa. Aldo Panfichi rescata esta valoración al mencionar que la parroquia era el espacio en el que se estructuraba la vida social de los barrios y en el que se gestaban los eventos centrales de la vida diaria, como los bautizos, bodas y defunciones, y en el que se organizaban las acciones de caridad, las cofradías y las celebraciones religiosas (1995: 21).

La parroquia constituyó así en uno de los lugares en los que estos esfuerzos por el cuidado de los enfermos se materializaron de manera concreta. Incluso, su asistencia al momento de la muerte fue vital en especial en el apoyo que se brindaba en el entierro de los muertos. Durante el virreinato, la llamada ciudad convento edificó iglesias que fueron espacios atractivos para la búsqueda del descanso eterno. Fueron las autoridades y comerciantes quienes valoraron el ritual de las procesiones y entierros cerca de las iglesias una oportunidad para alcanzar esta trascendencia en el descanso eterno (Warren 2010).

Pero, ¿la caridad en sí misma fue suficiente para relacionar a la iglesia católica con el cuidado de los enfermos? Si bien la parroquia y el convento podrían funcionar como lugares para ayudarlos en su cuidado, se necesitaba un espacio especial, dentro incluso del claustro religioso, el cual debía contar

médico en una situación de jerarquía envidiable. Este privilegio es ilustrado cuando refiere que “el mundo, se escribía entonces, se compone de tres provincias distintas encargadas a diferentes: las Cosas los Cuerpos las Almas: los abogados defienden las Cosas, los Médicos los Cuerpos y la Iglesia y la Ley o los Teólogos, las Almas” (1957: 5). Esta dignidad social de la medicina, compartida con el derecho y el sacerdocio, implica un deber colectivo: la selección minuciosa de los que se dedican a dichas profesiones.

con implementos y con recursos que faciliten esta función. Es en este contexto que aparece el hospital como un espacio que, desde la Edad Media un protagonismo relevante ya que concibió en su constitución elementos no solo intereses caritativos sino también sociales, que se vincularon con la construcción de redes de interés y de apoyo económico para que su prestigio y sobre todo vigencia no desaparezcan (Gallent 1996: 179-182).

1.4 Espacios para la atención de la salud: la Iglesia, los hospitales y las órdenes religiosas

La Iglesia ha desempeñado un protagonismo clave en la atención de la salud, más allá del contexto religioso. A lo largo de la historia, el cuidado de los enfermos se ha visto supeditado a la caridad y a la fe de los religiosos, quienes motivados por sus convicciones espirituales y su fe asistían a los enfermos. Es sabido que la aproximación de la Iglesia al Estado en el ámbito jurisdiccional y administrativo ha sido uno de los pilares en su relación con los individuos y la asistencia social. Y es que el Estado, concededor de la disposición de la Iglesia de colaborar con el prójimo, delegó muchas de las funciones de cuidado y bienestar a los religiosos. Ellos, por intermedio de las órdenes religiosas, los prelados diocesanos y los doctrineros llevaron a cabo acciones de asistencia que surgían no como parte del desarrollo de una política asistencialista de corte social o económico, ni de decisiones administrativas guiadas por el Estado, sino por la práctica de la virtud de la caridad, lo que fue visto con beneplácito pues los valores religiosos tenían un lugar privilegiado dentro de la vida cotidiana.

Las actividades asistenciales gestionadas por la Iglesia para el cuidado de los enfermos fueron diversas. La más recurrente –y de la que se tiene mayor referencia– es la asistencia a los enfermos en conventos u hospitales propios. A ello se añade la existencia de órdenes religiosas especializadas en el cuidado de los enfermos e instituciones asistenciales que tenían como regentes y colaboradores en el cuidado de los enfermos a los propios religiosos. Esta función se complementó con actividades adicionales, como el cultivo de plantas medicinales y la construcción y administración de

cementerios, ambas medidas orientadas a salvaguardar la salud ante la potencial amenaza de las enfermedades.

La relación entre Estado e Iglesia se gestionó de manera eficiente a partir del hecho de que las autoridades locales no asumieron con exclusividad las obras y la administración de la asistencia social. Y es que la Iglesia, dentro de sus funciones, se dedicó a la práctica de la caridad y a la asistencia de los pobres y enfermos a través de dos sectores muy definidos; por un lado, los religiosos, quienes ejercieron sus funciones mediante las órdenes religiosas, prelados diocesanos y curas doctrineros; por otro lado, los laicos, quienes brindaban asistencia a los enfermos mediante las cofradías o hermandades. Estas formas de expresar ayuda a los enfermos es una muestra de solidaridad que no estaba basada en un programa social o en decisiones netamente administrativas, sino que surgieron de manera espontánea debido a un sentimiento de caridad cristiana.¹²

Para la Iglesia, la atención a los enfermos se derivaba de un conocimiento consciente de la naturaleza de las enfermedades, la cual tenía un componente místico y no solamente físico. Para los religiosos, la enfermedad tenía una explicación religiosa relacionada con el buen proceder en la vida y la cercanía a Dios. Jean Crasset, jesuita francés del siglo XVII, en su obra *La dulce muerte* ilustra esta situación, al reflexionar que: “(...) Represénteles como las enfermedades vienen de la mano de Dios, el cual la envía en castigo de nuestros pecados. Y así que el modo más breve de sanar es quitar la causa; que la paz del alma contribuye mucho a la salud del cuerpo, y que ésta es imposible tenerla si está en desgracia de Dios; que debemos apreciar más la vida del alma que la del cuerpo” (1779: 297).

¹² Las referencias a la caridad son constantes en la doctrina cristiana. En la *Carta a los Corintios* se menciona que el apóstol Pablo concibe a la caridad como una forma de amor dirigida a Dios debido a su perfección infinita y de amor al prójimo por amor a Dios. El amor es esa actividad relacional y afectiva que tiende a unir realmente al sujeto que ama con el objeto amado, por eso, en la caridad, la persona atrae hacia sí a quien ama. Amar se vuelve, desde ese punto de vista, en una necesidad natural. Esto se definiría, a su vez, en el vínculo con Dios: cuanto más se ame al ser Supremo, dador de todo bien, más cerca estará la persona de encontrar la felicidad en la felicidad del otro (González Fasani 2007: 538).

Los valores religiosos respecto a la enfermedad se expresan concretamente en las prácticas sociales dirigidas a la asistencia de los enfermos. Esta era entendida no solo como la atención médica del enfermo, sino también como la preparación del paciente para el buen morir dentro de los cánones del cristianismo. Ello manifiesta que la enfermedad era vista no solo como un castigo a las faltas humanas, sino también como una prueba divina que permitía al hombre ejercitar la paciencia y, a partir de ella, la madurez cristiana. Por esa razón, los religiosos inculcaban a los enfermos la aceptación de su enfermedad. La voluntad de Dios debía ser aceptada como una muestra de humildad y mansedumbre. Al respecto, el testimonio del padre Avagnale, recogido por González Fasani nos dice:

Exhortamos también a todos los hermanos de nuestra orden para que, aplicándose a tan piadosa virtud y santa acción, bien enseñados y enterados, se dispongan a confortar a los agonizantes, ayudándoles a bien morir y a morir como verdaderos fieles e hijos legítimos de la Iglesia [...] [Los religiosos deben asistir a los enfermos] corroborándolos en la fe, en la esperanza y en la caridad: consolándolos, como buen médico de salud espiritual, con palabras de piedad y devoción: recordándole el acudir a su ángel custodio y a los Santos y Santas de su devoción [...] exhortándoles a soportar con paciencia los dolores y los desasosiegos [...] invitándoles a los actos de verdadera contrición y dolor de sus pecados, y a conformar su voluntad con el querer divino: y apartándolos de la disputa con el enemigo de la salvación humana (2007: 542).

En la doctrina católica, la posibilidad de una enfermedad obedece al hecho de que el pecado original es la causa por la que el hombre es susceptible de padecerla y podría, por esta alteración de su estado de calma, reaccionar de manera negativa, ya sea con ira, desesperación y presunción. Esta negatividad se refuerza por la desconfianza que la Iglesia había marcado en los siglos medievales respecto al concepto del cuerpo. La Iglesia de la Contrarreforma promovió una percepción del cuerpo en la que se le consideró como “ese abominable vestido del alma”. Esta concepción se enfatizó con la idea de que el cuerpo es despreciado por su condición de promotor del pecado y que favorece, junto a la concupiscencia, una latente disposición a la inestabilidad y pecado del individuo. (Gelis 2005: 28). De ahí que la enfermedad, al ser un castigo de Dios debía ser aliviada por la asistencia misma de los

religiosos, a través de este principio de caridad que ayude a mitigar no solo las dolencias físicas, sino también prevenir el pecado.

Como concepto cristiano, la caridad poseía una valoración divina que consideraba al rico como depositario de los bienes de los pobres y encargado de salvaguardar el cuidado y la atención de los más necesitados. La asistencia a los enfermos se dio a través de las limosnas entregadas a la Iglesia y, sobre todo, a los hospitales; estas instancias fueron las llamadas a ejercer la caridad a los enfermos (Muriel 1990 t. I: 33). Pero, ¿cómo nace la atención hospitalaria y cuál es su relación con la Iglesia católica? La hospitalidad fue entendida como un hospedaje que se daba a viajeros y enfermos pobres que se reunían, sanaban o morían, con lo que se evitaba su deambular por el mundo. Así, el hospital se erigió como la institución encargada de asistir a los enfermos en el buen morir y brindarles la satisfacción de las necesidades básicas, como la alimentación, el descanso y la rehabilitación; así como la asistencia de orden religioso, incluidas la oración y la administración de sacramentos.

Los dictámenes del Concilio de Trento acordaron que los hospitales dependían de la Iglesia por ser instituciones religiosas, aun cuando los fundadores y las personas que atendiesen en este espacio fuesen laicos. Esta relación entre lo religioso y lo laico es clave, ya que refleja que la Iglesia necesita de la beneficencia privada para dar un sentido de vigencia y existencia en su funcionamiento. . Un ejemplo que refleja la importancia de esta relación de apoyo son las cofradías. Estos espacios constituyeron ese apoyo privado que los hospitales necesitaban para consolidar su gestión. La disponibilidad y la buena administración de los hermanos cófrades permitieron la ampliación, mantenimiento y el mejoramiento de los hospitales, las casas de recogimiento y los hospicios (Cahill 1995: 124).

Tal como lo explica Hermilio Valdizán, la mayoría de las cofradías establecidas en el Perú colonial tenían por objetivo “cuidar la cera y decencia con que se lleva el santísimo a los enfermos”. Para lograrlo, la cofradía buscó afianzarse en el cuidado de los enfermos y auspiciaron ellos mismos su cuidado cediendo parte de su patrimonio a la fundación de hospitales y hospicios. Ello se sustenta en

la idea de que para asegurar la paz de su alma, debían realizar muestras de desprendimiento hacia los más necesitados. Esta muestra de fe se tradujo en actos caritativos que motivaron a muchos fieles, en sus testamentos, ceder parte de su patrimonio inmobiliario para la fundación de hospitales y espacios de atención a los más necesitados, como casas de recogimiento y hospicios.¹³ Llevar a cabo este objetivo fue clave, ya que legitimó estos espacios orientados al cuidado de los enfermos. La muestra de caridad de una persona, que pasó en muchos casos a formar la mayordomía del hospital, motivó el acercamiento de otros benefactores, quienes aportaron beneficios tangibles a la consolidación del hospital, tales como bienes materiales, alimentos y el pago de una renta a favor del cuidado y mantenimiento del lugar (Rosenberg 1987: 20-23).

La administración de la asistencia hospitalaria se rigió por las disposiciones que la Corona procuró establecer para el cuidado de los pobres de salud y de espíritu. Los hospitales fueron concebidos como espacios para recoger a pobres y peregrinos por un tiempo limitado y, posteriormente, como espacios para garantizar la curación de los enfermos. Con la mencionada premisa de la caridad cristiana se buscó que desarrollaran funciones de asistencia social-religiosa, que se materializaron en el cuidado de los enfermos y de todo aquel que tocaba sus puertas en busca de ayuda y piedad.

Hay que resaltar que en los hospitales la sanación y la fe estaban muy vinculadas no solo porque estos espacios funcionaron como depositarios de la caridad, o porque los médicos, en el proceso para adquirir licencia de su profesión, juraban trabajar para los pobres como una demostración de su caridad. Esto es solo una parte de todo lo que significó el hospital como lugar relacionado a la salud y lo que la sociedad esperaba de él. Los estratos sociales creían que la oración era importante para lograr la intercesión de Dios en el alivio de la enfermedad, o como un soporte para afrontar una muerte

¹³ El apoyo de parte de las cofradías se convirtió en uno de los aspectos más relevantes en el funcionamiento de los hospitales. Muchos donantes, un gran número de ellos cofradías ricas, abastecieron los hospitales con esclavos y dinero bajo el estatus de obras pías, o actos de caridad, a manera de garantía concreta para su funcionamiento. Las autoridades, por su parte, gestionaron mano de obra útil, al enviar a criminales para trabajar tanto en el hospital como en el convento, todo ello a manera de expiar sus culpas para la salvación de sus almas (Cussen 2016: 98).

inminente. Esa identificación hizo que los hospitales trasladaran ese sentido espiritual en su misma construcción. Muchas de sus instalaciones se construían a menudo en una planta en forma de cruz; las salas albergaban un altar, de tal forma que los enfermos podían escuchar misas desde sus habitaciones.

La identificación de los médicos por el bienestar no solo profesional sino espiritual fue también notable. De acuerdo a Lanning las Cortes de Valladolid de 1538 habían ordenado a los médicos ocuparse del destino del alma de los enfermos y el cuidado de su cuerpo, encargándose a los que padecían una enfermedad grave a confesar sus pecados antes de la próxima visita médica. Los médicos que ignoraban esta directiva eran sancionados (1985: 201). Esta normativa, sin embargo, tuvo varios matices en su aplicación. En el caso de Lima, durante la celebración del Primer Concilio de Lima (1551-1552) muchos médicos se preocuparon por el hecho de que los pacientes esperaran a que su salud se deteriorara antes de recurrir a ellos, reduciendo así sus oportunidades de alcanzar una adecuada confesión (Vargas Ugarte 1951-1954, tomo I: 73). Ante ello, el concilio dictaminó a los médicos y cirujanos que indujeran a los enfermos a llevar a cabo la confesión durante la primera visita, antes de administrar el tratamiento. El desatenderse de esta obligación significaba la excomunión, sanción que solo podía ser dictaminada y retirada por un obispo.

El primer local destinado a la atención hospitalaria fue una pequeña casa-enfermería, que se estableció en Lima durante 1538, en el espacio fijado para los padres dominicos. Estos fueron los solares asignados a Francisco Pizarro cuando se consolidó la fundación de Lima. Este primer intento se afianzó con los dictámenes dados por Carlos V en una Real Cédula de 1541. En dicho documento se provisiona que:

Mandamos a los virreyes del Perú y de Nueva España, que cuiden de visitar algunas veces los hospitales de Lima y Méjico, y procuren que el oidor por su turno hagan lo mismo cuando ellos no pudieren por sus personas, y vean la cura, servicio y hospitalidad que se hace a los enfermos, estado del edificio, dotación, limosna y forma de su distribución, y por qué mano se hace, con que animaran a los que administran a que con el ejemplo de los virreyes y ministros sean de

mayor consuelo y alivio a los enfermos, y a los que mejor asistieren a su servicio favorecerán, para que les sea parte de premio. Y asimismo mandamos a los presidentes y gobernadores, que en las ciudades donde residieren tengan esta orden y cuidado (*Recopilación de Leyes de Indias*, libro I, título IV: 16).

Dentro del marco de la oficialidad en la fundación del hospital es importante resaltar la presencia del Real Patronazgo. Como se conoce, este privilegio otorgado desde Roma permitía al virrey autorizar la fundación o apertura de un hospital, iglesia, monasterio u obra pía, previa solicitud de licencia o justificación de su apertura, rentas disponibles y bienes que pudieran sustentar ingresos de respaldo, entre otros aspectos. Las prerrogativas que otorgaba el patronato real aseguraban que la Iglesia funcionara como un ente auxiliar de la Corona. Ello generó un cambio en el accionar del clero ya que se transformó en una rama del servicio civil en la que se podía confiar para que llevara a cabo fielmente las órdenes reales (León 2001: 294).

El marco legal que poseen estos espacios da a entender el rasgo vertical en la fundación de hospitales o entidades orientadas al cuidado de los enfermos. Ello se debió al hecho de que toda fundación debía contar con una licencia otorgada por el monarca, con ratificación del Consejo de Indias. A ello se añade un conjunto de disposiciones regulatorias que fueron apareciendo conforme se percibía necesaria la regulación del cuidado de los enfermos. Esto tiene que ver directamente con el establecimiento de una política social y sanitaria que se conformó en función de normas y reglamentos complementarios, tales como cédulas reales, instrucciones y provisiones gubernativas, que eran dictaminadas no solo para el hospital, sino para las hermandades, rentas, cobranzas, elecciones, visitas, rendiciones de cuentas, reconstrucción y mejoramiento de las casas y servicios (Rabí 1997: 18-19).

En relación a la contribución económica, la existencia de un representativo número de hospitales llevó a las autoridades conformar un adecuado sistema de rentas. Durante el gobierno del virrey Toledo, por ejemplo, se buscó que los propios beneficiados pudieran contribuir con un aporte para atender su

hospitalidad. Tal es así que se estableció un impuesto especial denominado tomín de hospitales, según lo que recoge Carlos Enrique Paz Soldán de la Recopilación de Leyes de indias, es de utilidad “para su hospitalidad, el cual entra en poder de los corregidores y Alcaldes mayores de sus pueblos y se gasta el noveno y medio que según la creación de cada Iglesia está aplicado para su curación en los hospitales de cada Ciudad y padecen mucha necesidad los que viven fuera de ellas”. (1916:32).

La consolidación del sistema hospitalario fue prioritaria y debía realizarse más allá de la iniciativa de la autoridad virreinal. El apoyo de los benefactores y el establecimiento de rentas para la manutención del hospital hicieron posible también la construcción y el desarrollo de espacios de atención solidaria como las casas de recogimiento y hospicios. Garantizar el cuidado de la salud y hacer visible la mejora de espacios sociales –mediante la reinversión de las rentas como inmuebles, edificios, locales, plazas o plazoletas– fue un punto de apoyo para garantizar la manutención y el buen desarrollo de los servicios sanitarios, acción que fue respaldada por el Cabildo. Su accionar quedó plasmado en la colocación de piletas en las plazas y puertas de los hospitales, y en garantizar la atención a los funcionarios del Real Gobierno, tanto en Lima como en el Callao.

Esta concentración de esfuerzos es una respuesta al proceso administrativo de carácter mixto llevado a cabo por el Estado colonial. El cuidado de la salud fue de la mano con el esfuerzo de las autoridades locales por garantizar un financiamiento y administración efectivos. Paz Soldán da cuenta de esto al mencionar que la contribución privada fue determinante para afianzar a los hospitales, ya que los bienes que provenían de particulares estaban relacionados con bienes generadores de rentas aportados por los fundadores; legados por testamentos; donaciones destinadas al culto y sostén del establecimiento; ingresos propios por alquileres, enfiteusis, mandas y asignaciones a la Hacienda Real. Estos esfuerzos, de algún modo, proveen un carácter caritativo a la atención de la salud, producto de principios religiosos. Si bien el rol de la Iglesia fue relevante, se erigió también un aparato de gestión administrativa externa, la cual dio un sentido más unificado al sentimiento religioso y,

sobre todo, legitimidad para que la población civil pueda sentirse comprometida en la manutención de un servicio que los beneficiaba de manera colectiva.

En cuanto a la infraestructura, el hospital fue evolucionando a través del tiempo. Las primeras instalaciones del periodo de la conquista utilizaban material muy rudimentario, como maderas, cañas, esteras y piezas de barro. Conforme se fue reforzando el sistema colonial, estas estructuras primarias mejoraron y adquirieron mayor estabilidad gracias a grandes edificaciones con paredes de piedra, ladrillo y cal; techos artesonados y cruceros de salas o enfermerías de gran dimensión y envergadura. Esta mejora de las condiciones físicas permitió una mayor cobertura de la atención a la población y dio al hospital un carácter oficial propio de una infraestructura al servicio del interés social.

Los hospitales que se construyeron en Lima colonial estuvieron marcados por la estratificación social. Hoy en día, podría pensarse que la asistencia de la salud no distingue el origen de los enfermos y que los acoge de forma general. Durante la Colonia, los estamentos sociales marcaron la diferencia en el cuidado de los enfermos, por lo que sobreponerse a las enfermedades dentro de estos lugares iba en consonancia con el grupo social al que se pertenecía.¹⁴ Ello se aprecia por la diversidad de hospitales en Lima, cada uno orientado a un sector particular de la sociedad.

Paz Soldán y otros académicos hacen referencia a diversos hospitales que poseen estos rasgos distintivos. Uno de los primeros y tal vez el más representativo fue el Hospital de Santa Ana. Su construcción se inició durante el apostolado del arzobispo Loayza en 1548 y fue un centro de atención para la población indígena, tanto hombres como mujeres. Fue un espacio para asistir a la población local, la cual se vio diezmada al inicio de la colonia por las duras condiciones laborales que

¹⁴ La idea de estratificación, procedente del sistema de castas, fue la ventana abierta a la apertura de hospitales de acuerdo al género y estamento social. No obstante, esta diferenciación tuvo, según Emilio Harth Terré, un sentido más allá de la idea de discriminación que se podría suponer. Para él, esta diferencia obedecía a un criterio de atender a poblaciones distintas con necesidades particulares, lo que lo enmarca en un criterio de enfoque social (1963:7-13).

soportaban¹⁵. Según Rabí (1999), en este hospital se asistía a 300 pacientes diarios y su administración estuvo ligada al apoyo que algunos notables dieron para su manutención. La conformación de su espacio tuvo la siguiente distribución:

Tiene dos cruceros, uno principalísimo donde se curan hombres y otro para mujeres, fuera de esto y salas distintas para enfermedades contagiosas, ay de ordinario trecientas camas y llegan algunas veces a cuatrocientos, porque se curan aquí indios de todo el Reino; ay cuatro clérigos (...) se dicen por los indios difuntos que allí mueren ochos misas rezadas cada semana; desde que se fundó han muerto cincuenta mil indios y más; y entiérranse los indios que mueren en un patio, que bendijo el Arzobispo que esta entre la Iglesia Parroquial y el claustro del hospital.

Otro hospital de gran trascendencia fue el de San Andrés¹⁶, fundado en 1552 para la atención de varones españoles pobres. Funcionó de forma regular y autónoma desde 1556. Fue el virrey Toledo quien dio sus primeras ordenanzas en 1570, pero no fue hasta la llegada del virrey Manso de Velasco que el hospital adquirió un nuevo matiz al aprobarse una junta de notables, quienes se encargaron de su administración¹⁷.

La gestión del hospital de españoles ameritó preocuparse no solo por la atención de los enfermos sino por las instalaciones que la debían sustentar. En 1538, tres años después de la fundación, el Cabildo decidió instaurar un hospital cerca a la Plaza Mayor, tomando como base algunos solares cedidos por los dominicos. Pese a esta iniciativa, la obra no se concluyó incluso después de una década. Esto fue causal para que en 1549 se estableciera otro local, esta vez con la inclusión de indígenas en su atención. No obstante, la demanda de pacientes desbordó la capacidad del hospital. Para resolver esta

¹⁵ Este hospital se encuentra ubicado hoy en día en el frente este del hospital de Santa Ana. Se extiende desde el actual jirón Miró Quesada (calle de San Bartolomé) hasta la actual esquina del jirón Junín con Huanta (calle de la Piedra Horadada) (Coello 2010: 20).

¹⁶ El hospital de San Andrés está ubicado en la actual cuadra siete del jirón Huallaga, frente a la plaza de Santa Ana o Plaza Italia (Coello 2010: 20).

¹⁷ Lo más notable es que dentro de este hospital se consideró un área para la asistencia de los locos, aunque durante esos años no existía aun la ciencia psiquiátrica y los locos eran tildados de diabólicos o poseídos y en consecuencia eran encadenados y amarrados por largos periodos, e incluso eran olvidados por sus familiares, quienes los abandonaban en la ciudad de Lima o en el mismo hospital (Coello 2010: 20).

falencia el hospital se valió de personas caritativas quienes comenzaron a atender a los enfermos en sus propias casas.

La solución para mejorar la gestión se da en la decisión de ampliar el servicio a un espacio mucho más amplio, manteniendo este sentido de diferenciación. En el caso del hospital para blancos españoles, los aportes de benefactores llevaron a la decisión de fundar una casa en la zona de los Barrios Altos. El traslado hacia este lugar se dio bajo la facilidad que se dio en brindarle cuatro solares, los cuales fueron comprados por Juan Morales Espaderos en 1545, pagando por ellos 1050 castellanos. Años después fue necesario nueva infusión de capital: 7000 pesos aportados 1554 por el virrey Andrés Hurtado de Mendoza, su benefactor. Él ordenó que se estableciera un subsidio anual desde los fondos de la Caja Real de unos 1000 ducados al año y desde algunas rentas producto de Repartimientos de Indios, además de otras mandas y limosnas. Pero este subsidio no se estableció a perpetuidad, de modo que en los años siguientes fueron comunes las informaciones sobre el estado económico de la institución- y aún más comunes las solicitudes de prórroga y mercedes adicionales. (Scaletti 2015: 76).

En relación con la estructura del hospital y los servicios que se prestaban, Luis de Velasco dejó una impresión interesante al mencionar que:

(...) El hospital de San Andrés es de españoles que por ser solo casi toda la gente que no tiene renta acude a él en sus enfermedades y así está siempre muy poblado y cargado. Aunque tiene alguna renta, no le basta, ni la merced que su majestad le hace y la limosna se van acortando y hecho de ver en años anteriores que iba muy de caída. He procurado poner a cargo de 24 personas de algún caudal y buen nombre en la república, con que se ha levantado y mejorado la cura y regalo de los enfermos y se le hecha menos de ver la necesidad. Entendiendo el fruto que de esto se saca los he procurado acariciar y alentar, y siempre convendrá que vuestra excelencia le haga merced en esto y en lo demás que se ofreciere porque no tiene otro recurso, como he dicho, en esta ciudad todo genera de gente (Citado por Iza y Salaverri 2000).

La diferenciación en la atención hospitalaria tiene su sustento en la carga administrativa que cada grupo social podía representar. Miguel Rabí reflexiona que en el caso de la decisión del hospital de San Andrés ser solo para atención de los españoles ya que el hospital para naturales llevaba una ligera ventaja en su gestión. Curiosamente, el hospital de Santa Ana contaba con mejores instalaciones, tanto en su fábrica como en sus servicios; asimismo, la obtención de ingresos ,además de limosnas, censos, registros y otras variables, fue creciente cada año, lo que le brindó una mayor sostenibilidad económica (2000: 273-274). Una mención especial la tiene la atención especial que le brindó el arzobispo Loayza, la cual no era igual a la que realizaba el cabildo, el cual se preocupó más otras prioridades en la ciudad y la mejor obtención de rentas para su gobierno. Esta realidad refleja el rol asistencialista de la Iglesia a la luz de la legitimidad que el poder de una autoridad puede brindar para su consolidación. No es de extrañar que parte del interés de Loayza de distinguir al hospital de indios del de españoles fue brindarle una botica en 1552 y así no depender del suministro de medicinas de otros hospitales.

La atención menos favorecida fue la que se dio a la población negra. El hospital de San Bartolomé fue fundado en 1560 por el fraile agustino Bartolomé Vadillo, titular de la cátedra de Santo Tomás en la Universidad de San Marcos. Recién en 1684 se edificó el hospital durante el gobierno del virrey duque de la Palata y del arzobispo Melchor de Liñán y Cisneros (Tardieu 2000: 160). Las necesidades de brindar atención a la población afrodescendiente fueron apremiantes. Miguel Rabí recogió la escritura de petición de Vadillo para la conformación del hospital; en ella se dio a notar que su llegada fue propicia ya que, antes de tomar las riendas de su administración, se empezó:

“(…) a sentir la falta de patrón que con mano y autoridad y con sobra de caudal, supla muchas necesidades que padecen, ocasionadas de que el Hospital no tiene hasta ahora renta fija, pues un corral de aposentillos que se alquila, tiene el riesgo de los vacíos y la costa de los reparos, habiéndole de dar el sustento a los enfermos proporcionado a sus achaques, vestuario a las camas con ropa de resguardo, pagar botica, médicos, cirujanos y enfermeros, los pertrechos de las oficinas, cera para el altar y entierros, aceite de

lámparas, reparos de ornamentos y de lo material de la iglesia (...)” (2001: 68).

La población cercana a los puertos fue también preocupante, en especial por ser estos lugares de mucha movilidad. El hospital del Espíritu Santo fue fundado por los navieros del Callao en 1575 y lo dirigió Miguel de Acosta. Sus rentas procedían de las tasas que pagaban las naves que entraban y salían del puerto, así como de las cuotas del 5% de sus soldadas, pagadas por los marinos asalariados. En este hospital se realizaron las primeras prácticas quirúrgicas; subsistió hasta 1822, año en el que se trasladó al pueblo de Bellavista y fue la base del primer hospital naval (Bustíos 2004: 144).

Existieron a la par otros centros de atención de menor jerarquía pero no por ellos menos relevantes. Uno de ellos fue el hospital o casa de convalecientes de San Diego, fundado en 1593, por María Esquivel y su esposo, para la atención de los convalecientes que egresaban del hospital San Andrés. Siguiendo esta línea de apoyo a hospitales de mayor envergadura, estaba el hospital de convalecencia de Nuestra Señora del Carmen, conocido también como el hospital de Barbones. Fue fundado en 1648 por el indígena Juan Cordero y el presbítero Antonio Dávila, para la atención de los convalecientes que salían del hospital de Santa Ana. De otro lado y con miras a preservar la salud de los religiosos de la ciudad, el hospital de San Pedro, bajo el amparo de los padres de la Compañía de Jesús, se preocupó de dar asistencia a sacerdotes o clérigos seculares, párrocos de doctrina y presbíteros pobres y enfermos. Fue fundado en 1594 y se sostuvo por medio de rentas y limosnas públicas. Se mantuvo hasta 1767, año en el que se trasladó al convento de San Pablo, donde subsistió hasta 1875 (Bustíos 2004: 146).¹⁸

¹⁸ Existieron otras instituciones encargadas del cuidado de la salud, más allá de las instancias representativas. Por ejemplo, las adolescentes huérfanas, sin familia o abandonadas fueron incorporadas en el sistema de protección. En 1649, se fundó la Casa Hospital Escuela de la Santa Cruz de Atocha, se le dotó de bienes y rentas, y estuvo bajo el control del Santo Oficio. También se creó el Hospicio de Pobres, institución forjada en 1715 como complemento de los servicios de protección ya existentes y como un espacio para proporcionar vivienda digna y cristiana a personas de escasos recursos.

Las órdenes religiosas fueron depositarias del espíritu de caridad, de la gestión administrativa y, además, del impulso de la fe y del imaginario religioso relacionado con la salud. El fervor hacia Dios fue uno de los elementos que impulsó la actividad médica al dotarlo de mística y, sobre todo, de una oficialidad acorde con el sentir religioso de la época. Durante el siglo XVII, en particular, Lima fue escenario de un reavivamiento del espíritu religioso con la aparición de personajes, laicos y religiosos con fama de santidad. Dichas personas, poseedoras de dones y atributos religiosos, fueron capaces de capturar la atención y la fe de los creyentes, al punto que la identificación que la población tenía con ellos los llevó a atribuirles dones como nobleza, caridad e incluso la facultad de curar enfermedades.

En relación con los santos peruanos, los testimonios que se han recogido sobre su capacidad para sanar a los enfermos son recurrentes. A Rosa de Lima, por ejemplo, años después de su fallecimiento se le atribuyó la capacidad de curar a los enfermos, como una manera de mostrar la trascendencia de sus dones y la fe que le profesaba la población. Los informes sobre estos atributos forman parte de los expedientes que se elaboraron para su proceso de canonización. Uno de los milagros que se le atribuyeron, cuyo origen no es peruano, fue la curación de un enfermo en la localidad de Palermo. Según dicho milagro, bajo las líneas de Leonardo Hansen, cuenta que:

(...) El tercer milagro de los nueve, y primero de los del proceso de la ciudad de Palermo, fue con fray Serafín Pulliso, religioso de la Orden de Nuestra Señora del Carmen, el cual había enfermado de una calentura maliciosa, y llegando al día diecisiete de su enfermedad le desahució el médico, diciendo que moriría aquella noche entre las nueve y diez. Habíase faltado la vista y perdido el habla, y empezando a entrar en la agonía, invocó a Nuestro Señor por medio de su esposa, y a esta para que intercediese con su Majestad; la cual le apareció y dio salud y se levantó al instante libre de la enfermedad, tan sano y robusto, como si jamás hubiera padecido tal achaque (Hansen 1929: 467).

Registrar los milagros atribuidos al restablecimiento de la salud fue importante, ya que dotaban de prestigio al personaje con fama de santo, lo que no solo recaía en su persona sino también en la orden religiosa a la que pertenecía. Al igual que Rosa de Lima, Martín de Porres, donado dominico, tuvo

una serie de acontecimientos en su vida que le dieron fama de santidad con el don de sanar a los enfermos. Martín de Porres, de acuerdo con el corpus hagiográfico y los testimonios que buscaron favorecer su beatificación, destacó por sus dones de curación al punto que logró, en algunos casos, evitar la llegada de la muerte. José Manuel Valdez en su biografía sobre Martín recoge este sentir al mencionar los testimonios de las personas que lograron conocer al mulato. Una de los testigos que conoció a Martín narra lo siguiente sobre sus atributos milagrosos:

(...) Curándose un religioso lego llamado fray Tomás, muy amado de fray Martín por su notoria virtud, murió al fin, de un grave y dilatado padecimiento. Luego que falleció, empezó la comunidad a rezar en el dormitorio los salmos que mandan las rúbricas de la orden. Entre tanto, se fue fray Martín a la celda del difunto para amortajarlo, y teniendo el hábito en las manos, suspendió el vestirle, y se puso un rato en oración hincado de rodillas; delante de un Crucifijo que estaba a la cabecera del difunto: todo lo cual fue visto por el padre fray Fernando Aragonés, quien siendo testigo ocular de muchos prodigios obrados por el siervo de Dios, acechaba de continuo sus acciones. Luego que concluyó su oración, llamó al difunto tres veces por su nombre, y como se moviese y diese claras señales de vida, abrió las puertas, dijo a los religiosos, está vivo fray Tomás, y dándole una taza de caldo le reparó las fuerzas brevemente (Valdez 1863: 127-128).

Estos testimonios de curación atribuidos a Martín forman parte de la fama de santidad que se ha edificado a su alrededor, además era conocido por su carácter afable y conciliador que no hacía diferencias por el estatus socioeconómico ni la casta y logró capturar el favor y admiración de grandes autoridades. El caso de Martín es de por sí interesante, ya que pese a ser mulato y donado no fue menospreciado por dicha condición; por el contrario, su prestigio aumentó aún más al estar vinculado a la actividad de boticario. El conocimiento de Martín sobre la medicina tradicional y la preparación de medicamentos con especias, plantas y sustancias naturales le dieron un rasgo oficial, lo que unido a sus atributos de santo, le ganó un alto reconocimiento de parte de los religiosos de su orden y de las autoridades y lo convirtió en depositario de los ideales de la salud en la Colonia.

Esta fama de santos no se dio solo entre miembros de órdenes religiosas, sino también entre laicos. A Nicolás de Ayllón, indio natural de Chiclayo, se le atribuyó fama de santidad justamente por promover con su vida un modelo de piedad y de virtudes cristianas, especialmente la caridad (Espinoza 2008: 22-27). Ayllón, según la hagiografía del jesuita Bernardo Sartolo (1684), buscó apoyar a los más necesitados y a los enfermos, a quienes acogía en su casa de recogidas; allí, gestionó con su esposa, María Jacinta de Montoya, y las mujeres acogidas, alimentos y cuidados para la salud.¹⁹ A su muerte, el imaginario social elevó la fama de santo de Ayllón a la facultad de intervenir en la curación de los enfermos. En uno de los testimonios que recoge Sartolo, ya fallecido Ayllón, se cuenta que:

Uno de los enfermos que lograron más venturosamente el patrocinio de Nicolás con el retrato que se llevó a su pequeño Pueblo fue Don Felipe Uso, el cual asaltado de un peligroso accidente, que al principio pareció daría treguas para recibir despacio los Santos Sacramentos, se halló, cuando no se pensaba, privado de sus sentidos, porque la enfermedad hizo raptó a la cabeza, dejándole incapaz de todas las funciones humanas (...) El cura, que le asistía su cabecera, viendo lo que pasaba, empezó a descolocarle sobre manera, por no haberle administrado a tiempo los Santos Sacramentos, considerando los peligros de aquella hora, y que por ventura los habría menester para salir de mal estado. (...) En extremo peligro de cuerpo, y alma, envió a pedir el retrato de Nicolás, esperando de sola su intercesión el remedio, y habiéndole traído, se puso con toda fe, y devoción sobre el doliente, el cual al mismo punto volvió en sí de su letargo, recobró el uso de los sentidos, y de su lengua, y se halló en disposición de poderse confesar. El cura lleno de palmo y alegría, le advirtió el prodigio que con él había obrado Nicolás para que se diese gracias por él, y luego por no perder un punto de aquel tiempo tan precioso, despejó el aposento para confesarle (...) (Sartolo 1684: 261-262).

¹⁹ Bernardo Sartolo (1654-1700) fue un jesuita con una prestigiosa trayectoria académica. Asumió funciones como catedrático en los colegios de Valladolid y Salamanca, donde destacó en la enseñanza de filosofía y teología. Asimismo, sobresalió como predicador mayor en el Colegio de Segovia, actividad que le valió ser reconocido como una persona que poseía un “decir brillante, claro, atildado, y muy acomodado para corregir y convencer”. Incurrió dentro del rubro hagiográfico con notable éxito a través de obras sobre virtuosos religiosos de su orden. Publicó *El eximio doctor y venerable padre Francisco del Castillo de la Compañía de Jesús, en la fiel imagen de sus heroicas virtudes*, en 1679, en Salamanca por Andrés García de Castro, impresor de la universidad de dicha ciudad; asimismo, participó en la elaboración del epítome del primer tomo de las *Obras espirituales del venerable padre Luis de la Puente de la Compañía de Jesús*, escrita por el religioso jesuita Francisco Capuchín.

El reconocimiento de la fama de santidad de Ayllón refuerza la idea de que la sanación por parte de los santos trasciende las clases sociales y las etnias. La capacidad de sanar refuerza la idea de que estos individuos, pertenecientes al entorno religioso, consagran su prestigio teniendo como consigna que adherirse a la fe y a la práctica de las virtudes cristianas asegura la salud y el bienestar. Tanto Rosa como Martín, con su filiación a los dominicos, impartieron y promovieron confianza hacia su orden religiosa al identificarla con la caridad, la sanación y los atributos propios de la santidad. Ayllón, por su parte, desde el ámbito laico, consagró la ayuda al prójimo y la asistencia social a los más necesitados. Esta actitud lo consagró como un benefactor de la salud, después de su muerte. De ahí que su memoria se ligue a la salud, el bienestar y al ideal de que la Iglesia, a través de sus siervos, puede no solo aliviar la salud de los enfermos, sino obrar milagros, cuando los procedimientos de la práctica médica resultan insuficientes.

La construcción de este imaginario religioso que vincula santidad no hace más que corroborar el sentido integrador de la iglesia católica en la conformación de una identidad local que conjuga tanto a la fe como a la salud. El objetivo de las órdenes, como salvaguarda del bienestar de la población y su bienestar, fue consolidar su presencia a través del desempeño de las virtudes como la caridad y la asistencia a los enfermos. La idealización de personajes depositarios de estos atributos religiosos como los santos corresponde, según Celia Cussen, a esta idea de construcción de identidad local, que toma como base elementos que la sociedad considera importantes para su sostenimiento. En el caso de la salud, este factor fue acogido por las órdenes religiosas al conseguir consolidar manifestaciones como la santidad dentro de un sentido comunitario, en el que la población logró identificar a la figura religiosa como el santo como el poseedor de los atributos de caridad y como un individuo capaz de restablecer a través de hechos prodigiosos la salud de las personas.

A ello se suma el rol de las autoridades locales, quienes avalaron con su aprobación estas manifestaciones religiosas edificando así una corriente de legitimidad sobre estos hechos. El expresar

una curación milagrosa de parte del santo hacia una autoridad no solo dio prestigio a su imagen sino también tuvo un impacto favorable hacia la orden religiosa a la que pertenecía. Con ello, se fue perfilando desde la colonia una relación muy consolidada entre población-órdenes religiosas, que vinculó de manera directa la preocupación de la salud a través de sus actividades en hospitales y hospicios; y de manera indirecta, la construcción de una identidad local religiosa, en el que los santos y los hechos prodigiosos avalaron la superación de la enfermedades a través de la fe y la identificación con los religiosos como los encargados de resguardar la salud de las personas. Este escenario favorable, sumado a la herencia andina medicinal valorada por los religiosos, fue el que sentó las bases en el siglo XVII de una identidad que logró consolidar el aporte local con el europeo, y que, durante la próxima centuria, formará parte de este nuevo discurso de pertenencia territorial y de valoración cultural promovido por las reformas borbónicas. En este nuevo contexto la salud seguirá teniendo a las órdenes religiosas como sus mismos interlocutores ante la sociedad, pero con un enfoque más oficial y científico, revalorando así el sentido caritativo pero sobre todo innovador que lo caracterizó desde su llegada al Perú.

Conclusión

En síntesis, la administración de la salud durante la etapa colonial refleja el interés del Estado colonial de tender puentes para cuidar la salud de los súbditos en el Nuevo Mundo. No fue tanto un ente fiscalizador que impuso arbitrariamente su presencia, más bien manifestó un espíritu conciliador, que se refleja en la valoración de la tradición medicinal andina y en la inclusión de las prácticas médicas occidentales. Junto a este elemento integrador, el Estado creó un aparato administrativo mediante instancias reguladoras de la práctica médica como el protomedicato. A ello se suma el rol de la Iglesia como un ente de apoyo al Estado colonial, al contribuir en la atención de la salud en los hospitales y la construcción de un sentido asistencial en su acercamiento a la salud, basado en la difusión de valores como la caridad y la elaboración de un discurso religioso, en el que los santos y los atributos cristianos marcan la pauta en el tratamiento de los enfermos.

**



CAPÍTULO 2

**Más allá de la caridad y el buen morir: las órdenes religiosas y la modernización de la salud
en el contexto de las reformas borbónicas**

Durante el siglo XVI y XVII, el cuidado y la administración de la salud tuvieron como punto de apoyo la interacción entre el Estado y la Iglesia. Esta dualidad resultó ser funcional para el cuidado de los enfermos, pues ambos sectores ejercieron el control de los estándares de salubridad de la sociedad. El Estado colonial se preocupó de vigilar que los espacios de tratamiento de los enfermos, como los hospitales, se mantuvieran vigentes; la Iglesia, por su parte, con sus cánones religiosos, legitimó la ayuda al prójimo a partir de la valoración de la caridad hacia los enfermos.

Esta valoración de la salud y su cuidado, a la luz de la protección del Estado y la asistencia de la Iglesia tuvo con el tiempo cierta variación. El tránsito hacia el siglo XVIII y el cambio de dinastía monárquica transformó el Estado monárquico colonial, que buscó un retorno a la centralización del poder y mayor control del aparato administrativo. Las implicancias de estas reformas en el ámbito social fueron notorias, ya que impulsaron un mayor control de los estamentos políticos locales al promover el arribo de funcionarios españoles en desmedro de los criollos, quienes se habían asentado en el gobierno durante la monarquía Habsburgo. Este espíritu reformista estuvo acompañado del intento de dar un nuevo perfil a la Iglesia, en especial, respecto a su tratamiento de la salud. La Ilustración fue clave en la expansión de este ideal al promover un pensamiento crítico del saber y la profesionalización de las actividades de la vida diaria. Ello generó un nuevo acercamiento de la Iglesia al cuidado de la salud, ya que las corrientes ilustradas sostenían que el acercamiento a los enfermos debía ser un esfuerzo en el que debía primar no solo un sentido religioso o caritativo, sino un sentir profesional que analizara el agente de la enfermedad y los paliativos y medidas para detener o prevenir su desarrollo.

En ese sentido, el objetivo de este capítulo es reflexionar sobre el impacto que tuvo la administración de la salud durante la etapa de las reformas borbónicas. De manera específica, se analizará cómo a partir del siglo XVIII comenzó a priorizarse la valoración científica y organizacional en la administración de la salud y cómo, junto al rol de la caridad, se fue creando un perfil más moderno y

sistemático que dotó al Estado colonial de un sentido renovador involucrado en la salud, que superó el punto de vista inmediatista centrado en los resultados y se preocupó de la prevención de enfermedades. En segundo lugar, se analiza cómo estas reformas lograron implementarse de manera progresiva a partir de un acontecimiento imprevisto, que fue el punto inicial de las primeras gestiones para llevar a cabo dicho cambio: el terremoto de 1746. A partir de este hecho, se abordan dos aspectos: por un lado, los cambios en la administración de la salud luego del sismo y las reformas que realizaron el Estado colonial y el clero. La figura del virrey marqués de Castelfuerte dentro de este contexto fue clave; de igual modo, se analizarán las reformas que se gestaron años después del sismo y que buscaron limitar los poderes de la Iglesia, en especial, el rol activo de las órdenes religiosas.

2.1 El siglo XVIII: el ocaso de la caridad y el nuevo perfil de la salud

Las reformas en el tratamiento de la salud han afrontado cambios desde el siglo XVIII a partir de la incursión de las ideas ilustradas. La salud, específicamente, se convirtió en uno de los puntos en cuestionamiento debido al carácter religioso en la que se encontraba inmersa. Conventos, monasterios, cofradías y hospitales prestaron a la sociedad de su época un servicio desinteresado que, si bien no logró acabar con las penalidades y sufrimientos del común por la mala gestión o pobreza de sus recursos y en muchos casos porque las necesidades sobrepasan los medios materiales de pérdida de libertad, soledad, abandono, pobreza y enfermedad (Parejo 2006: 219). Así, los cuidados del proceso de recuperación lo asumían religiosos, hombres y mujeres, que dedicaban su tiempo a los enfermos necesitados del perdón y de la sanación por devoción a Cristo y con el ánimo de su propia salvación. Esta valoración del sentido religioso, según Foucault (1999), se concentraba en el ideal de la salvación del alma de los enfermos ante la amenaza de la muerte. Esta diada entre el cuidado físico y la salvación del alma comienza a perder vigencia a partir de una nueva concepción del mundo en el siglo XVIII, que apela a la difusión del individualismo, la razón y al profesionalismo de la praxis médica. La mejora de la asistencia médica se relaciona con los mejores niveles del orden social. Según

Foucault, los diversos aparatos de poder dentro de la sociedad establecieron nuevas prioridades, que no se limitaban al cortoplacismo del alivio del enfermo, sino que procuraban la prevención de la salud. Ello implicó que el individuo se involucrara de manera personal y voluntaria en la mejora de su estado, con un efecto para sí mismo y para la sociedad en general (Foucault 1999: 331).

En el contexto colonial peruano, estas nuevas luces de innovación tanto en el ordenamiento social como en las prácticas científicas provienen de la influencia de la Ilustración. La élite limeña, en particular, se preocupó por dar un nuevo sentido a la herencia intelectual europea al revalorar la influencia del pensamiento newtoniano y la pérdida de vigencia del pensamiento aristotélico, el cual era central en la concepción racional del mundo a la que se adhería la institución eclesial. Hipólito Unanue fue uno de los impulsores de esta nueva corriente en Lima, al resaltar en el pensamiento newtoniano la encarnación de la nueva física experimental, capaz de proyectar una forma de escepticismo frente a aquello que no pudiese ser explicado en términos de la misma y de la idea de racionalidad que aportaba (Sánchez Concha 2014: 198).

El reconocimiento del pensamiento científico, no obstante, no fue excluyente con el rol que desempeña la religión y el pensamiento tradicional. Unanue en su reconocimiento del pensamiento newtoniano pretendía no desmerecer a la religión, sino destacar las transformaciones en los principios del quehacer filosófico. De ahí que insistía en la “racionalidad rectora e iluminadora” que debía tomar en consideración la “sobriedad de comportamiento que involucraba el concepto de ‘buen gusto’ ”. Las expresiones de regulación en las prácticas religiosas se plasmaron en las actitudes de muchos preladados quienes participaron en estas modernas maneras de practicar la fe a través de una gestión más racional del espacio. La celebración de procesiones y sus reglamentaciones con el fin de evitar las aglomeraciones y el desorden público formaron parte de este nuevo sentido de sobriedad, el cual cuestionó las supersticiones religiosas, heredadas del barroco e impulsó una mayor tendencia a expresar la fe de manera más ordenada, sin desmerecer el crédito que por herencia de los siglos anteriores se había ganado en la población.

Pero, ¿de qué manera se aplicó este sentir reformista en el tratamiento de la salud en la Colonia? La respuesta a esta interrogante tiene varias aristas ideológicas y políticas. La transformación del tratamiento de la salud tiene que ver con la Ilustración. Es sabido que el denominado Siglo de las Luces fue un movimiento humanístico que tenía por finalidad el bienestar del hombre y que apelaba a la razón y la intelectualidad. El movimiento ilustrado promovía una visión optimista de la vida, ya que los ilustrados afirmaban que la racionalidad podía brindar al hombre y a la sociedad una organización digna y feliz. Por ese motivo, la Ilustración veía en el conocimiento y el dominio de la naturaleza la tarea fundamental del hombre, pero no se inclinaba tanto por la ciencia pura, sino por la aplicada.²⁰ Ello generó una revaloración del tratamiento de la salud, al alternarse elementos de preocupación e intereses económicos vinculados a la idea de productividad y de cuidado de la fuerza de trabajo.

En la época de las reformas borbónicas, con la introducción de nuevos inventos y el progresivo avance de la ciencia a través de la revolución industrial, se incorporaron elementos importantes que tuvieron repercusiones en la salud. La dinámica de trabajo con estándares industriales aumentó la productividad y la mano de obra. Las jornadas de trabajo en esta etapa inicial de la industrialización fueron arduas y los trabajadores quedaron expuestos a enfermedades por las duras condiciones laborales y de hacinamiento. Frente a este problema y para garantizar la productividad, el Estado

²⁰ La Ilustración, como concepción filosófica, entiende a la razón como un substrato empírico dado principalmente por la percepción sensible, en contraste con la concepción del Barroco, que promueve una vuelta hacia el interior del hombre en la búsqueda de principios dentro de las *ideas innatas*. En lo cultural, la Ilustración como movimiento intelectual promovió proyectos en favor del individuo y la sociedad. En lo intelectual, el enciclopedismo fue un esfuerzo que buscó sistematizar el conocimiento, haciéndolo llegar a todos los hombres; en lo político, los ilustrados promovieron una revolución desde arriba, el despotismo ilustrado, que promueve la idea de dar al pueblo pero sin hacerlos partícipes directos. De otro lado, la Ilustración difundió ideales como la libertad del individuo, el liberalismo, que se reflejó en la política a través de ideales como el contrato social, a saber, un libre acuerdo entre los individuos. Asimismo, el movimiento ilustrado valoró la idea del derecho natural, es decir, los derechos inherentes de cada individuo, como la tolerancia religiosa, la liberación de las clases oprimidas, la difusión de la cultura al pueblo y la valoración de los derechos humanos. Para mayor referencia, véase Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. *Apuntes sobre historia de la medicina*.

<<http://publicacionesmedicina.uc.cl/HistoriaMedicina/Indice.html>> (Consultado: 29-4-16).

intervino en el ámbito de la salud a través de los avances científicos y la preocupación por generar una revolución microbiológica. Estos avances, en palabras de Castro, reflejan que el Estado colonial durante los borbones proponía que:

[la nueva política] ya no parte de Dios como garante de un nuevo orden cósmico eterno, sino de la actividad humana (el trabajo productivo) como único medio para ordenar la naturaleza o someterla a los dictados inmanentes de la razón. La enfermedad y la pobreza dejan de ser un destino que se acepta con resignación, para ser vistas como disfunciones que pueden ser domesticadas por la racionalidad científico-técnica. Esto explica por qué razón el Estado Borbón intentó quitar a la iglesia el control de la salud y la enfermedad. Tales fenómenos debían recibir ahora una nueva significación legitimada por el Estado absolutista y su organum cognitivo: la ciencia moderna [...] (Castro Gómez 2004: 146).

La nueva mentalidad a partir del cambio de dinastía monárquica dotó a la administración de la salud de un nuevo enfoque orientado no solo valorar el aporte religioso, sino a incluir una perspectiva científica y antropocéntrica. Se podría decir que no hubo una polarización en la perspectiva del tratamiento de la salud, sino una superposición, ya que las visiones teológicas se combinaron con las científicas que incidían en los efectos económicos para la nación. Así, se difundió la idea de que la salud tenía un impacto económico al impulsar la fuerza laboral y los estándares de producción. Con ello, la enfermedad pasó a un ámbito más terrenal que celestial y dejó de ser una preocupación de orden religioso para convertirse en un asunto en el que los intereses económicos relacionados con la productividad y el control sobre la población vulnerable debía ser una prioridad.

La idea de un hospital que recogiera al pobre y posibilitara su conversión en un “cuerpo útil a la nación” implicó que el hospital fuera rediseñado para este objetivo desde el punto de vista administrativo y también arquitectónico y geográfico. Según Castro-Gómez, debía convertirse en un pequeño laboratorio bosquejado a priori donde se pudiera practicar el control racional de la naturaleza. Esta propuesta se enlaza con las ideas platónicas que definen al hospital como un espacio dentro de lo inteligible, por lo que su constitución debía ser pensada y concebida racionalmente antes

de ser implantada dentro del espacio sensible. Este sentido de planificación o de diseño previo sobre la base de una racionalidad ordenadora constituye uno de los elementos de identidad de la nueva biopolítica hospitalaria en el contexto de las reformas borbónicas (Castro Gómez 2004: 161).

Según Michel Foucault (2006: 15-17), la biopolítica enmarca a la población como un problema de tipo político y científico, como un asunto de ejercicio del poder desde el punto de vista biológico. Esta noción de biopoder no actúa sobre el individuo a posteriori, como sujeto de disciplina en sus diversas formas de rehabilitación, institucionalización y normalización. Por el contrario, ejerce una influencia en la población desde el punto de vista de la prevención, debido a que su legitimidad proviene de su inclinación a optimizar las oportunidades de la vida a través del incentivo de los estudios académicos y científicos con la finalidad de prevenir ñas epidemias y escasez de alimentos. Esta nueva perspectiva del control de las enfermedades tiene que ver con el interés de supervisar la salud de la población a través de mecanismos cuantificadores y de vigilancia. El Estado reorientó sus esfuerzos a dar un cambio en la organización de las actividades al impulsar un control más cuantificable de su población. Se realizaron censos en las principales ciudades para tener información sobre el número de enfermos terminales, intermedios y leves con la finalidad de proveer el cuidado y las normas para cada nivel de gravedad. Estas medidas permitieron al Estado una mejor percepción de los problemas de salubridad de la población, adoptar medidas preventivas y propuestas de mejora de los estándares del cuidado de la salud.

El siglo XVIII en especial dio énfasis a la cuantificación de su sociedad, pero sobre todo al conocimiento sobre quiénes eran los súbditos en las colonias. Es interesante apreciar, según Pilar Pérez Cantó, que durante este siglo hubo un mayor interés por saber no solo el número total de pobladores, sino también su procedencia. En un estudio comparativo de este siglo, en el que se analizan las cifras de 1700 y 1790, se ve una composición poblacional que adquiere sentido en la diversidad y cómo esta constituye un aporte para el Estado para dar a conocer los aciertos y falencias

del entorno social. Por ejemplo, en una información que se recoge del virrey Gil de Taboada, sobre la conformación de los esclavos se refiere lo siguiente:

[...] por cada persona de color libre o esclavo hay un blanco; y en caso de que los esclavos conserven una unión concertada con los indios y mestizos hay entre los blancos y personas libres de color dos por cada uno. Cuyas observaciones es muy útil se anticipen a los acontecimientos, para proceder inclinando la balanza donde convenga, y si temer una quimera como las que han solido formar la ignorancia, se podrán dar con oportunidad y firmeza aquellas providencias que ahogan en su origen las fermentaciones en caso que no hallan podido impedir las [...] ²¹ Acá si tienes ejemplos concretos de censos mejor.

La supervisión del Estado a partir de los censos fue importante, ya que permitió estimar la población distribuida en el territorio y cómo su conformación puede influir en el devenir de la sociedad y de los intereses que se desea para su beneficio. A partir de la República, esta práctica se volvió más recurrente y oficial debido a que el gobierno se orientó a controlar a la población a partir de la consigna de que se debía mejorar sus potencialidades como individuos y reducir y evitar cualquier elemento que perturbe su desarrollo. La salud, particularmente, fue una prioridad. La trascendencia de las reformas durante la etapa de los borbones dejó en la conformación del Estado una nueva prioridad, en la que “ilustrar” a la población, adecuándola a las nuevas ideas de orden para así reducir las críticas de algunos autores europeos y así fomentar un nacionalismo localista (Ramón 2016). Esta idea de bienestar se trasladó en otros aspectos, como la salud.

En los años tempranos de la República se priorizó el bienestar de la población al hacer más notorio aquellos elementos que mellaban su salud. El Estado de forma más directa se concentró, dentro de los censos fomentados desde el siglo anterior, en dar a conocer las enfermedades que aquejaban a la población a manera de ofrecer un panorama más claro, e incluso formal de sus padecimientos. El censo de 1841, por ejemplo, recogió esta realidad ya que su información sobre las condiciones de

²¹ AGI, Audiencia de Lima, 700, *Carta del Excelentísimo virrey Gil de Taboada y Lemos al conde de Casa Alange*, no. 36 y 37.

salud de la población se estratificó por enfermedades. Hubo casos clasificados como “otras enfermedades”, que representaban el 49.4%; la disentería, el 14.9%; fiebres, el 9.6%; y un padecimiento catalogado como “costado”, el 8% (Bustíos 2004: 242).

En años posteriores a la fundación de la República, los registros de nacimientos, muertes y referencias a enfermedades se realizaban con deficiencia. En 1875, Leonardo Villar menciona que:

El cuadro [...] de las inhumaciones en el Cementerio General (...) si bien marca un número preciso de defunciones, presenta, sin embargo, una lamentable confusión en la designación de las enfermedades que han terminado por la muerte. Allí nada hay ordenado ni ordenable; un laberinto en que no hay ningún hilo que pueda servir de guía. Hay un grupo de tisis y otro de tubérculos, uno de neumonía, otro de pulmonía y otro de inflamación, sin especificación de ninguna clase. Por otra parte, faltan otras enfermedades comunes como las renales, llamadas de Bright, que tantas hacen, en especial en chinos [...] (1876: 18-22).

El control de la población y la salud, a la luz de las reformas borbónicas, fueron la base para establecer una correlación entre individuo y beneficio social, proyectado desde el Estado. Ejercer una política de cuidado del individuo, convertido ahora en ciudadano, fue la clave para garantizar una disciplina más férrea en el control de cualquier elemento que pudiera perturbar su normal desarrollo. La supervisión desde la salud, durante el umbral de la República dio importancia al tema de los espacios dedicados a la salud y las personas que trabajan ahí. En palabras de Foucault (1977), esta implementación de mejoras en el servicio de la salud constituye la aplicación de una medicina desde Estado, la cual plantea una normalización de las prácticas relacionadas a la medicina, basados en la mejora de los servicios hospitalarios y la profesionalización médica, en beneficio de los enfermos.

En relación a la supervisión de la población agravada por las enfermedades se puede decir que el hospital fue el espacio ideal para llevar a cabo esta meta. Durante el siglo XVIII, y dentro del contexto de las reformas borbónicas, los criollos ilustrados se preocuparon de que el Estado ejerciera más vigilancia sobre los hospitales. Ello generó una redirección en sus funciones para asumir un papel,

según menciona Foucault (1977), de máquinas de vigilancia a fin de controlar la salud, la curación y el retorno de los pacientes a la vida productiva. Estos ideales se plasmaron en su nuevo devenir como institución, ya que los hospitales se convirtieron en centros de atención para los enfermos pero sin dejar de lado la lógica de la caridad cristiana. Esto añade un sentido de renovación en su funcionalidad, pues en esta nueva etapa no se desliga de lo “positivo” de la herencia del pasado, sino que lo incorpora.

Estas nuevas luces en su funcionamiento tuvieron como objetivo renovar la vida productiva útil en beneficio del Estado y dotó a la atención pública de una orientación no solo asistencialista, sino también científica. Así, los hospitales pasaron a ser no solo espacios para atender a los enfermos, sino también lugares abiertos y amplios para realizar otras actividades. La salud se convirtió en un espacio afín a la difusión de las ideas y prácticas médicas a un nivel inclusive académico con la incorporación dentro del hospital de espacios como un jardín botánico, un gabinete de zoología e incluso un observatorio astronómico (Castro Gómez 2004: 163).²² Estos ideales de biopolítica, como se ha comentado, denotan un proceso sistematizado en la mejora del cuidado de la salud que se preocupó no solo por la organización, sino también por el reconocimiento de las carencias médicas y sociales de los pacientes potenciales: la masa trabajadora.²³ El sueño ilustrado veló por reconocer a aquellos

²² En Nueva Granada, se vivió una especial preocupación por implantar este nuevo sentido de reordenamiento alrededor del espacio hospitalario. José Ignacio Pombo (1761-1815), criollo, imaginó un proyecto ambicioso al implantar reformas que tuvieron como propósito reeducar al hospital de San Juan de Dios en Cartagena. Según la referencia que se recoge de Castro Gómez, Pombo concibió al hospital “[como un espacio] que ofrece cuantas comodidades y ventajas se pueden desear para establecer en él un estudio completo de Medicina, de Cirugía, de Farmacia y Anatomía, con un buen teatro Anatómico para las disecciones de los cadáveres; para su escuela de Química, con su laboratorio; para otra de Botánica con su jardín; para una de Mineralogía con su respectiva colección; para una de Zoología con su gabinete; y también para un Observatorio Astronómico con su meridiana y demás necesario que no es menos importante; y esto no solo sin perjuicio del Hospital y de los pobres enfermos, sino con conocida utilidad de éstos y de la enseñanza. La grande capacidad y extensión, en todos sentidos, de dicho edificio y fábrica, sabiéndola aprovechar y distribuir debidamente, y su localidad tan ventajosa para cuanto tiene relación con los establecimientos indicados, es la más a propósito de cuantas hay en la ciudad para el efecto” (Pombo 1965 [1810]: 181).

²³ La biopolítica, como concepto, está vinculado a una concepción organicista del Estado, que considera a este un todo orgánico con la capacidad de padecer perturbaciones y enfermedades de la misma manera que un cuerpo vivo ante la influencia de elementos patógenos. Este rol relevante del Estado adquiere sentido en esta idea propuesta por Foucault en la que la medicina se enlaza con esta preocupación. Por ejemplo, el interés en el fomento de la medicina junto con proyectos higienistas induce a contemplar el problema del cuerpo donde sucede, o no, la vida. No hay saber que a la luz de la importancia que da la biopolítica al cuerpo no constituya

que antes no tenían voz y vivían al margen del proyecto político implantado por el Estado colonial. La masa indígena se anexó a la agenda de los ilustrados, que los consideraba no solo como súbditos, sino como la fuerza de trabajo que llevaría a cabo el progreso económico. La búsqueda de nuevos horizontes asociados a la riqueza del reino tuvo en la ciencia y en la innovación científica su más claro objetivo. Por este motivo la celebración de expediciones naturalistas buscó conocer la riqueza de los reinos en materia de recursos naturaleza, y a su vez en recursos humanos para la explotación de dichos recursos. De ahí que la preocupación por la salud de la población, en materia de curación y restablecimiento, fue importante y tenía un sustento de corte político a la luz de las inspecciones oficiales realizadas desde la metrópoli (Cueto 2016: 636-637). Una de esas expediciones, realizadas por Jorge Juan y Antonio Ulloa destacó este aspecto al recoger, en sus informes sobre el Perú, sus impresiones sobre el tratamiento del indio:

[...] El indio pierde la vida, y el país aquel habitante, de lo cual se origina la disminución tan grande que se advierte en la población peruana. Tal es la lástima que causan cuando los sacan muertos, que conmoviera a compasión a los corazones más despiadados. Solo se ve en ellos un esqueleto que está diciendo la causa y motivo de haber perecido, y la mayor parte de estos mueren en los mismos obrajes con las tareas en las manos, porque aunque se sientan indispuestos y lo den a entender en los semblantes, no es bastante para que aquella gente bárbara que los tienen a su cargo, los exceptúe del trabajo o procure su remedio. Acostumbrados a mirarlos con todo aborrecimiento, no imaginan al indio enfermo digno objeto del hospital, sino cuando sus fuerzas están tan decaídas, que fallecen antes de llegar al asilo caritativo, y son felices los que tienen resistencia para ir a morir al hospital [...] (1826: 278).

El arribo de la modernidad significó preocuparse por garantizar que el Estado provea mejores condiciones a la fuerza laboral. El comentario crítico de Jorge Juan y Antonio Ulloa refleja la desatención del Estado respecto a la salud de los indígenas. Hay un propósito tras esa preocupación

una relación de poder. Esta relación convierte al cuerpo un objeto de disciplinamiento y de una economía política del rendimiento. De ahí que la mejora del espacio hospitalario, las nuevas prácticas médicas y el control y/o registro estadístico de la salud fuera necesario para un mejor control y mejora de la sociedad.

que matiza la indiferencia con el interés evidentemente económico. Y es que, avanzar hacia la modernidad, dependía del reconocimiento de la población marginada y la aceptación de que su fuerza de trabajo no es perenne; por el contrario, necesitaba una eficiente gestión que posibilitara el cambio de los cimientos tradicionales de la práctica médica.²⁴

Pero, ¿cómo afecta este escenario de reformas a la práctica religiosa vinculada a la salud? Los cambios destacaron preferentemente la profesionalización. Los monarcas borbones y las autoridades locales no erradicaron los elementos tradicionales, más bien redireccionaron sus roles y modificaron el exceso de protagonismo en las funciones logísticas y directivas de la institución hospitalaria.

Las razones que dan sustento a estos cambios recaen en esta nueva visión de la iglesia hacia la salud. La religión en el virreinato destacó la influencia que las corrientes intelectuales del siglo XVIII ejercieron en la piedad y la religiosidad limeña, a través de la inclusión de las opiniones seculares y de naturaleza científica en la comprensión de la naturaleza del individuo y su salud. Esta tendencia fue una constante durante el virreinato. Por ejemplo, durante los años tempranos del virreinato, Lastres menciona que las autoridades se avocaron a destacar la conexión entre las enfermedades del cuerpo y del alma. A partir de un informe recogido del arzobispo Loayza, se determinó que “[...] dentro de un día natural que el enfermo sea recibido en dicho hospital, el cura sea obligado a amonestarlo que se apareje para confesarse, dándole a entender cuanto remedio es para la salud del cuerpo sanar primero el ánima” (1951: 135). Una referencia similar se aprecia desde las palabras de Hipólito Unanue. A fines del siglo XVII en las páginas del Mercurio, él reflexionó sobre si un niño de dos cabezas podría tener dos almas, ello en base a la referencia de un caso conocido en 1694 y

²⁴ La medicina posee siempre un componente social. Este aspecto cobra mayor notoriedad en el tránsito del siglo XVIII y siglo XIX, cuando se da importancia a la valoración del cuerpo y su vínculo con el capitalismo. Esto se produce a partir de la relación entre el cuerpo y la fuerza productiva y cómo estos elementos se consolidan en la mejora del rol de la salud, para garantizar una mejora en la productividad. Foucault da luces sobre estos elementos al mostrar los procedimientos que desde el Estado se forjan para regular el cuerpo y su salud, así como el reordenamiento desde la urbe y los elementos para hacer más efectivo la fuerza laboral (Foucault 1996: 55-69).

que fue recogido en la obra *Desvíos de la naturaleza*, publicado en 1695 por José Revilla Bonet y Pueyo (Jouve 2008: 242).

El interés por afianzar los lazos entre los valores cristianos y la ciencia se aprecian con mayor énfasis en la percepción de la recuperación de la salud. El caso de los milagros, en particular, resultó interesante por la explicación que los religiosos y profesionales de la salud decidieron dar desde la fe e incluso dentro de los parámetros de la ciencia. Un caso interesante en el que se nota esta preocupación proviene de la hagiografía de José Manuel Valdez sobre Martín de Porres. En ella, el hagiógrafo dio su parecer sobre los milagros y la explicación que los sustentan. Para ello no utilizó un criterio teológico absoluto para corroborar lo fehaciente de los milagros de Martín, sino que se valió de criterios objetivos, e incluso médicos para sustentarlos. Curiosamente, Valdez para aceptar un milagro como verdadero solo reconoció aquellos en los que hubo un rompimiento del orden natural. En el caso de un milagro relacionado a la salud, él consideró como válido la justificación que dio a la curación de un religioso dominico, quien, bajo el riesgo de que se le amputara la pierna, “después de una breve oración, descubriendo la pierna, gangrenada, puso su mano sobre ella, y su contacto la sanó en el momento” (1863: 127). Para validar estos milagros Valdez recurrió a la utilización de un lenguaje médico para legitimar su veracidad. Tal es el caso de una mujer que en 1785, se le había aparecido “un apostema en sitio vergonzoso, la que se extendía hasta la parte superior e interna del muslo derecho” (1863: 180-181). En el desarrollo de su enfermedad “se le abrieron sucesivamente boquillas en el espacio intermedio de las dos vías naturales, las que vertiendo sanie icorosa y fétida, ocasionaba a la paciente agudísimos dolores” (1863: 181). El complemento entre la explicación científica y la religiosa queda definida al final al relato, cuando esta mujer sanó con solo colocar su herida sobre la “tierra del sepulcro de San Martín” (1863: 182).

Estos elementos recogidos del relato de Valdés ilustran no solo las confluencias entre ciencia y religión en la ilustración, sino también su capacidad de articular un discurso en el ámbito teológico en un momento en el que ya había logrado establecer una reputación científica. La valoración de este

testimonio queda más consolidada con las palabras de Manuel Antonio Urismendi, examinador sinodal del arzobispado. Al inicio de la obra de Vades él declara que "la vida del bienaventurado fray Martín está escrita con elegancia y claridad; su sabio y virtuoso autor ha desempeñado altamente el asunto que se propuso, manifestando los grandes conocimientos que posee en la teología mística y moral, su tierna adhesión y devoción al santo [y] el amor a sus conciudadanos" (Valdés 1863: 3).

Con relación a la caridad, el pensamiento ilustrado siguió revalorando este componente y la religión continuó siendo la fuente principal que nutría el servicio al prójimo en el hospital. La preocupación por la mejora de la salud iba de la mano con el reconocimiento de que los valores religiosos debían mantenerse y que el espíritu de caridad era la clave para incentivar las reformas en la salud. En el *Mercurio Peruano*, José Rossi y Rubi, Hesperiphylo, reproduce ese sentir en una reflexión en torno a la caridad y cómo dicha virtud era aún importante en el esfuerzo ilustrado:

La caridad cristiana definida con tanta sublimidad por el Apóstol de las Gentes y practicada generalmente en los tiempos felices de la Iglesia primitiva en nuestros días a penas se atreve a mezclarse en las acciones del hombre que precia de ilustrado. Parece que hasta su nombre es indecoroso en los labios de un Filósofo, y el que a veces la ejerce, la disfraza con el nombre de Humanidad. Los libros, y también las cátedras la han adoptado en este sentido, y en el mismo la inculcan. Por otro lado entre los eruditos del siglo la Filosofía y la Humanidad se miran respectivamente como causa, y efecto de una virtud misma. Para ostentar Humanidad según esta equívoca inteligencia, aun el Libertino hace limosnas, y el mismo Ateísta ciego ante la luz eterna de la Divinidad, no puede negarse a pagar algún atributo, cuando no sea más que el de una composición efímera y aparente, a fin de merecer ese renombre para él tan lisonjero. A pesar de todo esto y de la preocupación de todo filosofastio, arriesgamos esta paradoja: la Humanidad es un puro fantasma de virtud, si lo concebimos independiente de la Caridad y separable de aquel espíritu de Religión, que consagra todas las acciones de los humanos en homenaje al Ser Supremo (*Mercurio Peruano* 1791: f. 13-16).

El pensamiento ilustrado buscó integrar lo positivo de la tradición religiosa para crear un discurso más consolidado. Esta referencia del *Mercurio* es una muestra de que la razón y los valores intelectuales, por más innovadores que sean, no reemplazan la trascendencia de la caridad cristiana.

Ello llevaría a pensar que la religión, sus valores, y la continuación de sus prácticas en espacios en los que la ayuda social es importante, como los hospitales, fue un factor que el Estado colonial no dudó en mantener.²⁵

Un punto aparte de destacar es el objetivo que se trazó la Sociedad Amantes del País en materia de trascendencia social y científica. A través del *Mercurio Peruano*, se afianzó el interés en estudiar al Perú y, sobre todo, a sus recursos, como base del progreso económico y un potencial desarrollo del conocimiento médico. Este aspecto merece especial atención al apreciar que muchos trabajos en el *Mercurio* tomaron como base la botánica para adentrarse en los conocimientos médicos. Uno de los más representativos es aquel que titula *Disertación sobre la naturaleza y los efectos del tabaco adornado con una breve idea del origen y progresos del Real Estanco de Lima* (*Mercurio Peruano*, 1792, ff. 35-51). En este estudio se examinan sus orígenes, las posturas de los gobiernos referidos a su uso, las costumbres y los efectos sobre las personas. Un similar interés es el que posee la *Disertación sobre el aspecto, cultivo, comercio y virtudes de la famosa planta nombrada coca por el doctor Hipólito Unanue* (*Mercurio Peruano*, 1794, ff. 205-255). Parte de este estudio innovó el conocimiento que se tenía de dicha planta, al realizarse un análisis de su trascendencia en el mundo andino y su aplicación en prácticas medicinales.

Estos dos ejemplos tienen mayor consolidación en una opinión conciliadora, que parte, curiosamente, desde el lado de la religión. El padre Francisco Gonzáles Laguna reclamaba un mejor tratamiento a

²⁵ Hesperiophylo en este artículo exalta la religión en la sociedad. Enfatiza su presencia, pese a que el escenario ilustrado optaba por el sentir academicista como la guía que el Estado debe aplicar en la población. Al mencionar que “no hay filosofía plausible sin Religión” releva que la caridad trasciende y nutre las acciones del hombre dándole un sentir humanitario que complementa el ideal de bienestar social propuesto por la Ilustración. Por ejemplo, es importante la referencia del autor a las acciones reformistas que se van percibiendo en la administración de instancias de corte social. Las expresiones sobre la relevancia de la caridad se notan en el testimonio que da el autor sobre un oidor de la Real Audiencia, Manuel de Arredondo, quien “[...] compadecido de la miseria en que yacían los pobres presos de las cárceles de Corte, y de Cabildo, y horrorizados de los desarreglos que en ellas se cometían por la indistinción de sexos, han hallado en su actividad, y empeño cristianos recursos suficientes para edificar unas nuevas habitaciones de esta naturaleza, que reúnen al mismo tiempo la seguridad, el orden y el aseo: industriosos en proporcionar y aprovechar para estas obras mil pequeños arbitrios de economía, han podido realizar sus piadoso intento [...]” (*Mercurio Peruano* 1791: f. 14).

los estudios de botánica ya que consideraba que encontraba desatendida por el Estado político y por el poder eclesiástico. Este religioso, al ver que no era considerada ni como parte de las cátedras en las universidades, proponía al respecto:

Viendo la superficie de la tierra cubierta de vegetales los considera más cuanto más los examina y revuelve. No puede un buen entendimiento entregarse a la indagación del origen, generación, nutrición, fin y destino de las plantas sin quedar estático y arrebatado de aquella sabiduría causa de las causas y tributarle humilde sus respetos (*Mercurio Peruano*, 1794).

Por lo expuesto es importante reconocer que más allá de la conciliación con los valores cristianos, el Estado borbónico buscó la reforma de la administración de los servicios a la población. La forma cómo se van gestando de manera sistemática las variaciones en la religión se manifiestan en la regulación de la participación de las órdenes religiosas en la asistencia y cuidado de los enfermos. Pero, ¿cómo logran articularse estos cambios en una sociedad que aún legitima la caridad y los valores, y cómo su propio círculo ilustrado no desdeña el ideal cristiano, sino que lo valoriza? Los intereses políticos e incluso las circunstancias ajenas al control del Estado influyeron en la consolidación de las reformas borbónicas. A continuación, se analizan dos casos representativos: las limitaciones establecidas por el virrey José de Armendáriz, marqués de Castelfuerte, a la administración local de la salud, en las que curiosamente favorece a órdenes religiosas como la de los betlemitas; y las consecuencias sociales y políticas que afrontaron las órdenes religiosas a partir del terremoto de 1746. Los casos permitirán mostrar en parte los discursos teóricos sobre los cambios en la salud producidos a nivel general.

2.2 El virrey de Castelfuerte, órdenes religiosas y los curacas de Lima: el inicio del impacto de la salud en el contexto de las reformas borbónicas

Carlos Enrique Paz Soldán, para referirse a la importancia de la caridad y el asistencialismo, resaltó que su presencia no dejó de ser valorada a partir del siglo XVIII; por el contrario, adquirió un nuevo matiz, vinculado a un interés de las autoridades políticas por ser su principal promotora. Esta presencia gravitante de la caridad en el entorno de la salud se refleja en el pensamiento intelectual del siglo XVIII. Las ideas de los ilustrados sobre esta revaloración se plasman en el célebre “Rapport” de la Rochefoucauld-Liancourt, sobre la asistencia pública. Paz Soldán recoge de este autor su valoración por la caridad y la asistencia al mencionar que: “hasta aquí, se dice en ella, la asistencia no ha sido considerada sino como un favor; ella es un deber; pero este deber no puede ser llenado sino cuando los socorros acordados por la sociedad son dirigidos hacia la utilidad general” (1914: 8-9).

El interés por reformar la administración de la salud y vincularlo con el interés y beneficio colectivo llevó a las autoridades a mantener relaciones de reconocimiento y confianza con el clero. Durante las reformas borbónicas, el primer hecho que marcó un punto de referencia en función de esta alianza estratégica fue el acuerdo que realizó el virrey marqués de Castelfuerte²⁶ con la orden de los betlemitas. En 1732, el virrey decidió transferir el control del Hospital de Santa Ana a dicha orden. Esta medida era una respuesta a las observaciones de algunos caciques que argumentaban que la atención había decaído, tanto en calidad como en continuidad.

La trascendencia de la decisión de Castelfuerte fue clave, ya que evidenció a todos los actores que intervenían en el manejo y percepción de la salud. Un primer acercamiento a esta experiencia muestra el descontento que percibe la autoridad en relación con el servicio médico manifestado en testimonios

²⁶ José de Armendáriz y Perurera, fue de familia noble del Reino de Navarra. Fue hijo de don Juan de Armendáriz y García-Usechi y de doña Josefa de Perurena y Muguiro. Fue bautizado en Pamplona en la parroquia de San Juan Bautista el día 2 de noviembre de 1670. Desde muy joven comenzó la carrera militar en la que alcanzó grandes triunfos, por lo que Felipe V le concedió el título de Marqués de Castelfuerte en 1711 (Andrada-Vanderwilde 1975: 229).

de los caciques. En sus misivas, ellos señalaban su desazón por la negligencia del hospital en la atención de los indios. Según su testimonio:

Los caciques y canos militares, vecinos y residentes de esta ciudad por sí y en nombre de los demás indios que en ella habitan, así oficiales como de los demás que entran y salen y que prestando voz y causión por el común de todas las provincias de este reino se ponen a los pies de vuestra excelencia: y dicen que reconociendo el lamentable estado a que ha llegado el Real Hospital de Señora Santa Ana no solamente en el poco o ningún cuidado que se pone en la curación de los enfermos sino también en los mantenimientos en los que se les asiste pues aún los muy sanos es imposible que pudieran apetercerlos. Correspondiendo a esta impiedad a la de las asmas, pues ni el de más extrema pobreza pudiera tener las que se dan, y en las que se tiene a los miserables enfermos indios e indias, que se curan en dicho real hospital porque solamente se procura la utilidad de los muchos oficiales en quienes se consumen sus rentas y disfrutan sus mayores intereses por los salarios en quienes se consumen dichas rentas por cuyo orden se olvidan sus administradores mayordomos y diputados de los dueños legítimos que son los enfermos y de la caridad con que se les debe atender se ven precisados los suplicantes a ocurrir a vuestra excelencia, como a justificadísimo y soberano patrón de dicho Real Hospital haciendo esta justa y sensible representación, para que mediante las superiores providencias que requiere la gravedad de la materia consiga este alivio [a] esta abatida y miserable nación [...].²⁷

Es interesante notar que el testimonio de los caciques apunta a rescatar que, más allá de la indiferencia de las autoridades en solucionar los problemas de salud de los indios, existe conciencia de que el aporte de su labor es importante para el desarrollo económico de la élite. De ahí que los líderes étnicos critiquen la pasividad de las autoridades que no se percatan de que la falta de apoyo a la salud de los indígenas perjudica la estabilidad y el desarrollo de sus negocios.

La respuesta a esta crisis de administración en el Hospital de Santa Ana se dio con la visita de Castelfuerte. Ahí pudo corroborar en detalle el testimonio de los caciques, por lo que decidió, de manera inmediata, la transferencia de la administración debido a la ineficiencia de los mayordomos en atender las demandas de los indígenas en el hospital. Castelfuerte resalta este punto al referir que

²⁷ AGI, Audiencia de Lima, 414, *Informe del virrey de Castelfuerte*, f. 8r-8v.

“[...] estando el número de sus enfermos que por la cuenta que de mi orden se ha dicho en estos últimos meses pasan de quinientos que reciben en cada mes y de a cuatrocientos y cincuenta los que salen a combalecer y los que se curan en él hombres y mujeres pasan regularmente de doscientos cincuenta y por esta razón siendo uno de los principales órdenes de Vuestra Magestad a sus virreyes la conservación y buen trato de los indios [...]”.²⁸

Para Castelfuerte, los informes de los caciques habían dilucidado un manejo administrativo deficiente. Los mayordomos encargados de dirigir el hospital se habían descuidado de los pacientes y habían cometido errores graves, como exceder con creces la capacidad de atención del hospital. Esta falla resultó clave, ya que generó en el virrey dudas sobre la eficiencia de los administradores. La mala administración también se reflejó en la contratación inadecuada del personal, quienes carecían del sentido de caridad que debe primar en la labor asistencial. Castelfuerte menciona al respecto:

De este principio resultaba ser menos de los necesarios los sirvientes y no están bien pagados, no asistir los diputados y finalmente faltar la curación cuidado y asistencia a los indios enfermos con el seguro de esta infeliz nación no se sabe quejar de lo que padecen ni agradecen el bien que recibe y faltando la caridad cristiana morían muchos por descuido y falta de lo necesario que llegó al extremo deber y/o curarse dos enfermos en una misma cama y supe que había muchos en esta forma y diversas personas religiosas de experiencia en el hospital y de crédito me aseguraron estos y otros desórdenes que clamaban por remedio para alivio de las enfermedades y vidas de tantos indios [...].²⁹

El caos de la administración hizo que Castelfuerte retomara la confianza en las prácticas tradicionales, pues tras su visita percibió que la caridad y la ayuda al prójimo, bases de la buena práctica hospitalaria,

²⁸ AGI, Audiencia de Lima, 414, *Informe de virrey de Castelfuerte*, f. 1r.

²⁹ Los caciques que dieron información al virrey sobre la ineficacia en la administración fueron Sebastián Puicón, Lorenzo de Avendaño Tanta cacique segunda persona, Cristóbal Tamayo Pumainga, Felipe Mayurín, Juan Ignacio Puipaluna, Cristóbal Tupaguamani Machiinga, Joseph Chuquihuanca Saco Tupainga, Juan Evangelista Lozano Geranocapa, Antonio Rodríguez de Canchupuman, Lázaro Pascual y Miguel Jugatero. En: AGI, Audiencia de Lima, 414, *Informe de virrey de Castelfuerte*, f. 2r-2v; f. 12r.

no eran cumplidas por los mayordomos. Las órdenes religiosas devolvieron al hospital el sentido caritativo, por lo que el virrey les renovó la confianza y otorgó a la orden de los betlemitas la administración del Hospital de Santa Ana. Castelfuerte tomó esta decisión alentado también por el reconocimiento de los mayordomos y los caciques de que la situación del hospital necesitaba el auxilio de esta orden. Es así que el virrey asumió una decisión radical, que si bien fue efectiva, no resultó del todo conciliatoria. Esto se aprecia cuando Castelfuerte reconoce que:

[...] Es [el] mayordomo actual del hospital por fines del año pasado de setecientos treinta y uno me representó por escrito algunos de estos males y proponer que ha algunos de los hermanos se les había ofrecido que no había otro remedio sino es entregar la administración del hospital a la religión betlemítica porque excusaría salario y con su experimentada economía aumentarían las rentas y la caridad que profesaban con su instituto atendería al alivio de los enfermos como era necesario.

Esto mismo me representaron poco antes los indios caciques y causas militares que se hallan en esta ciudad por memorial lo cual ordene se tratase en la hermandad con asistencia de un oidor porque me lo pedía así el mayordomo y en la Junta.³⁰

El alto clero no recibió de manera positiva la reacción del virrey. Si bien dio un voto de confianza a la caridad en el cuidado de los enfermos, a nivel político dicha decisión no fue acertada. Muchos mayordomos no estuvieron conformes y argumentaron que la crisis no se debía a su gestión, sino a agentes externos vinculados a la propiedad y otros recursos. La persona que apoyó sus demandas y se comprometió a contravenir la rígida postura del virrey fue el arzobispo.

El apoyo del máximo representante del alto clero de Lima polarizó el tema de la asistencia hacia los enfermos. El arzobispo enfatizó que la decisión de ceder la administración hospitalaria a los betlemitas era un acto inapropiado e inconsistente con los estándares de caridad implantados por la Iglesia. El arzobispo los acusó de no respetar el rol que los mayordomos habían tenido en el proceso

³⁰ AGI, Audiencia de Lima, 414, *Informe de virrey de Castelfuerte*, f. 2v.

de administración del hospital ni la tradición asistencialista de los obispos de designar a los religiosos encargados de brindar el soporte espiritual a los enfermos.

Esta sucesión de críticas se fue consolidando al punto que el Hospital de Santa Ana constituyó un referente para diagnosticar los problemas administrativos en otros hospitales. El arzobispo señaló que el resto de centros hospitalarios tenían deficiencias similares al hospital de indios, tanto en su administración como en el cuidado de los enfermos. Además, los malos manejos económicos fue también un aspecto que primó en la decisión del virrey. Se buscaba una administración hospitalaria, que priorizara no solo la caridad y el componente religioso, sino también la gestión eficaz, exenta de malversación de los recursos que alejara al Estado colonial de este ideal de control y reordenamiento.³¹

2.3 La administración de la salud ante la adversidad: el terremoto de Lima de 1746

Las reformas borbónicas aplicadas a la salud buscaron ordenar y mejorar el sistema de salubridad en la Colonia. Sin embargo, los imprevistos y los desastres naturales pusieron a prueba dicho sistema y evidenciaron las fallas en la construcción. El terremoto que ocurrió en Lima el 28 de octubre de 1746 causó gran impacto en la sociedad debido a las pérdidas materiales y humanas, y a la desestabilización que produjo en el sistema de salud.³²

³¹ El componente religioso no estaba exento dentro de esta valoración de lo caritativo. Miguel Rabí destaca dentro de este contexto de reclamos de parte de los caciques en la mejora de las condiciones del hospital cómo se mantiene la consideración por las órdenes religiosas en la atención a los enfermos. Con referencia a los betlemitas, de quienes se hablarán con más detalle en otros casos en el capítulo siguiente, se recoge el testimonio del fiscal y protector general de indios, Lorenzo Antonio de la Puente y Larrea, quien en 1732 expresa sobre esta orden: “(...) que es notorio en esta ciudad y reino, que estos religiosos tratan con gran caridad y limpieza a los indios convalecientes que están a su cargo en el hospital de ellos, que hay en esta ciudad. Y es conveniencia digna de atenderse que quien cuida a la convalecencia, cuide su curación; y que la perpetuidad de esta caridad se asegure en el instituto y constituciones de su Religión que son de mucha perfección y muy propias para la hospitalidad. Todo lo cual le tiene informado de boca de diversos indios, como lo expresan en su escrito (...)” (1999: 113).

³² El sismo ocurrió a las 10:30 p. m., a unos 350 km de la placa tectónica de Nazca y a 160 km de la costa peruana. Las estimaciones del Instituto Geofísico del Perú indican que el sismo tuvo una magnitud aproximada de 8.6 grados en la escala de Richter, cifra estimada de manera comparativa con la intensidad de grado X atribuida a la escala de Mercalli modificada. Álvarez Ponce (2014: 101) refiere que el terremoto destruyó prácticamente todos los muros, techos y fachadas de la ciudad y su puerto, y que las estructuras derruidas

Charles Walker cuenta que el impacto que tuvo el sismo y el inmediato tsunami que azotó la costa del Perú fue tal que se contabilizaron alrededor de 5000 muertes inmediatas, sin considerar los fallecimientos de las epidemias debido a la insalubridad de los escombros y muertos (2012:30). Las condiciones en las que se hallaron los muertos fueron penosas. Desde la costa de Chorrillos hacia el Callao yacían muchos cuerpos irreconocibles y otros que fueron identificados por los familiares para darles sepultura. La relación de Victorino Montero del Águila (1746) cuenta que: “[...] Los ahogados del Callao se hicieron pasto de las aves, a excepción de algunos cuerpos, que solicitados por sus hijos, y Parientes tuvieron sepulturas en las mismas Playas. Los que murieron en la ciudad, no todos lograron el sagrado, y se hallan enterrados en plazas, y calles, porque el horror de las Iglesias, y la continuación de los Temblores inhabilitaron el ánimo de los hombres, aun para llegar a los cementerios [...]”.

El Estado asumió el desastre de diversas maneras. El terremoto y posterior tsunami constituyó un hecho catastrófico para Lima, pero a la vez representó una oportunidad para reestructurar y corregir desaciertos en la gestión de la salud y para implementar nuevos criterios de salubridad. Según Víctor Álvarez, los borbones una vez en el poder buscaron afianzar el sentido de prevención de aquellos elementos que lucían vulnerables para la sociedad y su estabilidad. Su propósito fue anteponer las necesidades de la población por encima de los intereses políticos, consolidando medidas de prevención ante posibles desgracias, como un terremoto y tsunami. Los lineamientos preventivos se enmarcaron, desde el lado geográfico, con la prioridad que el Estado dio al tema del espacio urbano y su vulnerabilidad ante los desastres; y, sobre todo, desde una perspectiva científica, que priorizó el medio ambiente y el cuidado de los individuos con medidas concretas orientadas a su mejoría (2014: 161-162).

enterraron con vida a muchos infortunados. Los materiales pesados de las viviendas aplastaron a los vecinos en las localidades de la costa peruana, que al no poder buscar refugio fallecieron víctimas de las caídas de balcones y vigas.

Es vital, en un contexto de riesgo como un sismos, analizar cómo los espacios urbanos fueron vulnerados en su estructura urbana y, sobre todo, en su funcionamiento. Uno de los primeros escenarios que surgió fue la crisis de infraestructura y servicios de los hospitales. El movimiento sísmico diezmó a la mayoría de centros hospitalarios, aunque el impacto no fue igual para todos. El hospital de San Juan de Dios, por ejemplo, logró soportar el movimiento telúrico, pero el hospital del Espíritu Santo y el de San Bartolomé quedaron prácticamente en escombros. En el caso del hospital de San Lázaro, su total destrucción permitió aplicar las reformas planteadas por los borbones. Juan Cascajo Romero en su tratado sobre la epidemia de lepra en dicho hospital, que ocurrió debido a la deficiente salubridad luego del sismo, cuenta que muchos pacientes tuvieron que ser atendidos en la calle. Esta situación tuvo consecuencias emocionales fuertes; por un lado, los fieles se sintieron desprotegidos en su salud al verse desatendidos por parte de los religiosos, mientras que estos se sintieron igualmente limitados en sus funciones asistencialistas y religiosas, ya que no podían cumplir con los principios de caridad y ayuda al prójimo que su práctica demandaba. (1948: 165).

Este escenario demandó la reconstrucción y refundación inmediata de dicho hospital. Pedro José Bravo de Lagunas y Castilla, jurista y catedrático criollo, fue el encargado de elaborar las nuevas políticas de su administración. En ellas, el intelectual limeño marcó una distancia clara respecto al tradicionalismo en la atención hospitalaria, ligado al rol que desempeñaban los religiosos. A través de un análisis sobre el cuidado de los enfermos, el jurista comenta que los religiosos contravenían los principios de caridad y eficiencia que, por sus virtudes cristianas, debían haber promovido:

[...] Entre los grandes abusos de los clérigos fue uno, poseer los hospitales como beneficios, y por voluntaria, e injusta introducción pasarse de administradores a beneficiados; y el que era mero oficio, convertirlo sin facultad en título riguroso de beneficio Eclesiástico. Las rentas de que solo podían tomar la pensión, o salario que se les asignase por su trabajo, y cuya principal aplicación era a los pobres y enfermos, las recibían por frutos que les eran debidos, y no pudiendo justificar el exceso por las fundaciones, que eran enteramente opuestos, se acogían a la costumbre refugio infeliz con que mudando el nombre a las corruptelas, se procura que las Leyes patrocinen la usurpación y los delitos [...] (1761: 142-143).

Los excesos que se cometían en las administraciones tienen que ver con la malversación de los recursos. Como juez protector del hospital, Bravo de Lagunas y Castilla enfatiza la necesidad de corregir esta falta para mejorar el servicio en el hospital. Ello es claro en el nuevo plan organizativo para San Lázaro, al que dota de un capital adicional a lo ya gestionado para su reconstrucción. El virrey asignó 13.000 pesos para su refundación; sin embargo, dicho monto no fue suficiente, por lo que se solicitaron donaciones (Warren 2010: 41). Una de las formas de recaudación de apoyo adicional fue a través de la celebración de corridas de toros, durante diez años, en dos días de los asignados al carnaval. Bravo de Lagunas y Castilla defendió esta propuesta y según Cascajo Romero (1948: 164), no tuvo reparo moral ni teológico para justificar su accionar. Al final, le significó hacerse de un fondo de 13.760 pesos.³³

La reestructuración promovida por Bravo de Lagunas y Castilla se afianzó a partir del mantenimiento de elementos administrativos y sociales, previos a este ideal de reformas. La modificación de la carga presupuestal aparece como una preocupación que el propio mayordomo intenta corregir y que está en consonancia con la política de regulación económica que promueven otros hospitales. Por ejemplo, en una carta dirigida al virrey, el mayordomo de San Lázaro reconoce que no se ha hecho efectivo ningún pago administrativo con el argumento de que no había necesidad, ya que “[...] habiéndose mantenido los pobres de este hospital de las limosnas de personas piadosas, y no de renta alguna eclesiástica sujeta a seminario si ha habido título con que exigirle esta pensión”.³⁴

³³ Bravo de Lagunas y Castilla justifica la recaudación de fondos a través de las corridas de toros, aunque reconoce que no es correcto. No obstante, argumenta que el fin que se busca con ello trasciende cualquier cuestionamiento. Él refiere que “[...] recoger limosnas para fabricar una Iglesia Parroquial precisa, y para reedificar un Hospital de Pobres arruinado, es muy del servicio de Dios, y obra de caridad muy de su aceptación. Y si las corridas de Toros se juzgan conducentes (como lo son y en efecto lo califican) a recoger aquel dinero, y limosnas; ya con más inmediatez, y con menos rodeo tienen la aptitud, la conducencia y la proporción al fin bueno [...]” (1761: 210).

³⁴ AGI, Audiencia de Lima, 420, Carta del mayordomo del hospital de San Lázaro al virrey, 420, f. 39r.

Para enmendar esta deficiencia, el Estado reformó la recaudación de apoyo económico. Siguiendo el mismo procedimiento de los préstamos a partir de la celebración de corridas de toros, las autoridades coloniales buscaron dotar a los hospitales de mayores bienes.

2.4 Terremoto en las finanzas del clero: las medidas restrictivas posteriores a 1746

Las restricciones de parte del Estado tienen que ver con la nueva relación del Gobierno colonial con el clero. Las reformas borbónicas, especialmente en la segunda mitad del siglo XVIII, rompieron la relación entre Estado e Iglesia, que fue defendida por los Habsburgo. En Nueva España, este vínculo adquirió dimensiones relevantes y se consideraba que Estado e Iglesia se hallaban articulados al punto que la Corona era considerada el padre y la Iglesia era considerada la madre, como metáfora familiar del gobierno ejercido por los Habsburgo. A partir de 1750 este panorama cambió, debido a que las reformas instauradas tras la llegada de los borbones buscaron la centralización del poder en la autoridad del monarca y su voluntad, lo que implicó una reestructuración en su acercamiento con la Iglesia.

En el caso del Perú, Víctor Peralta afirma que las reformas cambiaron las relaciones entre el Estado y la Iglesia. Ello se evidenció en los años posteriores al terremoto y tsunami de 1746. Las relaciones entre el virrey Manso de Velasco y el arzobispo Barroeta se volvieron tensas debido a las licencias que el arzobispo se había tomado en la celebración de rituales religiosos y en los cambios que se habían planteado en la disciplina de los religiosos. El virrey hizo la observación de que estas decisiones fueron tomadas de manera deliberada sin tomar en cuenta su autoridad y lo consideró una afrenta a su investidura y al poder virreinal. Peralta señala, a su vez, que la reacción del arzobispo no fue conciliatoria; por el contrario, se afianzó en la independencia que debían tener las decisiones del clero. Estas tensiones se mantuvieron hasta la salida del cargo de Barroeta en 1758 y si bien estas cesaron, las discrepancias ya habían comenzado (Peralta 1999 [2016]: 83).

El virrey Amat y Junient a partir de 1760 realizó una serie de reformas vinculadas al espíritu asistencialista del clero. Por ejemplo, suprimió los antiguos privilegios de las autoridades religiosas locales para actuar sin consultar al Estado. Terminar con estos beneficios, denominados también fueros temporales, significó que los dictámenes para establecer iglesias, parroquias u obras pías, como las cofradías y hermandades, estuvieran supeditadas a la aprobación del Estado colonial y no del clero.

Las reformas de Amat regularon la acción de las órdenes religiosas. El caso más representativo fue el mandato de expulsión de los religiosos de la Compañía de Jesús. Ello se consolidó con la distribución que el virrey promovió de las propiedades de los jesuitas entre los miembros del clero secular, órdenes religiosas y el Estado. Amat también intervino en la composición de las órdenes y el número de integrantes que debían poseer. Dichas medidas tuvieron mayor impacto en Lima desde 1769 con la secularización de las órdenes religiosas. Si bien estas medidas no se llevaron a cabo en su totalidad, este sentido reformista minó los privilegios e instauró un vínculo más formal y controlador del accionar de la Iglesia sobre el entorno social.³⁵

Esta administración de la salud recibió el apoyo de la sociedad con la participación de los laicos. Se ha comentado que a través de las limosnas y donaciones particulares, los creyentes se preocuparon por mejorar las condiciones de los enfermos, especialmente de los que se encontraban en estado grave (Pérez-Mallaína 2001: 189-190).³⁶ El contexto del terremoto de 1746 fue muy pertinente en la

³⁵ Hay que considerar que estos movimientos reformistas comenzaron en 1753. Fernando VI mandó que ninguna doctrina se proveyese de cura secular hasta que no vacare el beneficio y que, al generarse este, virreyes y obispos debían dictaminar si el traspaso era favorable. La Real Cédula dispuso que en cada provincia se reservara a cada orden religiosa una o dos parroquias, “de las más pingües” y con convento para acoger a los numerosos religiosos que habían sido separados de sus doctrinas. Con relación a la capacidad de religiosos, este documento dispuso que los conventos con más de ocho frailes y con fundación conforme a las leyes debían ser mantenidos en posesión de las órdenes religiosas con “sus rentas, bienes y alhajas”, pero manteniendo en la parroquia las alhajas y los bienes que le pertenecen. Esto se complementa con la restricción que da el rey sobre la aceptación de novicios (Zahino Peñafort 1996: 114).

³⁶ Al igual que los hospitales, había hospicios y obras pías que se sostenían con donativos y sobre todo con las mandas testamentarias de los seglares o eclesiásticos seculares, quienes actuaban en función de su patrimonio personal. Estos bienes particulares se colocaban a censo al 5%, lo que generaba un porcentaje de renta seguro. Sobre las rentas reales se habían instaurado muchos de estos censos y, por ello, la Caja de Lima pagaba a

aplicación de esta participación laica, al punto que la mayoría de las contribuciones en favor de la consolidación de la beneficencia provino de particulares.

Un antecedente importante sobre esta política de aportes a los damnificados del terremoto se dio durante el gobierno del virrey José Antonio Manso de Velasco. Según Pérez-Mallaína, la decisión durante su gestión de rebajar de 5 a 3% los censos pagados por la Real Hacienda fue la muestra de esta mayor presencia de los fondos privados en las políticas asistencialistas de Lima (2001: 190). Esto produjo descontento en los beneficiarios, pues afirmaban que las consecuencias de esta reducción no se debieron necesariamente al terremoto, sino a una medida política, aprovechada por las circunstancias del sismo. Los acreedores de la Corona observaron esta medida ante el virrey, en especial por los altos montos que las mandas testamentarias aportaban a la beneficencia y obras pías.

El aporte económico de los grupos laicos estaba motivado por un sentido religioso estrechamente ligado al rol de las hermandades y las cofradías. Los laicos tuvieron influencia en los hospitales, si bien el cuidado de los enfermos estaba a cargo de las órdenes religiosas. Para la administración del hospital, las hermandades elegían un mayordomo y tres colaboradores que trabajaban estrechamente con esta persona y recibían el nombre de diputados. La mayordomía recaía en una persona de prestigio social y con muestras claras de ser caritativa y de alta solvencia económica; en el caso de los diputados, las funciones que desempeñaban eran básicamente de cuidado y asistencia a los enfermos. Se abocaban a la vigilancia directa de la sala de enfermos y se turnaban en la dirección del hospital cada semana.

La mayordomía tuvo algunos casos representativos. Por ejemplo, el hospital de naturales de Santa Ana contó con una importante presencia de laicos que le dio un respaldo económico importante desde su fundación en 1550. Esto se corrobora con los aportes de los vecinos ricos de la ciudad, la ayuda de las autoridades locales, el respaldo económico a partir de la recaudación de limosnas y la

hospitales, obras pías y conventos rentas de unos 80.000 pesos, producto de la contraprestación a los préstamos recibidos por el Estado. Para mayor información, véase Pérez-Mallaína 2001: 189-190.

conformación de los hermanos veinticuatro, que gestionaron su proceso de reconstrucción luego del terremoto de 1746. El mayordomo comenta:

[...] Y sin embargo de las angustias y conflictos que causó el temblor, han concurrido los hermanos del hospital con varias limosnas para el fomento de lo referido, y con el fin de que en el modo posible se vayan habilitando algunas salas y viviendas, para el reparo de los enfermos y de sus asistentes, en que igualmente ha asistido el celo, cuidado y vigilancia del virrey actual, visitándolo muchas veces, y dando varias providencias para su más breve reparación, y entre ellas, para que no cese este intento, ha destinado al doctor don Pablo de Olavide y Jáuregui, oidor de esta Real Audiencia, para que con su actividad y respeto se vayan venciendo las dificultades que se ofrecen y se induzca a todos los vecinos de esa ciudad, a los indios, caciques y gobernadores del reino, a que concurran con sus limosnas a la refacción del Hospital, para lo que se han escrito cartas circulares a los curas, y corregidores de sus provincias, estimulándoles a que contribuyan los indios con lo que pudieren al socorro de lo que ha de ser, y ha sido de tanto auxilio para ellos [...].³⁷

El sector civil canalizó la ayuda de las limosnas para aminorar las consecuencias del terremoto. La iniciativa del virrey fue clave y ordenó que la colecta de contribuciones fuera llevada a cabo por los corregidores en sus propias jurisdicciones. Dicha medida se complementó con la comisión que Manso de Velasco derivó a Pablo de Olavide, quien dentro de su cargo de oidor de la Audiencia de Lima tuvo la tarea de ordenar la recolección de limosnas entre los limeños. Olavide se preocupó de generar beneficios para la recuperación del hospital, por lo que convocó a la mano de obra indígena a través de las fajinas y consiguió un ahorro de más de 7000 pesos a raíz: “[...] [de] haber usado el mayordomo del industrioso arbitrio de formar fajinas de indios las tardes de los días de fiesta, convidándolos al trabajo con el incentivo de algunos refrescos que les daba y el buen modo y persuasión que tuvo para atraer más de 600 hombres que concurrían sin otro estipendio que el referido, a quitar los desmontes

³⁷ Información que da el mayordomo y diputados del Real Hospital de Señora de Santa Ana p. 178.

y a sacar los difuntos que perecieron [...]”³⁸.

Esta presencia gravitante del componente laico no tuvo correspondencia con la acción del clero, pues en opinión del virrey, no marcó la diferencia al momento de hallar soluciones para recobrase de los embates del terremoto y solo algunos religiosos mostraron una participación activa. En una carta que le remite al monarca cuenta una vivencia personal: “[...] Hallo sería injuria callar a vuestra Majestad los [méritos] del doctor don Bernardo de Zubieta, cura rector de esta catedral y los del licenciado don Julián García Fernández, que lo es actual de la parroquia de San Marcelo, pues ambos han sido los únicos que con particular celo y esmero infranqueable, despreciando el temor o terror pánico de que los demás se han mostrado poseídos, con abandono de la atención a sus ministerios [...]”³⁹.

Sin embargo, ¿qué factores del contexto eclesiástico motivaron que las autoridades tuvieran una opinión deficiente sobre su gestión? Una respuesta directa se halla en el arribo del arzobispo Pedro Antonio de Barroeta y Ángel, antiguo canónigo de la catedral de Málaga, quien fue asignado a su nueva diócesis el 27 de julio de 1747. Su llegada se retrasó cuatro años debido no solo a lo prolongado del viaje desde España, sino también por su constante participación en las sesiones celebradas en Madrid relacionadas con la reforma de las órdenes religiosas en el Perú (Pérez-Mallaína 1996: 181).

Su llegada a Lima tuvo mucha expectativa, porque se esperaba que solucionara la demanda de mejores servicios de salud y que fuera un sostén espiritual ante la poca atención que las autoridades locales habían tenido con los fieles. Sin embargo, los resultados fueron totalmente contrarios. Barroeta y Ángel se abocó a resaltar su posición política y entabló más de una polémica con las autoridades locales, como el virrey, la Audiencia y el Cabildo Eclesiástico. Según cuenta Vargas Ugarte, el arzobispo tuvo, al parecer, una mala disposición en el trato con el virrey José Manso de Velasco

³⁸ Hay varios ejemplos de laicos que se hicieron cargo de la totalidad de los gastos de la asistencia social. Pablo Pérez-Mallaína hace referencia a la reconstrucción de dos capillas de gran trascendencia popular, una dedicada a Nuestra Señora de Copacabana y otra al Santo Cristo de las Maravilla, las cuales se reconstruyeron con el aporte de un grupo de plateros y artesanos blancos, quienes buscaron hacerse de fondos para acceder como hermanos veinticuatro a las cofradías que tenían como advocación a estas imágenes. Los fondos se recogieron mediante limosnas solicitadas públicamente y la celebración de festividades como corridas de toros (1996: 174).

³⁹ AGI Lima, 416, *El virrey del Perú al rey*. Lima, 28 de febrero de 1747.

(1961, t. IV: 130-131), lo que suscitó polémicas sobre la formalidad en el vestir de una autoridad y malos entendidos en las muestras de respeto en las ceremonias protocolares a las que ambos concurrían.

Estas desavenencias con los poderosos se evidenciaron igualmente en otras instancias, como en el caso de las órdenes regulares. Barroeta observó el elevado número de cátedras en la universidad dictadas por regulares de órdenes religiosas. Este hecho se complicó aún más por problemas internos, pues dentro de ellas los miembros de más valía se disputaban ser catedráticos de prima o de vísperas, sobre todo en las órdenes de San Agustín, la Merced y Santo Domingo. Los dominicos llegaron a acumular hasta 4 y 5 cátedras y acapararon la docencia en la Universidad de San Marcos. De otro lado, Barroeta discutió con las órdenes sobre un tema singular: la utilización de las campanas. Criticó que su elevado número contravenía la correcta disciplina eclesiástica, aparte de que su gran peso resentía las torres y podían matar a los vecinos en los temblores. Argumentaba que aunque la misión de las campanas era llamar al pueblo para los sacrificios, llorar a los difuntos y honrar las fiestas, su tamaño estaba regulado, así como el régimen y tiempo de tocantes. Indicó que los conventos e iglesias de Santo Domingo, San Francisco, La Merced, San Agustín y la Compañía de Jesús sumaban, con las campanas de la catedral, un total de 28, cuando tener una o dos de moderado tamaño era lo adecuado (Martínez Martín 2008: 163).

Barroeta también hizo observaciones sobre la conducta moral de los feligreses y criticó el uso inapropiado de ciertas vestimentas en las mujeres, así como la falta de criterio en las celebraciones religiosas. Estas discrepancias se sumaron a los excesivos gastos que realizó en su estancia en Lima, incluso meses antes de su arribo. Barroeta demandó que le pagasen los gastos de viaje, bulas y pontifical con cargo a las renta de vacantes en Lima. Para ello, se valió de la intercesión del marqués de la Ensenada, quien convenció al rey para que los gastos del arzobispo sean asumidos según su demanda.

Las libertades de Barroeta contradecían el sentido de austeridad y de pobreza que todo religioso debía mostrar. Pablo Pérez-Mallaína ensaya una explicación vinculada con la justificación teológica relacionada con la exposición de riqueza que la Iglesia debía mantener en las celebraciones religiosas. Para el autor, el arzobispo, al intentar deslindar cualquier tipo de vínculo con las tendencias protestantes justificó la exposición de riqueza en el contexto de la inauguración de la catedral a raíz del terremoto de 1746. Sobre este evento, Barroeta mencionó:

[...] Nunca conoció mejor Lima hasta donde llegaba su riqueza. Y siendo la mayor parte de la que allí distinguía la vista, dedicada al culto de sus templos, nunca se hizo más sensible al cuidado, con que la Providencia devengó con una imponderable ventaja, lo que defraudó en otros países a la devoción la impiedad.

Se ha notado muchas veces, con justicia, que el mismo tiempo, que desamparaban la comunión de la verdadera iglesia algunas provincias de Europa; se extendía la fe en un nuevo mundo, y una considerable parte de el antiguo. No se digno de menor reparo, que cuando aquellos apostatas despojaban de sus adornos los templos, en cumplimiento de una virtud, que no conocían, y que ellos querían llamar Pobreza Evangélica: se ilustrasen con las luces católicas unos reynos enriquecidos con los mayores tesoros, y se poblasen de animos dispuestos a retribuir al Autor de la naturaleza, como holocausto, una gran parte de lo que habían recibido como dádiva. [...] (Ruiz Cano y Galiano 1755).

La decisión del prelado de priorizar los intereses materiales por encima de lo asistencial manifiesta que entre las autoridades religiosas hubo posturas que no coincidían] de este sentido renovador que parecía instaurarse con las reformas de los borbones. Si bien se apeló a un reordenamiento del clero local limitando sus privilegios y renovando su moral y costumbres, las facciones de alto rango del clero siguieron manteniendo la pomposidad y sus privilegios y, sobre todo, la tensión y competencia con las autoridades civiles. Este contexto lleva a pensar que las reformas, si bien intentaban cambios, no buscaron alterar el estatus del alto clero. De alguna manera, ello se reafirma con el voto de confianza que las órdenes religiosas mantuvieron en el cuidado de los enfermos y en la continuidad del ejercicio de sus funciones.

El ocaso del sistema asistencial también tuvo que ver con la influencia ideológica del regalismo. Es sabido que el término regalismo hace alusión a la política religiosa de los soberanos europeos de los siglos XVII y XVIII que defiende las regalías o el derecho exclusivo de la Corona sobre la Iglesia y el control de la Iglesia católica para contrarrestar la influencia política, económica y social proveniente de la curia romana y del estamento eclesiástico autónomo.

La defensa de la fe durante la hegemonía hispana tuvo una respuesta directa: la permanente interferencia del Estado en las cuestiones de la Iglesia. En la medida en que aquél se atribuía una función providencial y protectora de lo religioso, los monarcas pretendían de manera recurrente orientar las decisiones de Roma y sujetarlas a su criterio o conveniencia con el objetivo de reservar para sí la máxima autoridad de hecho en la vida de la Iglesia española.⁴⁰

Este afán regulador, como se ha explicado, trató de limitar la acción de las órdenes religiosas. La influencia regalista determinó que debía primar la efectividad por encima de la tradición en la continuación de la administración de los espacios de atención a los feligreses por parte de las órdenes religiosas.

Con estos criterios se reconoció, por ejemplo, la eficiente obra evangelizadora de los jesuitas. Otra mención especial a su modestia y recato lo tienen los padres betlemitas, quienes aun viviendo extramuros de Lima, nunca iban en mula, como sí lo hacían «hasta los mismos padres jesuitas». El amparo y defensa de esta orden, dedicada a la asistencia de los indios en su hospital, desembocaron en la petición del «total establecimiento de esta nueva tan ejemplar y provechosa religión», cuyas

⁴⁰ Particularmente, el regalismo alcanzó su máximo apogeo durante el siglo XVIII. Las relaciones entre la Iglesia y el Estado fueron difíciles a partir de esta centuria. Ello se debió al quiebre de las relaciones con Roma desde 1709, a partir del reconocimiento del archiduque Carlos por parte del papa. Felipe V y los sucesivos borbones, en especial Carlos III, fueron los que instrumentalizaron lo religioso en beneficio exclusivo de los intereses políticos. Ello acentuó la idea de que los dominios civil y religioso deben estar totalmente separados y que no debe existir interferencia entre ellos. Para lograr este objetivo, la monarquía se valió no solo de su legislación, sino también del derecho canónico. Tal es así que argumentaron que la legislación romana prohibía que los presbíteros se consagren a la administración de bienes temporales que los desviarían infaliblemente de su ministerio sagrado (Astorgano Abajo 2005: 5).

elecciones conventuales, por orden de Su Santidad, deberían hacerlas, con voto decisivo, el padre general de la misma y sus cuatro asistentes, evitándose así los gravísimos perjuicios derivados del sistema utilizado en las otras religiones (Moreno Cebrián 2003: 248).

Los betlemitas fueron los que mejor recepción obtuvieron por parte del Estado. Tal es así que en febrero de 1721, en un capítulo general que se celebró en Lima, se propuso como vicario general de esta orden, tanto en Lima como en México, a fray Bartolomé de la Cruz. Ello significó para este religioso una noticia favorable, debido a los hechos poco auspiciosos celebrados en Guatemala en 1703, algunos de los cuales fueron revocados en 1710 por la sagrada congregación (Fernández García 2000: 306). Esta medida denota la inclinación del Estado por mantener en el cargo a los grupos religiosos que fueron útiles a los planes de innovación de las reformas borbónicas, en desmedro de aquellos que no cumplían ni facilitaban este objetivo.

El alto clero dejó en claro este lineamiento al enfatizar la necesidad de renovar el espíritu religioso y reconocer los errores del pasado como el punto de inicio para consolidar los cambios estructurales en la administración y gestión de las obras de servicio y caridad promovidas por el clero. Barroeta, con su acostumbrado estilo confrontacional, buscó instaurar en la feligresía un sentido crítico y de renovación de actitud ante cualquier contingencia que pudiera acarrear en la sociedad. Haciendo un paralelo con los efectos negativos del terremoto de 1746, el arzobispo, informado de las nefastas secuelas de un sismo ocurrido en Madrid, dirigió palabras de prevención y de moderación en su conducta a la población limeña y en especial a sus religiosos. Al respecto, Barroeta comenta:

[...] entonces los templos eran casas de refugio para el Pueblo, y de recreo para Dios; ahora, como se cometen más delitos en los santuarios, como los ministros de Dios, en lugar de aplacar su ira, provocan más su indignación, esta se emplea, empieza, y aun se consume en lo sagrado; amenazas son estas bien sensibles, intimadas del mismo Dios por Exequiel, y ahora las lloramos reducidas a ejecución (...) porque violaste mi Santuario todos los tropiezos,

y abominaciones, que en el cometiste, yo lo quebrantaré, y despedazaré, sin perdonar por vuestros delitos a mi propio Santuario [...].⁴¹

La Iglesia se sumó a los ideales de la reforma al asumir un rol ya no solo benéfico, sino preventivo. Las palabras aleccionadoras de Barroeta reflejan este ideal que prioriza el reordenamiento religioso como condición para lograr estabilidad y mejoras en la sociedad. Esta interacción entre lo religioso y lo secular comprueba que las reformas no buscaron acabar de manera total con este vínculo, sino que trataron de integrar ambos como parte del plan de reordenamiento tanto social como religioso. En el ámbito de la salud y más precisamente en el contexto hospitalario, este objetivo se convirtió en una prioridad. No obstante, ¿de qué manera funcionó y qué factores entraron a tallar en su consolidación o cambio a través del tiempo? Ambas preguntas serán absueltas en el siguiente capítulo.

**

⁴¹ *Carta pastoral que el ilustrísimo S.D.D. Pedro de Barroeta y Angel, arzobispo de los Reyes, dirige al venerable y amado pueblo*, p. 36. (<https://archive.org/stream/cartapastoralque01cath#page/36/mode/2up>) (Consultado: 4-8-2016).

Capítulo 3

Tradicón y modernidad en la consolidación de las reformas borbónicas: los betlemitas y la administración hospitalaria

“El Mundo sería feliz, si los hombres supieran compadecerse mutuamente en las debilidades que son inherentes a su miserable naturaleza. [...] Para la observancia de la Sacro-santa Ley de Jesu-Christo es preciso, que los unos sobrelleven el peso de los otros y que los fuertes sostengan las flaquezas de los enfermos” (Mercurio Peruano, 1791)

Una vez consolidadas las reformas borbónicas, la práctica hospitalaria adoptó una nueva perspectiva respecto a la concepción de las enfermedades y la gestión que la Iglesia y el Estado asumieron para afrontar su aparición. Ambas instancias tuvieron un acercamiento hacia el individuo y el tratamiento de la enfermedad en el que procuraron la rehabilitación inmediata, así como la prevención. El rol que

debía tener el hospital y las condiciones favorables para su implementación llevaron a las órdenes religiosas y al Estado a reorientar su visión sobre el cuidado de los enfermos.

El hospital, en la segunda mitad del siglo XVIII y en el tránsito hacia la República, constituyó uno de los espacios en los que el Estado y la Iglesia buscaron implementar mejoras para la asistencia a los enfermos. Dirigieron su administración no solo como un lugar que garantizara el buen morir y la asistencia espiritual de las personas, sino que renovara al individuo mediante un tratamiento efectivo, alimentación y un sistema preventivo que evitara que volviera a enfermar. Lograr ese cometido, en un entorno que durante casi dos siglos fue asistencial y no necesariamente preventivo, constituyó un reto para el Estado borbónico y luego, con una tendencia más consolidada, para el Estado que se construirá una vez finalizado el periodo virreinal.

En este capítulo, se analiza cómo las reformas borbónicas en el Perú produjeron una serie de cambios administrativos y económicos en los hospitales. Se presentaron dos momentos claves: por un lado, las órdenes religiosas inicialmente se adaptaron al cambio e incorporaron a su labor asistencial elementos de profesionalización y de administración económica. Por otro lado, las imposiciones del Estado en materia de gestión de recursos y la recurrente exigencia de que los hospitales debían ser espacios de recuperación y no de padecimiento, alteraron su funcionamiento al punto que más de un hospital terminó enfrascado en problemas de corrupción que aceleraron, muchas veces, su clausura.

**

Para lograr una mejor comprensión de esta realidad se analizan cuatro hospitales dirigidos por los betlemitas. En primer lugar, se estudia el hospital del Carmen en Lima, que constituyó la sede principal de la orden en la Ciudad de Los Reyes y fue el que se adaptó de manera clara a los cambios exigidos por el Estado, en especial en el tránsito hacia la República. En segundo lugar, se estudian los cambios del hospital de Bellavista, destinado a la población que vive cerca al mar, como un espacio que permite conocer la administración interna concerniente a la alimentación, que capturó,

en esencia, muchas de las propuestas de los Borbones. Los otros dos casos son el hospital del Espíritu Santo, con su propuesta de traslado al pueblo de Bellavista, y el de San Diego y de Nuestra Señora de la Soledad, en la villa de Huaura.

La administración hospitalaria durante la Colonia tuvo una connotación diferente de la concepción actual. Desde la Conquista, el hospital era concebido como un asilo para la protección de los pobres, incluidos enfermos, huérfanos y personas más necesitadas de la población, y no constituía un lugar para la curación o el restablecimiento de la salud. Las órdenes religiosas tuvieron protagonismo en las funciones asistenciales durante esta etapa y su acercamiento hacia los enfermos tenía el propósito de calmar antes que de curar.

La asistencia de la salud promovida por los Habsburgo estuvo marcada por un criterio de clasificación en el cuidado de los enfermos. Se tenía la idea de que la asistencia debía diferenciarse en función de las divisiones entre grupos sociales y castas, por lo que se construyeron espacios hospitalarios para cada uno de ellos. De ahí que la asistencia a los enfermos durante la colonia tuviera visos de caridad y de buena fe cristiana, pero con trato diferente a los enfermos que eran acogidos para aliviar sus males físicos y espirituales.

Con la llegada de los Borbones y sus reformas a nivel estatal y social, los criterios para afrontar los problemas de salud cambiaron de manera total. El concepto de asistencia, antes determinado por la vocación religiosa, la piedad y el deseo de congraciarse con Dios mediante el cuidado de los más necesitados, adquirió una perspectiva diferente. Los Borbones decidieron que los hospitales fueran los encargados de cuidar la salud de los enfermos y que las órdenes religiosas mantuvieran aún su gestión y funcionamiento. Sin embargo, durante ese periodo hubo dos cambios sustanciales. En primer lugar, la presencia mucho más activa de la población laica a través de la figura de los mayordomos, que recibían los beneficios económicos de la administración hospitalaria y el mayor

beneficio de los ramos y rentas que les correspondía por su filiación al Real Patronato con la emisión del noveno y medio, y la mitad de los diezmos concedidos por la Santa Sede, entre otros.⁴²

En segundo lugar, con el aporte de la ciencia médica a partir de las reformas de los Borbones, los hospitales comenzaron a cambiar sus criterios de atención a la población enferma. Para ellos, la política asistencial debía complementarse con los avances que se comenzaban a gestar en el ámbito científico. De esa manera, el hospital se fue convirtiendo en un centro predilecto para la participación de médicos, cirujanos y barchilones que podían aplicar en la práctica los nuevos conocimientos. Con ello, el concepto de asistencia de los primeros siglos fue reemplazado por el restablecimiento de la salud, sanidad y mejora. El hospital dejó de ser el lugar donde se asistía al buen morir para convertirse en el recinto donde se privilegiaba la sanación y, especialmente, la prevención de las enfermedades.

Estos cambios se materializaron cuando los hospitales se percataron de que para mantener el servicio asistencial debían modificar la forma como se administraba la salud y, sobre todo, la concepción en torno al individuo. El rol del Estado, las variables de la productividad y la intención de garantizar un individuo saludable que pueda aportar al fortalecimiento del trabajo y de la nación fueron en esencia los cambios que llevaron a la mejora de las condiciones de la salud.

3.1 Betlemitas en Lima: el nacimiento del hospital de El Carmen

La atención hospitalaria fue una actividad que recayó de manera clara en los religiosos. Entre ellos, los betlemitas destacaron en el cuidado de la salud y en la gestión de los hospitales. En la América colonial, su presencia fue gravitante y tuvieron una presencia notable en Nueva España y Nueva

⁴² La potestad de los mayordomos fue amplia. En el caso de la constitución del hospital de Santa Ana se estipulaba que el mayordomo tenía como potestad que: “[...] Reciba y cobre de su antecesor todos los bienes muebles del dicho hospital por las mismas minutas que le fueran entregadas, haciendo otras de nuevo de lo que se recibiere, quedando firmadas de ambos a dos y del Escribano del Cabildo o del Hospital. Y así mismo se entregará de todos los libros, escrituras, provisiones reales y cuentas que hubiere en el archivo, conforme la minuta de ellos, y libro de la razón y de los libros de su cargo, y descargo para que por ellos se le tomen las cuentas de su año, pidiéndole razón del estado de cada cosa, para que con más claridad y conocimiento pueda exceder y administrara el dicho oficio [...]” (Constitución 1778: 7).

Granada, y también en el reino del Perú, lo que los convierte en un referente importante en el contexto de la salud.

La orden betlemita o Compañía Betlemítica es netamente americana y fue la primera en crearse en el Nuevo Mundo. Fue fundada en 1660 por Pedro de Betancourt en Guatemala. Tras una vida marcada por el servicio a los demás, la caridad y la asistencia a los enfermos, el padre Betancourt falleció en 1667; en su cargo le sucedió Rodrigo Arias de Maldonado, conocido para la posteridad como fray Rodrigo de la Cruz. Dicho religioso, al asumir el cargo, orientó su política a expandir las redes de residencia y apoyo a los enfermos en América. Sus buenos oficios y fama se consolidaron en Nueva España, donde los betlemitas eran considerados como una orden de prestigio.

Estas referencias no pasaron desapercibidas en el Perú. Durante el gobierno del virrey Conde de Lemos, las noticias de los betlemitas suscitaron, entre las autoridades religiosas, el interés de contar con su apoyo.⁴³ Fue el hospital de Santa Ana, destinada al cuidado y atención de los indios, quien solicitó invitar a dichos religiosos a ejercer funciones asistenciales en su hospital, pues tenían deficiencias en la atención y el control de los convalecientes. Fray Rodrigo de la Cruz arribó en 1671, durante el gobierno del virrey conde de Lemos, quien de manera particular se preocupó por las duras condiciones de trabajo de la población indígena en la explotación minera.⁴⁴ El propio conde de Lemos reconoció esta situación y la poca atención que la Iglesia había tenido en enmendar y corregir los

⁴³ La llegada de la orden fue auspiciosa debido a que, tras la figura del Rodrigo de la Cruz, hubo buenas referencias y conexiones con el Perú por las redes de contacto con los Betancourt y los Arias Maldonado. Ricardo Palma, por ejemplo, cuenta que dos hermanos del fundador de la orden estuvieron de paso en el virreinato del Perú; uno en Quito, don Fernando, quien acudió a esta ciudad a investir el cargo de canónigo; y don Jacinto, quien llegó a asumir un cargo importante en las Cajas Reales (Palma 1964: 438). Por su parte, Manuel de Mendiburu cuenta sobre Rodrigo de la Cruz lo siguiente: “[...] Mientras pasaba caso tan extraño y ruidos, el rey Carlos II concedía a D. Rodrigo Arias Maldonado una pensión de doce mil ducados. Este honor y renta los renunció en que ya vestido de una tosca jerga estaba pasando por ásperas pruebas y duras penitencias” (Mendiburu 1931- t. IV: 292).

⁴⁴ Con relación a la fundación, José María Córdova y Urrutia dice: “En 1671 llegaron de Guatemala estos religiosos que se mandaron traer para la asistencia de los indios convalecientes que se curaban en el hospital de nuestra señora del Carmen que para este objetivo había fundado el licenciado Antonio de Ávila. Habiendo sido elevada a comunidad por el Papa Inocencio XI, en 1687 comenzaron a fabricar el convento de los Barbones” (1839: 67).

excesos.⁴⁵ Lewis Hanke, en un documento referido a la administración del virrey, refiere un testimonio sobre este asunto, en el que el virrey expresa:

[...] Quiero me déis satisfacción a mí y al mundo de tratar esos vasallos míos. Y de no hacerlo, con que en respuesta de esta carta vea yo ejecutado ejemplares castigos, en lo que hubieren excedido, en esta parte me daré por bien servido. Aseguráis que aunque no lo remediéis, lo tengo que remediar y mandaros hacer cargo de las más leves omisiones en esto por ser contra de Dios y contra mí, y en total destrucción de esos reinos cuyos naturales estimo y quiero sean tratados como lo merecen vasallos que tanto sirven a la monarquía, y tanto la han engrandecido e ilustrado [...] (Hanke 1979: 284).

La preocupación del virrey por la población indígena coincidió con la llegada de los betlemitas al Perú. El espacio para canalizar la ayuda a los indios convalecientes se dio a través del hospital Nuestra Señora del Carmen, que ya tenía algunos años prestando servicios. Este lugar fue fundado por el indio Juan Cordero en 1648. Según al benefactor, se sabe que:

“[poseía] ejemplar vida, y acreditada virtud. Tenía poco caudal, pero un ánimo muy generoso con el cual se dedicó a la fundación de un hospital para la convalecencia de los indios que salían del general de Santa Ana, al que nombró con el título de Nuestra Señora del Carmen, por la singular devoción que profesaba a esta advocación” (Diario de Lima 18 de abril de 1791).

La aparición de un benefactor indígena es coherente con el discurso de reivindicación del virrey. Proveer un espacio de convalecencia adecuado que complementara el aporte del Hospital de Santa Ana era lo ideal. Después del fallecimiento de Cordero fue un religioso, Antonio de Ávila, quien prosiguió con su administración. Para darle mayor prestancia al espacio, el religioso anexó su

⁴⁵ El virrey conde de Lemos mantuvo una política de constante preocupación del estado de los indios, tanto de su salud como de su condición como individuos. Jorge Basadre cuenta que visitaba a los indios y que la esposa del virrey lo hacía a las “amparadas de la Purísima”. Es resaltante también su interés por dar protección a los indios de las misiones. En el caso de los residentes en Marañón y Mojos, se preocupó de que los indios alcanzaran la conversión y para ello buscó consolidar su presencia enviando ayuda en “dinero, ornamentos, materiales, estímulos y consejos” (Basadre 1948: 285).

hacienda al hospital, lo que significó “el aumento de aquel edificio, que para conseguirlo, no perdonaba las propias fatigas, haciendo de sobrestante, y atendiendo con imponderable vigilancia a las más pequeñas menudencias de la fábrica” (Diario de Lima 1791:3).

La instalación de los betlemitas generó expectativa, sobre todo, en el marco jurídico, por la clara evidencia de las funciones que iban a realizar. En lo administrativo, las autoridades coloniales y las de España dejaron sentadas las funciones y obligaciones que dicha orden tenía que cumplir en el cuidado de los enfermos. Las actividades relacionadas con su gestión, años después de su fundación, destacan la iniciativa de autonomía en sus funciones. Al inicio del siglo XVIII, el propio monarca se interesó en que el hospital tuviera autonomía en sus funciones relacionadas con la administración de bienes y lo concerniente al cuidado de los enfermos. Esta decisión apelaría al ideal de profesionalización y de vínculo con la Iglesia que propició el Estado colonial con el aval del monarca.

Sobre este punto, una cédula de Felipe V detalla las prerrogativas de los betlemitas:

[...] declaro a consulta del Consejo de 4 de febrero de este año que la religión betlemítica no estaba obligada, ni se la podía obligar a los pactos expresados, y en su consecuencia mandó, y encargó a los virreyes, audiencias, prelados, y demás jueces no pusiesen, ni consistiesen ponerla embarazo, ni impedimento alguno en la libre, franca, y general adquisición de bienes, rentas, y limosnas que necesitase para la manutención de sus religiosos, asistencias, gastos, y curación de los enfermos que acudían a las casas de hospitalidad que estaban a su cargo, y de las que en adelante se fundaren con su real licencia, y aprobación, sin que les obligasen a pagar las cargas, pensiones o feudos que antes tenía ni se les tomase cuenta de los bienes, rentas, y limosnas que adquiriesen y gozasen, sin restringirles el dominio, posesión y administración de ellos, ni otra cosa alguna que se opusiese a la inmunidad eclesiástica que como tal religión debe gozar (Real Cédula – 30 de mayo de 1721 - tomo 34, fol.279, no 244).

La trascendencia de la orden durante el siglo XVII y parte del XVIII fue notoria en relación con los objetivos que las autoridades coloniales tuvieron acerca de la mejora de la atención hospitalaria y mayor alcance geográfico dentro del virreinato. Y es que, durante esa centuria, los betlemitas tuvieron una favorable recepción como orden al permitir que se instalen varios hospitales bajo su

administración. Tal es así que entre 1676 a 1687 administraron varios hospitales. La fundación de estos se especifica en el siguiente cuadro:

Año de fundación	Ciudad	Lugar
1677	Cajamarca	Iglesia de Nuestra Señora de la Piedad
1676	Chachapoyas	¿?
Fines del siglo XVII	Cuzco	Hospital Nuestra Señora de la Almudena
1680	Huanta	Hospital de San Sebastián
¿?	Huaraz	¿?
1672	Lima	Hospital del Carmen / Incurables de Santo Toribio
1678	Piura	Hospital de Santa Ana
¿?	Potosí	¿?
1680	Trujillo	Hospital de San Sebastián

Fuente: Mendiburu, Manuel de. *Diccionario histórico biográfico*, t. II, 465-468 (versión digital).

La consolidación de los hospitales en el siglo XVII es un indicador de su importancia en el contexto colonial. La presencia de los betlemitas en espacios en los que se requería la asistencia a la población indígena hizo que forjaran una red estable de asistencia y contactos con benefactores para continuar las funciones del hospital. Tras la fundación, buscaron que las autoridades brindaran su apoyo económico para el mantenimiento de las instalaciones y los gastos. En el hospital del Carmen, el número de indios atendidos ascendió a 4000 en el primer año; dicha demanda no podía cubrirse con la renta de 400 pesos que se le asignó en su fundación, por lo que se recurrió a la ayuda de otras instancias que poseían mayores influencias políticas y económicas. Se recurrió a la ayuda del virrey conde de Lemos y de su esposa, quienes contribuyeron con donativos al hospital durante trece días. El número de colaboradores fue acrecentándose, pero una persona en particular, Juan Solano de Herrera, dio un donativo de 40,000 pesos para este hospital de convalecientes, lo cual quedó

establecido como una suma importante que lo hizo merecedor de ser considerado benefactor del hospital aun después de su muerte (*Diario de Lima* 23 de abril de 1791).⁴⁶

Los betlemitas, además, tuvieron una inclinación por ser muy visibles en la sociedad colonial, valiéndose de iniciativas adicionales a la asistencia médica. Por ejemplo, para diversificar sus servicios brindaron educación a los indios a quienes atendían. Se esmeraron en difundir entre ellos la enseñanza de las primeras letras y la doctrina de la Iglesia, y los nacimientos o belenes, los cuales eran de gran atractivo para los indígenas y la población local debido a que las estatuas eran articulables, lo que causaba notoria admiración.

Los betlemitas fueron muy populares y su apariencia los ayudaba a ser identificados, debido a que la mayoría usaba la barba larga. Esta particularidad los hizo merecedores del calificativo de “barbones”, incluso el fundo que arrendaron de los mercedarios entre los actuales distritos de Miraflores y Surquillo fue conocido como Barboncito, lo que expresa coloquialmente una identificación de la población con la orden.

En comparación con otras órdenes religiosas, los betlemitas no tuvieron una presencia mayoritaria. El número de religiosos que se encontraban en Lima era más bien representativo y distaba mucho de las órdenes regulares. El aprecio que el *Mercurio* da a la actividad hospitalaria se nota al mencionar que: “El Mundo sería feliz, si los hombres supieran compadecerse mutuamente en las debilidades que son inherentes a su miserable naturaleza. Esta máxima que en lo moral es interesante, en la Religión

⁴⁶ Es interesante resaltar que la buena intención de las autoridades motivó que otras personas brindaran su apoyo económico al hospital, como lo destaca una noticia del *Diario de Lima*: “[...] A esta crecida limosna, se fueron después agregando otras no tan cuantiosas. Un sujeto cuyo nombre no se sabe, y solo hay memoria de su Devoción, dejó señalados a la Convalecencia 10 pesos de los cuales se cobraron de pronto los ocho, y se impusieron a renta. El Santo Tribunal de la Inquisición dio 5 pesos para que con sus réditos se pagase un capellán que dijese misa todos los días en la Enfermería a los Convalecientes, y tuviese obligación de confesarlos. La piadosa y católica majestad del señor don Carlos II señalando 3000 pesos de renta anual, y de la Caja de Censos y Comunidades de Indios, se les contribuyen mil pesos en cada año. Y aunque con tan poderosos auxilios quedó por entonces famosamente establecida esta convalecencia, habiéndose con el discurso del tiempo disminuido unas y perdido enteramente otras de estas rentas, hace hoy, sino el todo, el principal fondo de su subsistencia [...]” (23 de abril de 1791).

es un precepto obligatorio. Para la observancia de la Sacro-santa Ley de Jesu-Christo es preciso, que los unos sobrelleven el peso de los otros y que los fuertes sostengan las flaquezas de los enfermos” (*Mercurio Peruano* 1791).

Las noticias del Mercurio reflejan valoración hacia la Iglesia y sus fieles. En Lima, la comunidad religiosa en 1790 ascendió 1,647 profesos, de los cuales 991 eran varones y 656, mujeres. El 9.2% de la población perteneció a la comunidad religiosa y desarrollaron sus funciones en iglesias, conventos, hospicios, hospitales, universidad y escuelas. En esos espacios religiosos vivieron 3,184 personas: 1,594 varones y 1,620 mujeres. El *Mercurio Peruano* registra a los betlemitas en el siguiente cuadro, publicado en 1791, lo que resalta la consideración que esta orden poseía en la sociedad.

Plan demostrativo de la población comprendida en el recinto de la ciudad de Lima

	Distribución de la población religiosa									
	casas	hospicios	profesos	novicios	legos	donados	niños	criados	esclavos	total
Monjes										
Benitos		1	2			1		6	3	13
Gerónimos		1	1					2		4
Clérigos regulares										
Agonizantes	2		36		22	13		1	16	90
Congregaciones										
San Felipe Neri	1		27		14	7		22	24	95
Mendicantes										
Dominicos	4		161	7	36	29	1	11	27	276
Franciscanos	2		139	6	36	47		1	13	244
Descalzos	1		20	3	10	16		1	10	61
Misioneros de Ocopa		1	2		1				1	5

Agustinos	3		135	8	25	9		24	26	230
Mercedarios	3		146	12	27	6	5	10	22	231
Mínimos	1		32	5	5	9		13		65
San Juan de Dios	1		7	6	30	3		3	4	54
Betlemitas	2		3	5	22	12			3	47
Totales	20	3	711	52	228	152	6	94	149	1415

Fuente: *Mercurio Peruano*. “Reflexiones históricas y políticas sobre el estado de la población de esta Capital”.

3 de febrero de 1791.

Si bien los betlemitas no superaban en número total a los miembros de otras órdenes, su presencia en el espacio religioso dejó en claro ideas interesantes. Por ejemplo, el número de hermanos legos era similar al de otras órdenes, lo que da a entender que sus funciones asistenciales ocupaban la mayor parte de su cotidianidad. Hay pocos profesos y novicios, pero eso no desdice la importancia de sus funciones, ya que es altamente probable que ellos ayudaron a dirigir a los legos o donados en la asistencia de los enfermos. En contraste con los juandedianos, otra orden encargada del cuidado de la salud, se aprecia un menor número de miembros, lo que reflejaría una mayor institucionalidad y alcance asistencial que los betlemitas.

Sin embargo, este aspecto queda minimizado con el mayor número de religiosos regulares, lo que constituyó una preocupación para el Estado español en esta etapa. Esto se debió a los bienes que la Iglesia y sus órdenes habían logrado amasar y que, bajo este lineamiento de modernización y un mayor interés por hacer que las instituciones civiles y religiosas contribuyan a la mejora de la producción del individuo, debían ser reguladas en la medida que los beneficios que se derivan de su usufructo, estén destinados a la mejora de la sociedad y sus condiciones.

Según Fernando Armas, en la segunda mitad del siglo XVIII y camino hacia el proceso de independencia, la Iglesia y las órdenes religiosas fueron víctimas de una política restrictiva en cuanto al acceso a bienes. La causa se debió al protagonismo que el proceso de secularización comenzó a ejercer en el plano económico y a las consecuencias de las guerras y crisis económica en el contexto

emancipador. Hubo un déficit en el acceso a los créditos, ocasión que fue aprovechada por los prestamistas laicos para subir los intereses, avizorando un nuevo escenario económico con matices seculares y mercantilistas (2008: 166).

Estas dificultades administrativas se relacionaron también con una decadencia en la moralidad de los religiosos. Según Vargas Ugarte, las órdenes religiosas en el siglo XVIII fueron cuestionadas ya que sufrieron un relajamiento en sus costumbres, las cuales se plasmaron en conductas impropias a la moral y valores propios del cristianismo. En el caso de los betlemitas, si bien tuvieron reconocimiento como orden religiosa por su vocación de servicio, fueron también cuestionados por sus propias autoridades debido al mal manejo en la administración hospitalaria. Fray Vicente José de San Miguel, vice prefecto general de la orden indicó los defectos que afean a sus hermanos betlemitas, como la detracción y murmuración, aun delante de los seglares, conjuntamente con otras prácticas como la embriaguez y el despotismo en los religiosos de alto cargo. Estas observaciones fueron la base para sustentar en 1798 una visita general a los conventos que buscará controlar estos desfases en las conductas y, sobre todo, ejercer un mayor control de los ingresos y la administración interna. (Vargas Ugarte 1961, t. II, pp. 289-290). Pero, al margen de la influencia indirecta que ejerció esta crisis de valores ¿qué había detrás de esa decisión que afectaba directamente a las órdenes y a su capacidad adquisitiva? Evidentemente, existió un trasfondo ideológico que se basó en la idea de la poca productividad en el contexto de crisis fiscal tras las guerras emancipadoras, así como en la posibilidad de buscar recursos para financiar el rol de beneficencia que quería asumir el Estado. De otro lado, es relevante aclarar que el Estado colonial previó medidas de gestión al saber que las órdenes estaban acumulando bienes, ingresos e inversiones para tener mayor adaptabilidad administrativa durante la República.

Es durante esta etapa que las órdenes religiosas asumieron de manera particular la administración de sus bienes, pues el Estado buscó limitar la cantidad de bienes que tenían y el acceso a ellos. Hacia 1820, la mayoría de monasterios y órdenes religiosas tenían parte de su capital en inversiones, lo que

les permitía atender sus gastos. Los betlemitas tuvieron en los años previos al inicio de la República la administración de pocos bienes que les permitió estabilidad económica en esa etapa. No obstante, a lo largo de los años, fueron perdiendo de manera progresiva su capacidad adquisitiva debido a la falta de pago de los réditos de los capitales colocados en el Tribunal del Consulado, Caja de Indios, estanco y en el cabildo de la ciudad.

Con respecto al pago no efectivo del Tribunal del Consulado, los créditos quedaron insolutos, por disposición gubernativa, para evitar la quiebra de los comerciantes limeños agremiados en esa institución; en el caso de la Caja de Censos, estancos y de los fondos del cabildo, se dio por insoluto el pago de los créditos para no afectar el desenvolvimiento de dos instituciones estatales –el Gobierno central y el municipio– muy deterioradas en sus bienes por la guerra y por los compromisos de deudas comerciales y otras obligaciones. Además, para los betlemitas, la morosidad de diversos censatarios también fue un factor recurrente, que implicó un gran quebranto al hospital y convento, aunque no impidió que en el largo plazo sus necesidades fueran cubiertas.

Las dificultades en la administración se hicieron más evidentes conforme la República se fue asentando. Las escrituras sobre la dirección de la orden betlemítica notan que se dieron ciertos desfases en los ingresos y la administración del hospital, debido a la acumulación de deudas en algunas propiedades que la orden rentaba. Según los informes de la orden, hubo una reducción de los ingresos entre 1838 y 1839, que si bien corresponde solo a dos años, se observa que los problemas que tenía la orden para ajustarse a las nuevas normas económicas del Estado eran notorios. Por ejemplo, el informe apunta que en 1838 el hospital obtuvo un monto de 1838.6 pesos a favor de su gestión, mientras que en el año siguiente solo alcanzó 1353.6 ½ pesos. ¿Cómo entender este declive en los ingresos del hospital y en su gestión? Ello se produjo debido a los retrasos en los pagos que el hospital recibía por las fincas que rentaba, así como por las deudas que ellos mismos acumularon durante el proceso independentista. A ello se añade las circunstancias propias de la sociedad y de las

funciones del hospital en un escenario que afectaba la salud de la población. Una explicación de esta dificultad se da en el siguiente informe:

Según la clase de entradas que tiene este hospital en estos últimos tiempos, y aprecia de su mucha variación y contrarias contradicciones, viendo de la mayor economía posible en la administración de sus ventas, aunque en un año se empeña, luego que se logran algunos pagos retardados, o lo que es más cuando hay curaciones de particulares, se procura satisfacer religiosamente a los alrededores, y por este medio se consigue su desempeño lo que hoy mismo sucediera, a no ser la plaga de viruelas que desde fines de agosto de 1838 se dejó sentir en esta capital que permaneció con más o menos fuerza el año siguiente de 1839 [...] (AAL Hospitales Legajo II, expediente 45, f. 25).

La estrategia para efectuar el pago de las deudas se dio en el contexto de la epidemia de viruela. Dada esa situación, es entendible que el hospital asumiera compromisos económicos para combatir ese problema, no obstante, hubo también factores internos que aceleraron el proceso de inestabilidad en la gestión del hospital. Recurrir a actividades particulares, como las curaciones o esperar la cancelación de deudas pasadas reflejan la necesidad de alcanzar estabilidad en la gestión, así como una estrategia para paliar las dificultades que se fueron presentando en el hospital. Una de las evidencias que permiten entender los cambios entre 1838 y 1839 tiene que ver con dificultades que empezaron a surgir diez años atrás.

3.2 Un hospital para la población que vive cerca al mar: el hospital de Bellavista

El hospital de Bellavista fue autorizado y edificado por la Real Junta de Aplicaciones de las Temporalidades, de los jesuitas, por acuerdo del 7 de julio de 1770. Su administración se encargó a los padres betlemitas, quienes dispusieron brindar atención y cuidados a los marineros de las naves de guerra y a las tropas del presidio del Callao. Este hospital contó con las rentas provenientes de

bienes de los jesuitas en el puerto del Callao; no obstante el respaldo, pasó a lo largo de su historia por periodos de intermitencia en sus funciones.

Es interesante ver cómo un hospital se funda a partir del ideal de convertirse en un espacio de cura y atención a los enfermos, y se erige en función de las circunstancias políticas y urbanísticas. El caso del hospital del pueblo de San Simón y Judas de Bellavista reunió ambos factores en una circunstancia específica: las consecuencias del sismo y tsunami de 1746. Las palabras del conde de Superunda refrendan este requerimiento al mencionar, en 1751, que:

Como el comercio de mar no podía interrumpirse y las embarcaciones que estaban fuera del puerto iban llegando, dispusieron los interesados algunas barracas en la playa del Callao antiguo en que recoger sus frutos, pero este auxilio no podía subsistir, y volver a edificar bodegas en la inmediación del mar era exponerlas a otro infausto suceso... esta reflexión me obligó a pensar seriamente en el remedio de igual contingencia, buscando sitio en que se formase una nueva población, resguardada en lo posible de otro insulto, y después de examen bien prolijo, destiné el sitio donde se fundó el pueblo de Bellavista (Moreno Cebrián 1983: 123-124).

Parte de los deseos de Superunda era dar a este hospital un marco oficial para el desempeño de sus funciones. Por ello, sumado a la conformación del hospital se garantizó que se construyeran los elementos que dicho espacio poseía antes del tsunami. Superunda en sus declaraciones afirma que la población merece recuperar su tranquilidad pese a las difíciles circunstancias. La educación, los servicios religiosos y el retorno de las actividades familiares, con el deseo de garantizar la tranquilidad de las mujeres y los niños, vislumbran el deseo del virrey de volver a un orden o, en todo caso, de reordenar la realidad. Esta preocupación por el individuo se da a través de sus declaraciones:

Careciendo la juventud de maestros que la instruyan y los enfermos de hospitales donde curarse, muchos por su ocupación en la marina vivirán más cómodamente en Bellavista, pero por la crianza de sus hijos y resistencia de sus mujeres se mantienen en Lima, con el trabajo de ir y venir a sus negocios. Este práctico conocimiento me ha obligado a representar a Su Majestad que será convenientísimo que la religión de la Compañía de Jesús funde allí un colegio, porque con el auxilio de estos padres conseguirán lo que echan de menos en

lo espiritual... igualmente puse en su consideración sería muy útil conceder licencia a unas de las dos religiones, sea San Juan de Dios o Betlemitas, para la fundación de un hospital. Pero aunque no dudo lo resuelva así su real piedad, no será fácil ver concluida tan útil y necesaria obra por falta de medios en una y otra religión, si no es que se alienten los vecinos a contribuir con limosnas suficientes (Moreno Cebrián 1983: 269).

La asistencia hospitalaria va de la mano con la administración, lo que se relaciona directamente con el apoyo económico del Estado para mantener y mejorar las instalaciones y, sobre todo, para garantizar su vigencia. Pero, ¿fue este un caso aislado o se vivieron experiencias similares que ameritaron seguir estrategias parecidas en la gestión hospitalaria? Un caso que acredita la similitud en la administración de un hospital para la población cercana al mar, se dio en la ciudad de Cartagena de Indias. De acuerdo a lo estudiado por Adriana María Alzate, el hospital de San Juan de Dios de dicha ciudad reflejó muchos de las situaciones y problemas que sostuvo el hospital de Bellavista, en especial, en las estrategias de administración frente a problemas sociales o de salubridad. Al ser Cartagena una ciudad militar tuvo que hacerse de la gestión del Estado colonial para asegurar la salud de la población y, a su vez, del apoyo en la mejora de las estructuras a partir de la construcción de fortificaciones para contrarrestar la bravura del mar y los potenciales ataques. Asegurar estos riesgos fue tarea de las autoridades, quienes transfirieron montos de las diversas cajas reales, y de préstamos de la población local, para la mejora de la defensa de la ciudad y de los servicios hospitalarios (2016: 211-213).

En el caso del hospital de Bellavista, su manutención se sostenía con los donativos de los benefactores y personas caritativas. Alfredo Moreno Cebrián incide en la relevancia de las limosnas procedentes de los particulares, ya que dichos aportes provenían del espíritu caritativo de los americanos y de la intención de la Iglesia por garantizar la administración y distribución de esos recursos en los espacios que tenían a su cargo. Durante la gestión de Superunda se ha registrado que el apoyo a los hospitales fue importante. Moreno Cebrián menciona que en la distribución anual de los beneficios económicos,

la Iglesia priorizaba diversas instancias y trataba de cubrir, en mayor o menor medida, a personas y espacios en los que ejercía su influencia. Destaca el hecho de que, por regla general, se destinaba de las limosnas recibidas por la Iglesia:

un cuarto para el obispo, otro para el deán, cabildo y demás ministros de la catedral, y los otros dos cuartos, divididos en nueve partes, dos novenos para el Rey en señal de superioridad y derecho de patronato, y de las siete restantes, cuatro si se trata de la iglesia catedral para sus rectores, y los tres restantes divididos en dos, uno aplicable a la fábrica de cualquier lugar, a sus obra de restauración o construcción, y otro a los hospitales (Moreno Cebrián 1983: 36).

Esta distribución de las limosnas entre las instancias religiosas es el reflejo del sentido de administración que la Iglesia buscaba impartir entre las autoridades y sus dependencias. Los hospitales fueron partícipes de este sentir colaborativo, ya que buena parte de su financiamiento provino de benefactores y personas de buena voluntad que demostraban su caridad en actividades relacionadas con el cuidado de los enfermos. Un caso referente es el que recoge Viejo Sarabia en México, en 1579, del hospital del Amor de Dios. Las rentas que percibió este lugar ofrecen detalles de los gastos de su presupuesto total y su distribución en el personal. Para esta institución, se destinaban los recursos y gastos siguientes:

Del noveno y medio que tienen los diezmos, 1382 pesos y un tomín de oro en minas.

De las capellanías que están fundadas en dicho hospital, en cada un año por la cera, vino y ornamentos, 128 pesos del dicho oro, y de censos que tiene el dicho hospital en cada año rentan 105 pesos del dicho oro, que todo junto es 2644 pesos, dos tomines del dicho oro de minas, y de los cuales se pagan los salarios siguientes: el mayordomo 110 pesos de minas, al médico 30 pesos, al cirujano 70 pesos, al barbero 14 pesos y 4 tomines, al boticario por las medicinas que da al dicho hospital 250 pesos [...] y antes más que menos que suman estos salarios 474 pesos de minas, y lo demás se gasta con la sustentación de los pobres del dicho hospital, y esto es lo más que ha llegado a tener en un año después que lo tengo a cargo, porque a los primeros años tenía la mitad menos de la renta [...] (1973).

Los gastos de este hospital ofrecen un panorama de los requerimientos relacionados con el componente humano, su actividad profesional y, sobre todo, la mejora e implementación de los servicios médicos y la alimentación. Se priorizó que la administración mantuviera un sentido profesional que ayudara a aliviar los malestares de los enfermos y que garantizara la recuperación a largo plazo. En este hospital de Nueva España, los médicos, barberos e incluso el boticario tenían un salario fijo, lo cual refleja la disposición del Estado de que el hospital tuviera personal profesional para completar el tratamiento asistencial y caritativo dado por el clero.

Como se mencionó líneas arriba, los betlemitas se encargaron de respaldar la misión espiritual de cuidar a los enfermos y dicha labor se sostuvo con los donativos y la administración de rentas. A los betlemitas se les asignó la hacienda de Bocanegra para que pudieran obtener beneficios económicos y contribuir a la mejora del hospital. En el expediente en el que se dan las razones para la edificación del hospital, se sustentan varios criterios relacionados con las ventajas económicas. Así, se sostiene que, según el virrey Amat, para el beneficio del hospital es vital que:

[...] Por tanto, deseando llevar adelante estas pequeñas ideas e informado de la estrechez que ha representado a que se había reducido el reverendo padre superior de esta religión betlemita sin poder dar éxito al referido hospital de Bellavista destinado a ambas reales tropas de mar y tierra y a todo el vecindario que comprende aquel distrito por falta de sufragios. Mando y ordeno, que en el dicho reverendo padre superior con los decretos y demás religiosos que sus constituciones previenen pasen a recibirse de la referida hacienda de Bocanegra poniendo en ella administradores de la satisfacción y confianza que con precedente prolijo inventario de sus oficinas, esclavos, otras y demás cosas que conciernen den a su tiempo exacta cuenta de todo en el entretanto que se proporciona la más ventajosa venta de ella, para que de sus frutos y preventas sustente y mantenga dicho hospital que en toda aquella asistencia que su majestad desea conforme a sus reales intenciones manifestadas en distintas cédulas y leyes recopiladas en la colección general que se ha servido dirigir para el gobierno de estos reinos [...] (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso-f. 1v).

Esta hacienda fue de propiedad de la Compañía de Jesús. Sin embargo, en el proceso de reformas borbónicas y de la sanción que la Corona había aplicado sobre esta orden, esta hacienda pasó a

depender de la Real Junta de Temporalidades, la cual decidió traspasar su administración a los betlemitas.

La administración de la hacienda Bocanegra hubiera sido una oportunidad ideal para el resurgimiento del hospital, pues significaba para los betlemitas asegurarse una fuente de productos agrícolas para la alimentación de los enfermos del hospital. No obstante, los religiosos tuvieron que enfrentar condiciones inadecuadas. El informe que se le deriva al conde de Superunda de parte del administrador Simón de Suarván anota que esta hacienda:

[...] en lo primero, no tiene de presente caña alguna en estado de poderse moler ni la podrá tener hasta de aquí a un año a lo menos, respecto a no tener edad suficiente para su maduración o estado de cortarse. Y cuando se empiece dicho corte y antes del tiempo que se estuviese sin cortar es indispensable el continuar las siembras de dicha caña para que en lo sucesivo se puedan moler cuatro o cinco pailas diarias sin que [ilegible] el tener que pagar de nuevo por parte de dichas siembra [...] (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso-23 de diciembre de 1773. f. 6v).

Junto a esa falta de productividad, la hacienda Bocanegra tenía un deficiente sistema de higiene. Ese mismo informe reportó que las aguas que se utilizaban para la irrigación estaban contaminadas y que esa condición no permitía que los cultivos fueran productivos. Las condiciones de insalubridad fueron herencia de una mala gestión que no llegó a resolverse cuando se tomó posesión de la hacienda. El padre general de la orden fray Juan del Carmen no llevó una adecuada planificación de los cambios que se necesitaban en la hacienda una vez que los betlemitas se hicieron cargo. En el informe de Simón de Survarán se detalla también que el clérigo no se preocupó de reparar las malas condiciones de la hacienda y que motivado por la cesión de la hacienda se abocó a una serie de actividades simultáneas, como la contratación de médicos, el suministro de servicios y la habitual asistencia espiritual y caritativa. Esto ocasionó un deficiente desempeño y una mala percepción de sus funciones, pues proyectó una imagen de inexperiencia en la administración hospitalaria (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso-17 de febrero de 1774, ff. 7r-8v).

La insalubridad en el tratamiento del agua fue un criterio importante a considerar en la organización de espacios orientados a velar por la salud pública. El hospital, al hacer uso de la hacienda y de los recursos que esta le brindaba, como el agua, tuvo una particular preocupación por garantizar la pureza de dicho recurso. Si bien el informe de Survarán resalta las dificultades económicas en el cultivo de la caña, es interesante resalta que, tras esta preocupación, hay también un trasfondo relacionado a la salud. Jorge Lossio, al referirse a la relevancia que posee el servicio de agua en el siglo XVIII, destaca que su impureza fuera una de las causas para el incremento de enfermedades como la disentería, la tifoidea y las enfermedades diarreicas agudas, por lo que debía considerársele un recurso importante sobre todo en la salvaguarda de la salud de la población (2003: 29-30).

Esta situación, que es identificada por Juan del Carmen para los betlemitas, fue tomada con una diligencia más profesional en caso de otros hospitales. Henry Barrera, en su estudio sobre la asistencia hospitalaria en el hospital de San Andrés destacó que el uso diligente del agua, fue una preocupación que debía ser tomada en cuenta, desde la perspectiva de la salubridad. La ubicación del pozo de agua muy cerca al osario generó en las autoridades la adopción de medidas de prevención para evitar la contaminación de las aguas. Su iniciativa se orientó no solo a consultar peritos que comprobaran esta dificultad sino que debían tener un sustento científico. Se recurrió para ello a la consulta de dos científicos reconocidos, como el protomédico general del reino Juan José de Aguirre y el reconocido cosmógrafo Cosme Bueno, quienes determinaron que la modificación de la profundidad del pozo quede en veintidós varas, para que así los huesos del osario estén a una distancia considerable del agua y evitar así algún tipo de daño (2015: 173-176).⁴⁷

⁴⁷ La valoración del agua que realiza Cosme Bueno contiene elementos de valoración interesantes, que destacan su naturaleza y composición así como sus beneficios en la salud. En su *Disertación físico-experimental sobre la naturaleza del agua*, la valoración es notoria al destacar que “(...) por la suavidad y blandura que goza, se ha hecho tan recomendable por la experiencia por la curación de muchas dolencias. Además de corregir las tensiones morbosas de los sólidos con su lenidad, disuelve los humores crasos; absorbe las partículas acreas que por sí solas dañarían sumamente, y las conduce fuera del cuerpo por conductos determinados (...) Por esto se debe entender del agua con todas las dotes que se requieren, para que sea buena, como luego diremos, o mezclada con cosas que sean contrarias a la causa de la enfermedad, o a lo menos no lo aumenten (...)”. (Referencia tomada desde Odriozola 1872: 300).

La gestión de propiedades para contribuir al financiamiento de la administración hospitalaria fue una de las preocupaciones del Estado colonial en su política de reformas. Las medidas que se tomaron luego la expulsión de los jesuitas incluyeron la reasignación de sus propiedades en beneficio de otras instituciones y servicios.⁴⁸ La decisión del Estado colonial de cederle la administración de la hacienda a los betlemitas pareció acertada; sin embargo, no se reparó en que las condiciones de dicha propiedad no eran adecuadas y a ello se sumó un administrador novato, por lo que esa decisión terminó desfavoreciendo al hospital de Bellavista y a los betlemitas.

Ante esa situación, los betlemitas decidieron retornar a la Junta de Temporalidades la administración de dicha hacienda. Fue el nuevo general de la orden, Francisco Javier de Santa Teresa, quien informó que la hacienda no estuvo en las mejores condiciones al recibirla y que la administración betlemita no tuvo decisiones acertadas para remontar esa condición. En la información sobre la entrega de la hacienda se indica que el valor del terreno se complementó con los cultivos, las instalaciones construidas e incluso la mano de obra esclava. En la declaración sobre los bienes que se devuelven a la Junta de Temporalidades se detalla lo siguiente:

[...] Procédase a su recibo pasándose por el presente escribano copia auténtica del dicho auto, al enunciado reverendísimo padre general para que enterado de su contexto asigne día en que se verifique la entrega del fundo sujeta materia y nombre por parte de su religión de perito que hallare por conveniente: quien acompañándose de Pedro de Villanueva que nombró por parte de esta dirección y aceptando y jurando en la forma ordinaria procedan a tasar los cañaverales, ganados, aperos, herramientas, negros, alfalfares, olivar y árboles frutales, de modo que en lo respectivo [...] (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso- 06 de abril de 1774, f. 11r).

⁴⁸ La expulsión de los jesuitas tuvo un impacto directo en sus propiedades y en su administración. Sus posesiones materiales o temporalidades fueron revertidas a la corona y su administración pasó a manos del conde de Aranda y el Consejo de Castilla. Con la extinción de la Sociedad de Jesús en 1733, el papa Clemente XIV afirmó su jurisdicción sobre las temporalidades en España y en las Indias; estableció un comité especial presidido por el cardenal Antonio Casali; realizó un inventario de los bienes jesuitas; y creó comisiones especiales para decidir cómo administrar o vender los bienes de los jesuitas, tales como las misiones de la orden, colegios, seminarios y escuelas.

¿Cuáles fueron las acciones que tomó el Estado ante esta situación? Hay que partir del hecho de que las autoridades locales no se desentendieron del hospital. Devolver la hacienda fue tomado como un gesto de reclamo justo, por lo que se pensó darles el colegio de los jesuitas que se ubicaba también en el pueblo de Bellavista para que el hospital ampliara sus instalaciones y atendiera a la tropa de mar y tierra y a la tripulación de las embarcaciones de guerra. Los betlemitas dieron su aprobación ya que las instalaciones, previo ajustes y arreglos, se prestaban para la mejora del hospital.

En el expediente que detalla las instalaciones del colegio de los jesuitas, los padres betlemitas proyectaron cómo se podría aprovechar mejor el espacio para la atención de los enfermos. En relación con la distribución de este espacio propusieron:

[...] que en las habitaciones de dicho colegio, como en una bodega que le es anexa, se puede suplantar el hospital provisional que se tiene en casa ajena en el mismo pueblo, con el corto de enlucir, blanquear y hacen poner unas que otras ventanas en la mencionada bodega en la cual colocando los adobes las covachas que permite por una y otra banda su existencia se conseguirá una dilatada pieza donde se pueden acomodar muchos enfermos que dando espacio para poner crucias en el medio, caso de necesidad con ámbito suficiente para la servidumbre y manejo de las camas, y por lo consiguiente engrutando los entre lienzos de paredes en las habitaciones interiores se pueden habilitar otras dos, o más salas habiendo de cada dos piezas una, sin perjuicio de las oficinas, de cocina, despensa y viviendas para el número de religiosos asistentes [...] (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso- 06 de abril de 1774, f. 14r-14v).

Asumir la administración del colegio fue un acierto, ya que las instalaciones tenían abastecimiento de agua; por ello, no tendrían que rentar otro espacio adicional y, sobre todo, mediante esta traslación “se pueden escusar muchos sirvientes de los dependientes de dicho hospital” (Archivo General de la Nación. Superior Gobierno-Contencioso- 06 de abril de 1774, f. 14r-14v), lo que permitiría considerar solo a los necesarios para la asistencia a los enfermos.⁴⁹

⁴⁹ La traslación de los bienes del colegio al hospital se realizó de manera completa y significó para el hospital un gran apoyo a su gestión. La Junta de Temporalidades, por mandato de Cristóbal Francisco Rodríguez,

El hospital buscó innovar la atención a los enfermos y las autoridades se preocuparon por modernizarlo, ampliarlo y ofrecer nuevos servicios. Hubo interés por renovar la fábrica del hospital para adecuarlos en habitaciones, cocina y ambientes amplios para recibir a los enfermos y hasta hubo la intención de instalar un jardín botánico, como se detalla en el siguiente expediente:

“Además de todo lo que corresponde a todo de la fábrica material, cuya extensión es la de longitud y latitud igual de una cuadra todo su recinto. Se propuso y ordenó en el mismo Auto, que para la limpieza y aseo de dicho hospital, como para jardín botánico, lavandería, campo santo y lugar de silos en que arrojar las aguas inmundas [...]” (AHRA A-I-28-Colección Maldonado. 30 de marzo de 1781. *Tasación hecha por los alarifes Marcos Lucio, Maestro Mayor de fábricas de arquitectura de Lima y Callao, y Ventura Coco, Maestro de obras, de la construcción del Hospital General del pueblo de San Simón de Bellavista.* f. 70).

La fundación de un jardín botánico siguió una tradición religiosa que se nutrió también del conocimiento que la población local tenía sobre las plantas y sus propiedades curativas, lo que se ha abordado en el capítulo primero. En el caso del hospital de Bellavista, decidirse por un jardín botánico mostró un balance entre tradición y modernidad, aún vigente en los espacios hospitalarios.⁵⁰

La administración del hospital dispuso la construcción de un sector adicional para las mujeres del pueblo de Paysamage. Lo interesante de esta medida es que se realizó con todos los espacios e implementos para que funcione de manera correcta y casi independiente.

dispuso que el hospital se haga con los bienes que fueron del Colegio. En la traslación se detallan ornamentos para la celebración de la misa, objetos de plata que adornaban la iglesia, vestiduras e implementos suntuosos del glorioso patriarca San José (AHRA A-I-45-Colección Maldonado. 16 de agosto de 1775. Expediente sobre la instalación del Hospital General del pueblo de San Simón de Bellavista, a cargo de los Padres Betlemitas, ff.8r-12v).

⁵⁰ En México, el jardín botánico fue una prioridad dentro de los espacios de la salud por la valoración que los religiosos tenían de las hierbas locales y la confianza que las autoridades locales tenían sobre sus propiedades en el tratamiento de las enfermedades. Se sabe que los jardines botánicos sirvieron de centros de experimentación, de conservación y de observación, con base en la selección, uso y estudio de las propiedades de las plantas. Esta valoración es muy probable que se haya querido replicar aquí en los hospitales, aunque con un matiz más profesional, acorde con los estudios científicos primigenios sobre las plantas y su aplicación en la medicina. En relación con la importancia de los jardines botánicos para el uso medicinal en México, véase Lascurain, Maite. *Los jardines botánicos de México: una perspectiva histórica desde el siglo XV*, p. 73.

En la construcción, se tuvo en cuenta al público del pueblo de Bellavista, la cual tiene una cercanía territorial al mar. En el expediente se detalla que el hospital también atenderá a la oficialía menor de mar y a las personas procedentes de esas actividades. Esta medida se consolidó con el acondicionamiento del jardín botánico, un espacio para las operaciones de los enfermos, el cuidado del ornato, la fluidez en el servicio del agua e incluso las condiciones para mejorar el entierro de los fallecidos. Se implementaron habitaciones para las enfermeras, camas para albergar 50 pacientes, así como espacios para la cocina y la lavandería, e incluso “una hermosa pieza en las que se ministran la unción de los enfermos a los que ella se necesitasen” (AHRA A-I-28-Colección Maldonado. 30 de marzo de 1781, ff. 71-71v).

Uno de los servicios que se heredó de la administración del colegio de los jesuitas fue el dictado de clases. Parte de la nueva gestión del hospital no quería suprimir esta actividad y la mantuvo a la par que las actividades hospitalarias, como se indica a continuación:

[...] Por lo consiguiente habiendo obligación de la enseñanza de leer y escribir a la juventud, se ha construido con independencia, pero dentro del sitio de las cuatro cuadras, una famosa pieza para escuela con muy competente habitación, y pequeña cocina por el preceptor, con toda comodidad de literas, asientos y tinteros para los escribientes capaz de admitir sin incomodidad más de 200 niños. Se ha logrado el asiento en la elección de un preceptor de celo y pericia por cuyo medio se están viendo los provechosos efectos con que sale instruida la juventud [...] (AHRA A-I-28-Colección Maldonado. 30 de marzo de 1781, f. 72).

Otro aspecto primordial es el de la gestión alimentaria. La comida forma parte de la recuperación de los enfermos y el hospital le presta especial atención. La alimentación en el hospital, según lo explica Adriana Alzate, no es una actividad sustentada al azar o por el simple afán de cubrir un requisito, sino que basa en un criterio práctico e importante a la vez: proporcionar a los enfermos la alimentación adecuada para su recuperación. Saber qué se come y en qué momento era una preocupación de los religiosos y encargados del cuidado de los enfermos, quienes debían gestionar el presupuesto, el tipo

de alimentos que se debía adquirir y los platillos que se debía preparar en función de las necesidades de los pacientes.

De acuerdo con lo especificado en el expediente, se puede tener varias raciones de alimentos día a día, dependiendo de los requerimientos para la rehabilitación de los pacientes. El expediente muestra que se necesitaba insumos como carne, pan, gallina, pollos, tocino, chocolate, fideos, quinua, arroz, entre otros. Entre las especias para su preparación están el vino carlon, pichones y azúcar, y utensilios como velas y leña (AHRA A-I-35-Colección Maldonado. 30 de marzo de 1781 Especies de alimentos y requerimientos en el hospital de Bellavista).

A continuación se detalla en qué consistió una ración diaria en el hospital:

- [...]
- Ración de una libra de carnero cocido con 7 piezas de tocino (2)
- Ración de una libra de carnero guisado con fideos y manteca (4)
- Ración de asado con fideos y manteca (4)
- Media gallina para puño con garbanzos y otra ración con tocinos (5)
- Un cuarto de gallina, ½ libra de carnero guisado con manteca (3)
- 8 piezas de fideos con manteca (1)
- 8 piezas de quinua con manteca (1)
- Ración de sopas y pan (1)
- Ración de dietas con 12 piezas de carnero, ½ de gallina y tocino (4)
- Ración de garbanzos con piezas de biscocho (4).

Los elementos que componen esta dieta tienen una connotación cultural, ya que estuvieron limitados a lo que se podía comer en el hospital y a las condiciones económicas, religiosas y de sanidad de los alimentos (Alzate 2012: 20). La quinua resalta en esta lista, la que es utilizada con la manteca tal vez para la elaboración de pan o como parte de un guiso.

Con estos criterios se construyó la dieta alimenticia en el hospital, basada en una lógica o “gramática culinaria”, que obedece al reconocimiento de los procedimientos de cocción, de especias y de comensalidad (Alzate 2012: 21). En el caso de los dos primeros criterios se puede conocer que los alimentos y los insumos utilizados en la dieta del mes fueron heterogéneos y destinados a la pronta

recuperación de los enfermos. Entre los gastos del mes de octubre de 1788 se encuentra la siguiente distribución:

Gastos de insumos para la alimentación del Hospital de Bellavista (octubre, 1788)	
Insumo	Costo (en pesos)
Pan	99.6
Carnes	347.3
Pollos	11.7
Pares de pichones	22.1
Carneros (65)	130
Huevos (896)	28
Tablas de biscochos (80)	8
Afrecho (4)	2.4
Fideos	34
Palos de velas	52.4
Botijas de vino	28
Leña (200)	212.4
Platos (2 docenas)	9
Tazas (9 docenas)	3.6
Leche	0.4
Chocolate (25)	6.2
Cera (4)	10
Tinta	0.3
Harina de ostias	0.5

Total	1005.9
--------------	---------------

Fuente: AHRA A-I-38-Colección Maldonado. Razón y cuenta de los gastos efectuados en el Hospital de Bellavista en el mes de octubre de 1788.

Los insumos e ingredientes detallados en esta lista nos dan un panorama informativo heterogéneo que obedece al contexto tanto geográfico y cultural. Ferreiro y Díaz, en relación al análisis de la dieta hospitalaria de un hospicio en Vitoria (Álava), durante el tránsito del siglo XVIII y XIX, da cuenta de que las dietas no son todas iguales, sino que se basan en la naturaleza de los individuos y en sus necesidades. (Ferreiro y Díaz 2008: 61-647). De acuerdo a estas premisas, podemos entender que las raciones dadas en el hospital del Espíritu Santo se prepararon tomando en consideración la procedencia de los pacientes, la mayoría de ellos marinos o personas dedicadas a labores marítimas. De ahí que la inclusión de proteínas y carbohidratos haya sido vital en el consumo de los pacientes, en base al consumo de pan y bizcocho y las variedades de carne. En la lista no se ha especificado la sal, las frutas ni las verduras, tal vez porque en los hospitales los religiosos contaban con un huerto del cual recogían vegetales, frutas y productos que no ocasionaban un gasto. En el caso de los garbanzos y de la quinua, su inclusión se pudo dar a través del huerto hospitalario o por donativos (Vincent 1975: 445).

Una mención especial en esta lista se refiere al uso de la carne. Se nota que el gasto en este insumo fue grande, pero poco claro en relación con el tipo que se utilizó. El tipo de carne puede distinguir al tipo de paciente que lo consume. Por tener un proceso de digestión más sencillo, las aves pudieron ser utilizadas para los pacientes que estaban en proceso de recuperarse, mientras que los que se hallaban más restablecidos podrían consumir cordero.⁵¹

⁵¹ El dar un grado significativo a los alimentos constituye una de las estipulaciones de la política de fundación del hospital. En el caso de un hospital en España, se cuenta dentro de sus políticas: “[...] que sepa cada día el número de enfermos que ay en la casa y lo que cada uno a de comer y cenar, si ave o dieta y qué dieta, o carnero, y avise a la enfermera y a la cocinera cuántas libras de carnero se an de cocer o asar y cuántas aves y lo que será menester de lechugas o acelgas o cuantos huevos o camuesas, según el número de los que cada una cosa destas o otras an menester porque no se gaste sino lo necesario: y sepa que la ordinaria comida para un enfermo

Resalta la utilización de un componente rico en azúcares: el chocolate. En América, era una bebida que se consumía para mitigar las noches frías, aunque era considerado también como un remedio casero. Por ejemplo, en Nueva Granada, los curanderos lo usaban de forma recurrente para aliviar el dolor de cabeza, de muelas o en caso de constipación e incluso ante enfermedades extrañas; también se colocaba sobre el enfermo bolas de cacao sobre la frente, amarradas con un pañuelo, para que se reconfortara con su poder (Díaz y Mantilla 2002: 73).

En el espacio hospitalario es importante el sentido casi ritual que posee la comensalidad, pues ayuda a consolidar la fraternidad religiosa e instaura lazos afectivos entre los religiosos y el personal con los pacientes, gracias al acto de asistencia y al acto mismo de comer (Godoy y Alves 2007: 1197-1215).

Lo que pareció ser una gestión auspiciosa terminó por perder fortaleza debido a los pocos aciertos que los religiosos tuvieron con la administración. La asignación de la hacienda Bocanegra fue la oportunidad de sostener económicamente al hospital pero la inexperiencia en su manejo y los problemas propios de la propiedad, tal como se explicó, desestimaron su validez. Ante ello decidieron realizar un formal desistimiento del uso de la dirección del hospital y su retorno a la Junta de Temporalidades en 1774 (Rabí 2003: 39). En relación al estado de renuncia de los betlemitas sobre el hospital, el testimonio es claro directo al informar que:

(...) el superior de dicha religión dará muy puntual y exacta cuenta de los frutos y producciones de la Hacienda, caso que no la haya dado, en inteligencia de que éstas no se han convertido en el sustento y curación de los enfermos de dicho hospital ni en la fábrica material de las salas y oficinas del Colegio o Casa aplicada para este fin; no habiendo estos religiosos desempeñado la confianza que de ellos se hizo, ni cumplido con el fin de su instituto, lo que da mérito para no continuarlos en este encargo (...) (Archivo General de la Nación , *Superior Gobierno*, legajo 15, cuaderno 394, 1775).

a de ser tercia parte de una libra de carnero y un ave entre cuatro o cinco [...]” Para mayor detalle, véase Santo Tomás, Magdalena. *La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media*, p. 447.

Los episodios posteriores a la entrega de la hacienda por los betlemitas llevaron a un cambio en la atención de los enfermos así como la administración. Fue desde 1776 que el hospital dirigió su atención a las personas procedentes del presidio del Callao, así como a las tripulaciones y oficiales de los navíos de guerra. Esta nueva etapa vino acompañado de la formulación de nuevas ordenanzas y de la incorporación de un cuerpo de profesionales. Estos nuevos bríos marcados por la profesionalización fueron nuevamente extinguiéndose con un cierre temporal por la mala administración de rentas entre 1790 y 1795, y que tuvo su etapa final en el contexto de la independencia. Durante esta etapa fue integrado al hospital del Espíritu Santo de los marinos de Lima, dándose de esa manera inicio a una atención más delimitada, tanto para militares, marino como población en general (Rabí 2003: 42-43).

3.3 El traslado del hospital del Espíritu Santo a Bellavista

Las autoridades que ejercían su oficio en lugares cercanos al mar siempre tuvieron un muy particular interés por salvaguardar la salud de las personas dedicadas al oficio marítimo. Desde 1575 el hospital del Espíritu Santo de los Marítimos se erigió como el primer régimen autónomo de seguridad social que se estableció en tierras americanas, ya que fue financiado por los patrones y los trabajadores de los navíos, sin iniciativa o participación del Estado.

El lugar de funcionamiento del hospital se dio en la esquina de la calle del Espíritu Santo, y La Manita en lo que es hoy en día intersección de la cuadra no. 5 del jirón Callao, y la cuadra no. 1 de la avenida Tacna. Fue la gestión del fundador del hospital, el comerciante griego Miguel de Acosta, quien motivó la compra de estos solares, así como la aprobación de sus constituciones por parte del arzobispo de Lima, Jerónimo de Loayza, y del virrey Francisco de Toledo, dando inicio a la asistencia de los marinos y de sus familiares (Rabí 2003: 44).

Desde su fundación, este hospital se distinguió por ser no solo un espacio limitado a las funciones asistenciales; por el contrario, siempre buscó destacarse en funciones de mayor pericia en la atención a los enfermos, como la cirugía. En sus instalaciones se estableció una Escuela Práctica de Medicina y de Cirugía, a la que asistían en calidad de asistentes o enfermeros ayudantes a realizar sus prácticas durante tres años, bajo la dirección del médico y cirujano titular, quien era a su vez catedrático de la Real Universidad de San Marcos. Esta iniciativa fue un complemento ideal a las funciones asistenciales. El hospital del Espíritu Santo buscó brindar apoyo posterior a la atención de los enfermos, la cual se tradujo en pensiones de incapacidad, sobrevivencia, apoyo a los familiares, hijos y deudos. Este apoyo fue financiado por los patronos y trabajadores, y estuvieron exentos de ayuda del Superior Gobierno o del Cabildo, como sí ocurría en la mayoría de hospitales en la ciudad de Lima (Rabí 2003: 44). Esta eficiencia en la atención hospitalaria tuvo su punto de quiebre con el terremoto de 1746. Dicho evento replanteó no solo la necesidad de seguir contando con el hospital para la atención de la población cercana al mar, sino que pensó en la posibilidad de trasladar su ubicación a un punto más cercano.

En el traslado del hospital del Espíritu Santo al pueblo de Bellavista, el primer episodio de relevancia ocurrió durante el gobierno del virrey conde de Superunda cuando por un decreto del 17 de marzo de 1750 dicho virrey dio su venia para el traslado del hospital a Bellavista. Para llevar a cabo ello Bellavista, fue prioritario incorporar un aparato administrativo para que la mudanza fuera efectiva y que las instalaciones fueran lo más seguras posible. En *Autos sobre el traslado del Hospital del Espíritu Santo al Pueblo de Bellavista (año 1750)* el virrey sostiene que el traslado se debía a las consecuencias en la infraestructura y administración que dejó el terremoto de 1746. Ello demostró que el traslado del hospital y movilizar todos los recursos desde la Ciudad de los Reyes hasta el puerto del Callao tenía varios reparos, e inclusive, intereses:

Respecto de que el Hospital del Espíritu Santo destinado a la curación de la gente de mar se halla sumamente maltratado, amenazando ruina las salas en que se hallan las camas de los

enfermos, con grave peligro de ser sepultados en ellas con cualquier terremoto que se repita, lo que les ocasiona notable congoja, como lo tienen expresado con ocasión de haber entrado en él pocos días ha: el Tribunal del Consulado procurará que se le dé providencia a que tanto incita la piedad cristiana y haciéndose cargo de que en la distancia de que se halla el Puerto del Callao, es muy gravoso a los enfermos el camino que emprenden, agravándoseles por esta razón muchas veces los accidentes, además de que muchos, por falta de comodidad con que transportarse, se quedan en el Puerto, careciendo de todo auxilio de que estoy seguramente informado; tratará de ver si puede facilitar el que se traslade este hospital al pueblo de Bellavista, donde desde luego será más útil y cómodo a los individuos que se han de curar en él; no dudando de su celo procurará con las mayores venas dedicarse a que tenga efecto tan justa recomendación, y de lo que practicare me dará noticia. Lima, diez y siete de marzo de mil setecientos cincuenta. EL CONDE. Diego de Hesles, Secretario (Rabí 1995: 126).

La justificación de Superunda enfatizó la idea de que el traslado del hospital al pueblo de Bellavista era lo ideal para atender a los enfermos, pues las consecuencias del sismo hacían inviable la continuación de la atención de la población de dicho lugar. Esta decisión, que parecería libre de cualquier cuestionamiento, no fue recibida de manera aprobatoria por los dueños de navíos, capitanes, maestros y pilotos. Los resultados dieron solo cinco votos a favor del traslado con la condición de que se contase con fondos para la implementación de una fábrica y con la garantía de la venta del local del hospital de Lima. Los votos en contra sumaron veinte; los que se opusieron alegaron la carencia de recursos en la hermandad para edificar un nuevo hospital, ya que los ingresos que se percibían solo cubrían el mantenimiento, la curación de los enfermos y la paga del personal mínimo. A ello se sumaba la idea de que no dispondrían de un médico y un cirujano con facilidad, ya que por los bajos salarios que ofrecían ninguno quería dejar su cargo.

Las razones expuestas por estas personas vinculadas con las actividades del mar parecieron ser suficientes para dejar sin propósito el traslado. Sin embargo, la opinión del capellán del hospital, el licenciado Cayetano Salvatierra, dio un giro inesperado al asunto al no considerar acertadas las declaraciones de estas autoridades y comunicarse con el virrey para darle sus precisiones sobre las

ventajas de edificar un hospital en Bellavista. Su principal argumento fue que un hospital de náuticos no podía estar ubicado a tres leguas del puerto; ello lo recalcó debido a varias muertes ocurridas durante el traslado de los enfermos del Callao a Lima (AHRA A-I-44-Colección Maldonado. *Expediente sobre la traslación del Hospital del Espíritu Santo al pueblo de Bellavista*. ff. 14r-19v).

Los argumentos del mayordomo mostraban un claro conocimiento de las gestiones que debían realizarse en el hospital, por ejemplo, que los tratamientos y curaciones efectuados en el hospital debían ser reembolsados por la hermandad; además, conocía la renta anual del hospital, la cual era de 20,000 pesos provenientes del 10% que pagaban los oficiales y cuatro pesos mensuales que eran abonados por los marineros, durante el tiempo de navegación hasta quince días máximo después de haber llegado al puerto del Callao. Este protagonismo de los marineros en las decisiones del presupuesto del hospital da a entender un afán de controlar las actividades e inclusive las políticas de atención. Ello es señalado por el mayordomo, quien cuenta que parte de la oposición de los navieros al traslado del hospital es que en él hacen curar a las personas allegadas a sus actividades, como jornaleros, esclavos y marineros, entre otros, en desmedro de la atención a personas externas a este gremio. Otro punto que señala son los desórdenes en las cobranzas de las rentas, las cuales no quedan muy claras cuando se trataba de distinguir las recaudaciones que el gremio de navieros daba al hospital. Acusar directamente al gremio de estas irregularidades fue una imputación ofensiva que podría superarse si se nombraba autoridades desvinculadas de este contexto. El mayordomo sugirió que su cargo debía ser asumido por alguien externo que garantizara la recolección de las contribuciones reales que debían pagarse.

Las objeciones del capellán despertaron reacciones entre los navieros y las personas que aseguraban la manutención del hospital. Tras sus alegatos, terminaron por aceptar que el hospital necesitaba un cambio que debía priorizar su traslado hacia el pueblo de Bellavista, como se manifiesta en el siguiente testimonio:

“[...] Respecto que cuanto más próximo estuviese el hospital a los enfermos tanto mayor beneficios recibirían pues con solo venir del Callao a Lima se ponían de peor condición y que por este mismo fundamento los médicos visitaban a los enfermos, y no los enfermos a los médicos, porque la medicina ha de buscar a los enfermos, y nos los enfermos a la medicina [...]” (AHRA A-I-45-Colección Maldonado. *Testimonio de la reunión de dueños de navíos, maestros y pilotos efectuada en el Tribunal del Consulado para tratar acerca del traslado del Hospital del Espíritu Santo, de Lima al pueblo de Bellavista*, f. 4r).

Esta mudanza, sin embargo, debía tener algunas condiciones que garantizaran un tránsito óptimo de los servicios y de la atención de los enfermos, pues no se debía perder el nivel de atención alcanzado; si se decidía por el traslado, se recomendaba que los estándares de salud debían ser iguales a los de Lima.

En cuanto al cuidado de los enfermos, se remarcó que fuera la orden de los betlemitas la que se encargara de ello, aunque hubo posiciones dentro de la hermandad que conciliaban la presencia de los betlemitas pero sin que la hermandad dejara de administrar directamente el hospital. Este caso refleja el interés de la hermandad por seguir manteniendo el control de la directiva del hospital.

En el caso del hospital del Espíritu Santo, la hermandad de navieros decidió enfrentar al capellán y desestimar, ante el virrey, sus declaraciones. Ellos replicaron que don Cayetano no ejerció adecuadamente sus funciones, tanto en el apoyo médico como espiritual, y que muchas de las acciones no se reflejaron en la atención médica. Además, aseveraron que cometió excesos al cobrar derechos injustos e indebidos a los enfermos, lo que originó un intercambio de opiniones discordantes entre el capellán y la hermandad. La hermandad de navieros alegó que el capellán no podía interferir en sus actos de competencia ni en las Constituciones y su pretendido derecho de cofrade sin voz ni voto no justificaba la intromisión, por no cumplir las obligaciones de su cargo (AHRA A-I-45-Colección Maldonado. *Testimonio de la reunión de dueños de navíos ff. 5v-7r*). La decisión que se tomó, con base en los alegatos de don Cayetano Salvatierra, fue designar como nuevo capellán a Manuel de los Olivos, quien no pudo asumir su cargo debido a su delicado estado de salud. Esta situación fue

aprovechada por don Cayetano para seguir con sus acusaciones sobre la ineficacia de la hermandad para gestionar adecuadamente el hospital, lo que motivó que el cabildo ordenara su remoción. Los alegatos sobre la ineficacia de la gestión del capellán se mostraron de la siguiente manera:

[...] Pero el referido mayordomo, diputados y hermanos bien enterados de que no satisfacían a sus conciencias manteniendo un capellán tan omiso y que grababa a los que morían, a sus mujeres o herederos, a que se contribuyesen, lo que no era justo manteniendo insepultos los cuerpos hasta que le pagaran lo que pedía, determinaron su expulsión en virtud de las facultades que para ello tiene la hermandad así por sus constituciones como por indultos apostólicos para poder remover con causa o sin ella a los capellanes del hospital siempre que se parezca conveniente [...] (AHRA A-I-45-Colección Maldonado. *Expediente sobre el traslado del Hospital del Espíritu Santo al pueblo de Bellavista*, f. 2r).

Esta serie de reclamos no generaron el efecto esperado debido a que el hospital, pese a las observaciones del capellán y de la hermandad, no se trasladó en ese momento. Es probable que las presiones políticas de la hermandad hayan determinado que se mantuviera en su misma locación; otra razón serían las difíciles condiciones que implicaría el traslado, en especial por la política de rentas y las obligaciones económicas que no estaban del todo claras. Según Miguel Rabí, del valor del tonelaje de mercadería transportado, el gremio de navieros destinaba el cinco por ciento al mantenimiento del hospital y la iglesia, y acumulaba una renta anual entre cinco y seis mil pesos. Este monto, al parecer, podría estar en peligro si se desplegaba una logística mayor para efectuar el traslado, por lo que no se apresuraron en tomar dicha decisión. Además, se deben considerar los gastos que ellos tenían en los hospitales de otros lugares como Acapulco, Panamá, Guayaquil y Arica, entre otros puertos (Rabí 1995: 131).

¿Cómo proyectar una imagen asistencial y garantizar, a su vez, que el traslado no se llevara a cabo? Parte de esa decisión tenía que ver con la apertura de los servicios hospitalarios más allá de los navieros y la gente que trabajaba en las faenas marítimas, por lo que se decidió atender a particulares,

jornaleros, criados y a cualquier individuo que necesitara atención. Ello representó un incremento tanto en dinero como en especies, lo que le permitió al hospital ampliara su nivel de atención.

Con esas medidas de corte social, el hospital proyectó también una imagen de modernidad, en la que la labor asistencial se vio potenciada con la actividad científica y académica. Desde el siglo XVII, este hospital se interesó en incentivar las prácticas académicas y en sus claustros abrió una academia náutica para la formación de pilotos y una cátedra de matemáticas (Eguiguren 1949: 975-977). A esta iniciativa, años después, se sumó la fundación de la Escuela Práctica de Medicina hacia 1780, la cual fue la precursora del Colegio de Medicina de San Fernando (Valdizán 1958: 11-12).

La estabilidad del hospital, sin embargo, no siempre fue favorable y en 1790, se suprimieron sus actividades. Esta decisión, cuyas causas exactas no se detallan, determinó que los enfermos se trasladaran a una sala del Real Felipe del Callao. Cinco años después, el hospital volvió a abrirse con mejores criterios en los servicios y cuidados hacia los pacientes. Según Rabí (1995), se dispuso que el nuevo espacio contara con 100 camas y que además de los habituales mayordomos y colaboradores del hospital, fuera la Comandancia de Marina la encargada de proveer al hospital de recursos materiales y de profesionales, como médicos, cirujanos y boticarios, entre otros. La reapertura significó un alivio para la población del Callao, que durante casi cinco años tuvo que atenderse en los hospitales de Santa Ana y de San Andrés de Lima (Arrigo 1921: 75-76).

Este escenario, que parecía proyectar eficacia y modernidad, sufrió cambios durante el periodo previo a la independencia a raíz de la visita de Manuel Pardo Rivadeneyra, oidor de la Audiencia de Lima en 1815. La supervisión al hospital ocurrió cuando los servicios estaban limitados por el bloqueo marítimo y comercial de los puertos, y la reducción y hundimiento de naves de captura, lo que disminuyó los ingresos del hospital y luego produjo su clausura.

Los esfuerzos de la mayordomía para dar una solución a esta situación no fueron suficientes. Personajes como Juan de Ugarriza, uno de los últimos colaboradores del hospital, no lograron

mantener vigente su funcionamiento pese a que brindó mucho de su dinero para ese objetivo. Esta situación generó que la hermandad decidiera trasladar el hospital a Bellavista, lo cual se llevó a cabo el 22 de julio de 1822, no sin antes entregar parte de sus bienes a los hospitales de Santa Ana y de San Andrés.

El hospital, una vez transferido al Callao, según Miguel Rabí (1995), estuvo bajo la administración de la orden de San Juan de Dios. Años después, cuando dicha orden fue suprimida, pasó a la dirección de la Sociedad de Beneficencia del Callao hasta 1966, año en que cerró definitivamente, debido a la aparición de edificaciones nuevas en el Callao.

3.4 Betlemitas en provincia: el hospital de Huaura

Fundar un hospital, como se ha visto en los casos anteriores, requiere prestar atención al espacio geográfico en el que se erige, así como a la población objetivo. Criterios como la condición étnica, tipos de enfermedades frecuentes, así como la capacidad de los encargados para llevar a cabo el cuidado de los enfermos son siempre una prioridad al iniciar la tarea asistencial.

El deseo de fundar un hospital en la villa de Huaura nació de la iniciativa de un miembro del Cabildo de Lima, Diego de Losa Bravo, quien en su testamento dejó como voluntad que su casa se convirtiera en el espacio para fundar el hospital que esta villa necesitaba. De Losa Bravo, natural de Alcalá de los Gazules, Cádiz, arribó a la Ciudad de Los Reyes en 1614 al asumir el cargo de alcalde mayor de la villa de Potosí. Contrajo matrimonio en la villa de Huaura con Ana Carreño, hija de un hombre notable de Huaura y falleció sin dejar descendencia. Los trámites de su fundación se recogen del expediente del archivo arzobispal de este lugar. En sus páginas se registra que el albacea Joan Baptista Guerrero solicitó al arzobispo de Lima, Pedro de Villagómez, la autorización para crear un hospital,

cuyo nombre de fundación fue del Señor San Diego y Nuestra Señora de la Soledad de la Villa de Huaura. La solicitud fue presentada el 11 de agosto de 1678 y la respuesta de parte del arzobispo se dio el 19 de agosto de 1678. En la escritura de aprobación, se estipula la voluntad de Diego de Losa Bravo en los siguientes términos:

[...] el dicho hospital y rentas del aya de quedar y quede en todo sujeto a la juridizion y fuero eclesiástico así por lo tocante a la visita que se hubiere de hacer por el yllustrisimo señor arçobispo y visitadores que nombrare y hordinario deste Arçobispado como en todo lo demás que tocare al buen gobierno y conservazion de dicho hospital y sus rentas y concedió licencia para que se pueda fabricar capilla y altar y acabada se pueda celebrar el santo sacrificio de la misa y colocar el sanctissimo sacramento de la eucharistia para que le recivan los enfermos, y cometio al cura y vicario de la dicha villa la bendiçion de dicha capilla conforme al seremonial romano y el capellán o capellanes que asistieren en dicho hospital an de presentarse primero ante el hordinario para que tengan aprovazion y licencia = Y asimismo la dio para que los cuerpos de los difuntos que muriezen se puedan enterrar en dicha capilla y hospital, con que se entienda sin perjuiçio de los derechos parrochiales en quanto a los que murieren en dicho hospital que tubieren vienes o hacienda con que poder pagar el entierro y funeral [...] (Archivo Arzobispal de Huacho. Curatos. Legajo 2, expediente no. 10, f. 2).⁵²

Las estipulaciones tras la fundación del hospital ratificaron que ese espacio debía contar con una capilla y un altar y, sobre todo, que pudieran ser enterradas aquellas personas que allí fallecieran. La razón de ello podría ser que no querían quitarle la jurisdicción de esta labor a la parroquia y a la iglesia local. En relación con el alcance de su atención, tuvo una amplitud en su ayuda, ya que no solo atendió a los indígenas, sino a los forasteros y personas que estaban de paso por la villa. Baptista Guerrero señala que fue voluntad de Losa Bravo:

[...] proveyó auto que es el que presento con la solemnidad necesaria en que concede licencia para hacer la fundación del dicho [h]ospital con calidad de ocurrir primero al Real Gobierno por la que toca al Real Patronato y en esta conformidad se presentta a vuestra exselençia la grande utilidad que desta fundación se sigue por ser la villa de Guaura el passo de tierra firme a esta çudad y no aver

⁵² Agradezco al señor Melecio Tineo, director del Archivo del Obispado de Huacho, por brindarme el acceso al manuscrito.

muchas leguas en contorno albergue alguno donde puedan recojerse los pasajeros que son mucho especialmente en tiempo de armada y con dilación del biaje y las muchas incomodidades que de ordinario yra en son muchos los que enferman y casi todos mueren por falta de curación a todo lo qual se ocurre teniendo efecto la fundación pues así tendrán donde acogerse y curarse y respeto de que está la cassa, camas y otras cosas necesarias (Archivo Arzobispal de Huacho. Curatos. Legajo 2, expediente no. 10, ff 39-39v).

Al igual que en otros hospitales en Lima, su funcionamiento durante el periodo colonial buscó mejorar de manera progresiva la atención de los enfermos, mediante mejoras de las instalaciones y de las personas encargadas de gestionar el hospital y de cuidar a los que se atendían ahí. La información sobre dicho hospital no es clara durante esa etapa, aunque seguramente las mejoras se debieron al proceso de reformas borbónicas y por las condiciones que se fueron incorporando en su administración.

Esto se corrobora con la información que se recoge de 1813, en la que consta que la herencia que se fue forjando desde el periodo de reformas llegó a consolidarse. Las personas que participaban en este lugar y los cargos que desempeñaban se distribuían de la siguiente manera:

Cargo administrativo	N.º de personas
Presidente	1
Viceprefecto	1
Enfermero mayor	3
Sirvientes	2
Enfermos	18
Total	7

Fuente: Archivo Arzobispal de Lima, Legajo 4, expediente 16, 1813.

Se conoce que el hospital, 13 años después, mantuvo su funcionamiento. Por información del entonces prefecto general de la orden betlemita, Francisco Antonio del Carmen, se sabe que el hospital incorporó un camposanto y enfermerías en sus instalaciones durante esa etapa. En lo administrativo, el hospital siguió con su misma estructura:

“Hospital de curación de la villa de Huaura su titular Nuestra Señora de la Candelaria”

Comunidad

Presidente	R. P. Fr. Escolastico de San José
Vice prefecto	P. Fr. Francisco de Jesús
Enfermero mayor	P. Fr. Juan de Belem
Sirvientes	Joaquín de Belem negro esclavo
Enfermera de mugeres	Maria Rodriguez Parda libre

Tiene este Hospital treinta y seis camas para hombres y mujeres separadamente hallandose ocupadas por lo regular de catorce a dies y ocho dellas”.

Fuente: Archivo Arzobispal de Lima, Legajo 4, expediente 16, 1813.

La indicación de una enfermera parda, quien se encargaba exclusivamente del cuidado de las mujeres, se relaciona con los estudios de Jouve Martin sobre la presencia de la población afrodescendiente en las prácticas médicas durante la colonia y que él denomina la “ansiedad por influencia”. Con ello

hace referencia a la actitud de ciertos miembros de la población afrodescendiente de destacar sus capacidades y aptitudes en cualquier ámbito, sin tomar en cuenta su condición racial pero tampoco sin negarla (Jouve Martin 2013: 62). Así, no es extraño encontrar negros pardos en actividades médicas, ya que muchos médicos afrodescendientes desempeñaron cargos de importancia, intervinieron en debates académicos y políticos, y conformaron parte del entorno y la vida cotidiana de la sociedad colonial.⁵³

La trascendencia del hospital durante la etapa republicana es algo incierta. Lo que se sabe sobre su continuidad se recoge de lo que menciona Vargas Ugarte sobre el hospital y su funcionamiento. Desde una perspectiva más contemporánea, el historiador de la Iglesia comenta:

La iglesia del hospital no era notable en su interior, pero en cambio llamaba la atención el hospital anexo, con sus grandes salas, dos de las cuales, las más extensas y laterales, daban al presbiterio de la iglesia, en tanto que otra, la menos extensa servía, por detrás del altar mayor, a los religiosos. Así el artesonado de la techumbre, muy bien labrado, como la disposición de las covachas, en donde reposaban los enfermos, todo ello nos daba una idea de lo que eran antiguamente estas instituciones de caridad. Sólo por esta razón habrían merecido conservarse (1972: 59).

Vargas Ugarte señala que este hospital no es denominado con el nombre con el que fue fundado. Informa que a la iglesia del hospital se le conoció como iglesia de San Antonio Abad⁵⁴; curiosamente,

⁵³ Jouve Martin desarrolla estudios biográficos de los afrodescendientes en el campo médico, entre ellos, el caso de José Montero o doctor Santitos, un médico conocido como el negro más negro, que nació con el genio de cirujano. Ello se debió, según Manuel Atanasio Fuentes, a que “la naturaleza lo destinaba para este oficio, pues en vez de las grandes y toscas manos que tienen todos los hombres de su raza, las suyas eran pequeñas y pulidas como las de una señorita; su vista era buena y su pulso firme cuando contaba ya más de sesenta años, a sus esfuerzos y estudio debió el adquirir tal pericia en las más delicadas operaciones, que los cirujanos extranjeros que lo conocieron, se sorprendían de ver a ese hombre tan al corriente en los adelantos de la cirugía y tan expedito en el manejo de los más modernos instrumentos” (Atanasio Fuentes 1985 [1867]: 170-171; véase también Rabi 2007: 367).

⁵⁴ El documento que confirma este cambio en la documentación menciona al respecto: “Esta iglesia formaba parte del desaparecido Hospital San Bartolomé, en la actualidad se encuentra muy afectada a consecuencia de los sismos de 1964, 1968, 1970 y 1974. Ha perdido dominio de los terrenos circundantes e incluso se tiene proyectado una avenida que atravesaría a lo largo de la iglesia, que la Municipalidad de Huaura tiene

esa misma redefinición de nombres recayó también en el hospital al que Vargas Ugarte denomina hospital de San Juan de Dios, nombre que se le asignó cuando fue denominado patrimonio nacional de la nación.⁵⁵

Este hospital de Huaura, al igual que en el hospital de los hermanos de Lima, también tuvo dificultades en su administración una vez finalizado el periodo virreinal. Según los informes sobre la actividad hospitalaria, algunos directivos religiosos llevaron a cabo gestiones ajenas a los intereses de la actividad hospitalaria. La revisión de las adquisiciones mostró que los religiosos habían administrado los ingresos de forma irregular en actividades y compras que no eran coherentes con lo que el hospital necesitaba.

Gregorio del Carmen, religioso betlemita y presidente-director del hospital de la villa de Huaura, puso en autos a las autoridades eclesiásticas sobre las malas prácticas realizadas durante la gestión de su predecesor, fray Francisco del Santo Cristo, al haber destinado recursos fuera de los parámetros hospitalarios. Según Del Carmen, los religiosos “no son ni pueden ser más que unos administradores de las rentas de este Hospital, para invertirlos en el auxilio de los pobres enfermos en cuyos términos se les adjudicó en el año de 1808, no como un caso de abandono como se supone, sino por solicitud de este vecindario” (AAL Betlemitas, legajo IV, no. 26).

El testimonio de Del Carmen refleja el compromiso de restablecer el prestigio de la orden al señalar que lo ejecutado por el director anterior fue un error, producto de una crisis en la que el hospital no cumplió sus funciones y sus servicios dejaron de ser eficientes. De acuerdo con el testimonio de Gregorio del Carmen, el hospital perdió su eficiencia porque los ingresos fueron destinados a la

programado ejecutar en coordinación con organismos de desarrollo urbano del Ministerio de Vivienda” (Informe N° 051-83-DR-INC, 17/05/1983). (Martínez 2011: 11).

⁵⁵ Sobre la referencia al hospital: “... se declare Zona Monumental a la totalidad de la edificación urbana de la Villa de Huaura por encontrarse allí las iglesias de San Francisco y San Juan de Dios, y la casona de la Independencia [...] también los restos del antiguo Hospital de San Juan de Dios, anexo al templo de la misma advocación, y la torre de la que fuera la iglesia matriz, ubicada en la Plaza Mayor, frente a la casona de la Independencia” (Oficio N° 073-CCP-DCPCM-INC-86, 20/08/1986). (Martínez 2011: 11).

manutención de su predecesor, Francisco del Santo Cristo. El informe detalla cómo se derivaron los problemas en la administración:

[...] Bajo estos principios fundados y viendo esta Municipalidad que representa aquel vecindario que adjudicó este hospital que tan lejos de lograrse el fin del socorro de la hospitalidad en los tiempos de mayor necesidad, no hay más que un religioso en quien están sincopadas las atribuciones del prelado, enfermero, boticario, limosnero y demás que bien pueden desempeñar pues no tiene otros religiosos, que las enfermerías están vacías, y que no se reciben enfermos, que la botica está absolutamente desabastecida con grave perjuicio del vecindario, pues no tiene donde ocurrir por medios y que por último no hay necesidad de coleccionar limosnas, pues no tienen otro objeto en el día que la manutención de este religioso [...] (AAL Betlemitas, legajo IV, no. 26).

El testimonio muestra el poco acierto de los religiosos para mantener el manejo coherente del hospital. Las palabras del director del hospital manifiestan las dificultades para cubrir los servicios con un solo religioso, lo que significa que tampoco se cumpliera la profesionalización de los servicios de salud que impulsaba el Estado.

Es interesante anotar que las fincas que proporcionaban rentas al hospital no habían sido bien gestionadas, pues los pagos que debían efectuar estaban retrasados. Una de las causas se debió a las deficientes condiciones de esas propiedades y, en muchos casos, al abandono de las fincas por parte de las personas que las rentaban. De igual modo, las pequeñas propiedades como casas y tiendas no tuvieron un efecto en los ingresos, ya que acumularon pagos incompletos o el monto que se recibía como renta era mínimo, como se muestra en los cuadros 1 y 2. Por esa razón, no se podía llevar a cabo una mejora en la atención de los enfermos. Incluso la ayuda extraoficial brindada al anterior director era una muestra de irregularidad en el manejo de los fondos, lo que llevó a realizar una visita a dicho hospital para corroborar los malos manejos económicos.

La respuesta ante las irregularidades en la administración del hospital fue inmediata. Los intentos para paliar las deficiencias fueron negativos. Y es que Gregorio del Carmen consideró que el hospital

no podría recuperarse de la mala experiencia, ya que las gestiones previas dejaron un antecedente negativo sobre la efectividad y transparencia en el manejo de los recursos. A ello se sumó la decisión del director del hospital de renunciar a su cargo, porque las condiciones del hospital no garantizaban la recuperación del estatus del hospital ni de las funciones que debía cumplir.

Cuadro no. 1

Fincas de donde provienen sus rentas (contingentes e incobrables)	Monto en pesos y reales
Misa decimal	86 p 5½ reales
Caja general de censos	91 p 5 reales
Tomín de tributos	66 p 7 reales
Juan Pedro Saldias (por 750 p impuestos en su poder al 5%; no paga por insolvente)	37 p 4 reales
Josefa Marcos, por inaveriguable	49 p
Una casa en la calle del sauzal en esta villa	36 p
Tiendas en la calle del sauzal, por arruinadas	62 p
Hacienda de Aracay (no paga porque dice haber satisfecho dos o más y por ser perteneciente al patrón)	100 p
Francisco Quiroz, pero embargada la finca por el Estado	30 p
TOTAL	555 p 4 ½ reales

Cuadro no. 2

Cobrables anualmente	
Tierras	Monto en pesos
Tierras del Peravillo	140
Censos de los ranchos del Peravillo	35
	175
Tierras de la palma en Huacho	25
Casita junto al puente de esta villa	30
La finca del finado D. [Simón?] Hurtado de censo	7
Tienda junto a botica	36
Huertecita en el sauzal	12
Tiendas de Jayba	75
Diego de Ambar	25
Solar de Barranca	25
Potrero detrás del hospital	20
Casita de junto al hospital	36
Magdalena Barrera por el censo de su casa	12
	303
Total	478

Fuente:
Betlemitas;
legajo: 4;
expediente:
41; año: 1826.

Ante este panorama, ¿cuáles serían las implicancias que tuvo el hospital de Huaura en su historia como institución y como caso representativo en la historia de la salud? En primera lugar, se debe entender que el hospital de Huaura no fue un espacio de la salud distante de la influencia de Lima. Por el contrario, el efecto sobre su gestión interna fue directo luego de la denuncia de irregularidad en la administración de los ingresos por parte de los propios religiosos.

La denuncia de Gregorio del Carmen muestra a una autoridad que no se aferra al cargo, sino que reconoce que hay problemas por resolver. La administración anterior a su gestión no fue capaz de lidiar con los cambios que se dieron a nivel estructural, ligados a la profesionalización del servicio. Ello conllevó a que el hospital no pudiera manejar en la práctica cotidiana los aspectos seculares y económicos. A este factor se sumaron los actos de favorecimiento a un religioso, malos manejos económicos, la ausencia de un plan de mejoras y la difícil captación de recursos y rentas para el hospital, lo que causó la debacle de su funcionamiento.

Conclusión

Los casos expuestos en este capítulo reflejan el cambio que experimentó la administración hospitalaria a la luz de las reformas borbónicas. Las gestiones que se realizaron en el hospital del Carmen, por ejemplo, muestran un sentido diferente de la funcionalidad de la atención hospitalaria. Los betlemitas y su accionar durante el virreinato y los años próximos a su culminación, manifiestan el efecto de las reformas de los Borbones y una nueva perspectiva en el manejo de la salud con mayor control del Estado y valoración de lo económico. El hospital de la población cercana al mar fue de especial interés, ya que priorizó la importancia que ejercen la política y las autoridades. Los cambios que se produjeron a partir de hechos circunstanciales como el tsunami de 1746, las medidas de control para materializar los cambios en la gestión de propiedades, realizadas por el conde de Superunda y la experticia de los betlemitas para asimilar esas circunstancias muestran la adaptabilidad que las órdenes religiosas buscaron mantener y demostrar.

**



CONCLUSIONES

-Las órdenes religiosas fueron de gran importancia para la atención de los enfermos y para la administración de los servicios de salud. Su iniciativa, basada en la caridad, logró gestionar mejores condiciones para el restablecimiento de las personas, y permitió incorporar en el tiempo mejoras en la concepción de la salud, a partir de la valoración que la Iglesia y los religiosos tuvieron de las prácticas tradicionales andinas y de su constante relación con el Estado virreinal. Con ello, se demuestra su adaptabilidad a los cambios, y su capacidad para incorporar nuevas prácticas médicas y administrativas.

-La influencia de la herencia prehispánica es el primer eslabón que permite reconocer la iniciativa de las órdenes religiosas en su acercamiento a la salud. Parte de la información recogida en las crónicas virreinales refleja ese sentir de valoración a las prácticas médicas andinas, al valorar la utilización de

plantas en la curación de enfermedades. El saber tradicional se afianzó con el apoyo brindado por las órdenes religiosas lo cual dio paso a una mayor integración de la tradición andina al virreinato y le dio, a la iglesia, a través de las órdenes, un protagonismo importante en la integración de la sociedad a los intereses y preocupaciones del Estado virreinal.

-Las órdenes religiosas ejercieron un protagonismo importante en la colonia, en la medida que su iniciativa por el cuidado de los enfermos afianzó la instauración de espacios formales para su cuidado. Los hospitales constituyeron el lugar idóneo para que las órdenes religiosas se desempeñaran como protectoras de la salud en base a su iniciativa conciliadora, que combina tanto la virtud de la caridad como su iniciativa en la administración. Ambos aspectos fueron relevantes para que los religiosos, como los betlemitas o los juandedianos, fuesen reconocidos por su experiencia, lo que los llevó a asumir con mayor disposición los cambios propuestos por el Estado virreinal.

-La llegada de las reformas borbónicas constituyó para las autoridades locales una renovación tanto en la administración política y en las reformas sociales. Un punto clave en ello es la influencia que ejerció la ilustración en los cambios que se dieron a nivel social. El discurso favorable a la razón y que apelaba a la idea de orden y salubridad caló de manera coherente en las autoridades religiosas, quienes, en vez de ofrecer resistencia a los cambios por la monarquía y el Estado colonial, tuvieron una postura más conciliatoria. Las reformas impulsaron en las órdenes religiosas un espíritu renovador, que incluyó un diálogo fluido con las autoridades políticas y una mayor valoración de la ciencia y la profesión médica como elementos vitales en la atención hospitalaria.

-Un imperativo importante de las reformas borbónicas fue la difusión de una cultura de orden y de control de la sociedad. Esta medida tuvo un alcance eficaz en la medida que las autoridades trasladaron estas preocupaciones a espacios como la higiene pública y la salud. Las reformas borbónicas en la sociedad virreinal de Lima priorizaron el ideal de reordenamiento social y lo enfocaron en el tratamiento de la salud. Las autoridades se orientaron a transformar la manera cómo se trataba el tema de la salud, al fomentar una administración hospitalaria más eficiente, que

impulsara, así como los señala Foucault, una mejoría en los estándares de producción interna y participación laboral, y un mayor incremento en la riqueza del reino.

-Los estudios de caso referidos a los betlemitas y su ejercicio en la administración hospitalaria reflejó la iniciativa de la iglesia católica por adaptarse a estos nuevos cambios, pero también las múltiples falencias que se presentaron durante este proceso. Desde la segunda mitad del siglo XVIII y en los primeros años de la República las autoridades se enfocaron en promover una política restrictiva a las órdenes en materia de adquisición de bienes y propiedades. Ello a la larga se tradujo en un desfase en la administración debido a que las órdenes acumularon deudas en los censos y rentas de propiedades, y, para compensarlos, no podían hacerse de más bienes. Esto fue el inicio de problemas para las autoridades religiosas, quienes se enfrascaron en litigios por el cobro de las rentas y en problemas de mala administración que afectaron a la gestión de los hospitales que dirigían así como a su prestigio.

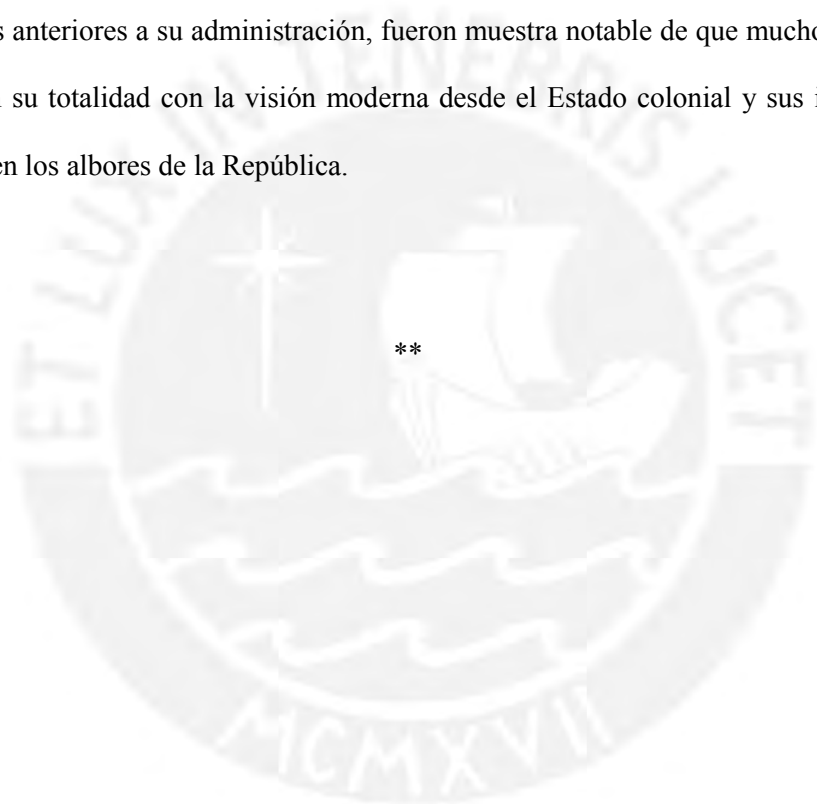
-La administración del hospital fue un esfuerzo conjunto tanto del Estado como de las propias órdenes. Esto se reflejó en el caso del hospital de Bellavista, el cual se benefició con la cesión de propiedades, que antes pertenecieron a la Compañía de Jesús, para ampliar sus instalaciones. Esta medida trascendió en la perspectiva de manejo del hospital debido a que su gestión se direccionó a un mayor compromiso de los religiosos por llevar una administración fluida y eficaz, basada en el establecimiento de redes de apoyo provenientes de benefactores y de donantes. A ello se suma el factor circunstancial, como fue el tsunami de 1746, el cual incentivó que este hospital priorice el tema de la mejora de sus instalaciones y del cuidado de los enfermos, a través de la alimentación, como factores de una modernidad que se preocupa no solo por el presente, sino también por un futuro más promisorio.

-El dinamismo en la gestión hospitalaria amerita tomar decisiones innovadoras para mantener la vigencia de los hospitales. El caso del traslado del hospital del Espíritu Santo a Bellavista fue un hecho que, a la luz de las reformas, evidenció un interés por renovar aquellos espacios que necesitaban una mejora en su imagen, y, a su vez, tras esa decisión, certificar una mejor atención a los pobladores.

Ello, sin embargo, sacó a la luz las deficiencias en la administración hospitalaria y la lucha de poder entre los mayordomos y los religiosos betlemitas, lo que refleja que estos cambios tuvieron resistencia y no fue siempre aceptado en su totalidad por parte de las autoridades como de las órdenes.

-La administración de los betlemitas, fuera de Lima, vivió los efectos de la reforma borbónica desde un ángulo muy similar. El hospital de Nuestra Señora de la Soledad de la villa de Huaura se vio inmerso en un proceso de inestabilidad económico que desprestigió la participación de la propia orden en la administración del hospital. El caso de Gregorio del Carmen y las irregularidades informadas en las gestiones anteriores a su administración, fueron muestra notable de que muchos religiosos no sintonizaron en su totalidad con la visión moderna desde el Estado colonial y sus implicancias se hicieron notar en los albores de la República.

**



BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DE ARCHIVO

Archivo Arzobispal de Lima

Hospitales, legajo II, expediente 45.

Betlemitas, legajo IV, expediente no. 26.

Archivo del obispado de Huacho

Expediente de fundación del hospital de la villa de Huaura

Archivo general de Indias

Lima, 414, Audiencia de Lima, Expediente del virrey Marqués de Castelfuerte.

Lima, 416, Cartas y expedientes: el virrey del Perú al rey.

Archivo Histórico Riva-Agüero

A-I-38-Colección Maldonado. Razón y cuenta de los gastos efectuados en el Hospital de Bellavista en el mes de octubre de 1788.

A-I-44-Colección Maldonado. *Expediente sobre la traslación del Hospital del Espiritu Santo al pueblo de Bellavista*

A-I-45-Colección Maldonado. *Testimonio de la reunión de dueños de navíos, maestros y pilotos efectuada en el Tribunal del Consulado para tratar acerca del traslado del Hospital del Espíritu Santo, de Lima al pueblo de Bellavista*

FUENTES SECUNDARIAS

ACADEMIA PERUANA DE LA SALUD

2008 *Historia de la salud en el Perú*. Lima: Academia Peruana de Salud, vol 1, 2.

ALCHON, Suzanne

1996 *Sociedad indígena y enfermedad en el Ecuador colonial*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 227p.

ÁLVAREZ, Víctor

2014 *El mar y las políticas preventivas en el Perú virreinal: impacto, control y vulnerabilidad ante los tsunamis (1647-1751)*. Tesis de maestría en Estudios Andinos. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.

ALZATE, Adriana

2016 “Militares, marineros y pobres enfermos. Contribución a la historia del hospital de San Juan de Dios de Cartagena de Indias (siglo XVII). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol. LX, no. 1 (enero-junio), pp. 203-236.

2012 “Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo xviii”. *Historia Crítica*. Bogotá, enero-abril, no. 4, pp. 187-42.

Consulta: 28 de febrero del 2017.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rhc/n46/n46a03.pdf>

2007 *Sociedad y orden. Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810*. Bogotá: Editorial de la Universidad del Rosario, 316p.

ANDRADA-VANDERWILDE, Dolores

1975 “La fundación de Mayorazgo de don José de Armendáriz y Perurena, marqués de Catelfuerte, virrey de Perú”. *Príncipe de Viana*. Navarra, no. 36, 138-139, pp. 229-252. Consulta: 14 de febrero del 2017.

<file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-LaFundacionDeMayorazgoDeDonJoseDeArmendarizYPerure-1153595.pdf>

APUNTES SOBRE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

s/f Pontificia Universidad Católica de Chile.

Consulta: 27 de febrero del 2017.

<http://publicacionesmedicina.uc.cl/HistoriaMedicina/Indice.html>

ARIAS-SCHREIBER PEZET, Jorge

1971 *Los médicos en la Independencia del Perú*. Lima: Editorial Universitaria, 149p.

ARMAS ASÍN, Fernando

2008 “Iglesia, Estado y economía en la coyuntura independentista en el Perú”. *Anuario de Historia de la Iglesia*. Lima, no. 17, pp. 163-177.

Consulta: 27 de febrero del 2017.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35517012>

ARRIGO, Cosme

1921 *El Callao en el centenario*. Lima: Imprenta E. Moreno.

ASTOGARDO, Antonio

2005 *El regalismo borbónico y la unificación de hospitales: la lucha de Meléndez Valdés en Ávila*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2005. Consultado: 17 de febrero del 2017.
<http://www.biblioteca.org.ar/libros/132608.pdf>

BARRERA CAMARENA, Henry

2015 “Un acercamiento a la política asistencialista colonial. El caso del hospital de Real de San Andrés”. *Revista del Archivo General de la Nación*, no. 30, pp. 159-185.

BASADRE, Jorge

1948 *El conde de Lemos y su tiempo. Bosquejo de una evocación y una interpretación del Perú a fines del siglo XVII*. Lima: Editorial Huascarán, 371p.

BUSTÍOS, Carlos

2004 *Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú, 1533-1933*. Lima: UNMSM, Fondo Editorial, 707p. Consultado: 26 de enero del 2017.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cua_salud/contenido.htm

CAHILL, David

1995 “Financing Health Care in the Viceroyalty of Perú: the hospitals of Lima in the late colonial period”. *The Americas*. Cambridge, no. 52, pp. 123-154.

CASTRO GÓMEZ, Santiago

2005 *La hybris del punto cero: ciencia, raza e Ilustración en la Nueva Granada*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2005, 345p.

CHERRY, Steven

1998 (Spring) “The modern hospital in history: c. 1720-1948”. *Refresh* 26, pp. 1-4.

Consultado: 6 de febrero del 2017

<http://www.ehs.org.uk/dotAsset/8c511b28-5f51-459b-8732-18cbde6312a6.pdf>

COELLO RODRÍGUEZ, Antonio

2011 “Un patrimonio en peligro y olvidado: el patrimonio cultural de la salud de Lima”. *Arkinka : revista de arquitectura, diseño y construcción*. Lima, año 15, no. 193, pp. 78-89.

COOK, David

2009 *La catástrofe demográfica andina: Perú 1520-1620*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

CUETO, Marcos y Steven PALMER

2010 *Medicine and Public Health in Latin America*. New York, NY : Cambridge University Press.

2009 *El rastro de la salud*. Lima: IEP-Universidad Peruana Cayetano Heredia, 386p.

2008 “Caminos, ciencia y Estado en el Perú, 1850-1930”. *Historia, ciencia, saude-Manguinhos*. Río de Janeiro, vol. 15, no.3, pp. 635-655. Consulta: 26 de enero del 2016.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000300005

CUSSEN, Celia

2016 *Martin de Porres. Santo de América*. Lima. IEP, 310p.

DELGADO, Honorio

1944 *La entidad del médico*. Lima: Lumen, 1944.

DEVOTO, Erick

2016 “Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina”. *Revista del Instituto Riva-Agüero*. Lima, vol.1, no. 2, pp. 79-116. Consulta: 26 de enero del 2016.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/revistaira/article/view/14917/15459>

ESPINOZA, Celes A

2008 “Un indio camino a los altares: santidad e influencia inquisitorial en el caso del "siervo de Dios" Nicolás de Ayllón”. *Histórica*, vol. 36, no. 1, pp. 135-180.

Consulta: 2 de febrero de 2017.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/historica/article/view/7507>

EGUIGUREN, Luis Antonio

1949 *Diccionario histórico cronológico de la Real y Pontificia Universidad de San Marcos y sus Colegios: crónica e investigación*. Lima: Imp. Torres Aguirre, t.I.

FERNÁNDEZ GARCÍA, Enrique

2000 *Perú cristiano: primitiva evangelización de Iberoamérica y Filipinas, 1492-1660, e historia de la Iglesia en el Perú, 1532-1900*. Lima: Fondo Editorial-PUCP, 450p.

FERREIRO, Manuel y Karmele DÍAZ

2013 “Aproximación al aporte nutricional de la dieta ordinaria urbana en Vitoria (Álava) en el tránsito del siglo XVIII al XIX a partir de las dietas hospitalarias”. *Cultura de los Cuidados*, año 17, no. 37, pp. 61-71.

Consulta: 26 de marzo del 2017

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35066/1/Cult_Cuid_37_06.pdf

FOUCAULT, Michel

- 1999 *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós, 407p.
- 1996 *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Altamira, 219p.
Consulta: 2 de febrero de 2017.
<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>
- 1977 «Historia de la medicalización». *Educación médica y salud*. Washington, no. 11 pp.3- 25. Consulta: 2 de febrero de 2017
<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- FUENTES, Atanasio
- 1985 [1867] *Lima: apuntes históricos, descriptivos, estadísticos y de costumbres*. Lima: Fondo del libro-Banco Industrial del Perú, 249p.
- GARCÍA, Uriel
- 1999 *Juan del Valle y Caviedes: cronista de la medicina*. Lima: Banco Central de Reserva-Universidad Cayetano Heredia, 169p.
- GALLENT, Mercedes
- 1966 “Historia e historia de los hospitales”. *Revista d'història medieval*. Valencia, No. 7, pp. 179-191. Consulta: 27 de enero del 2017.
http://www.uv.es/dep210/revista_historia_medieval/PDF166.pdf
- GELIS, Jacques
- 2005 "El cuerpo, la Iglesia y lo sagrado". En: CORBIN, Alain, Jean Jacques COURTINE y Gorge VIGARELLO. *Historia del Cuerpo. Del renacimiento a la Ilustración*. Madrid: Taurus, 2v.
- GONZALES FASANI, Ana María
- 2007 “Llamados a server: los hospitalarios de San Juan de Dios en Zacatecas. México en el siglo XVII”. *Hispania Sacra*. Madrid, LIX, no. 120, 537-562. Consulta: 27 de enero del 2017.
<http://hispaniasacra.revistas.csic.es/index.php/hispaniasacra/article/view/40/40>

HANKE, Lewis

1979 *Los virreyes españoles en América durante el gobierno de la Casa de Austria: Perú*. Madrid: Atlas.

IZA, Agustín y Osvaldo SALAVERY

2000 “El hospital Real de San Andrés”. *Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM*. Lima, vol. 61, no. 3.

JOUVE MARTIN, Josue

2014 *The black doctors of colonial Lima: science, race, and writing in colonial and early republican Peru*. Montreal & Kingston : McGill-Queen's University Press, 209p.

2008 “Ciencia, casta y santidad en Lima: José Manuel Valdés (1767-1840) y la vida prodigiosa de fray Martín de Porres (1579-1639)”. *Revista Canadiense de Estudios Hispánicos*. Montreal, vol. 33, no. 1, pp 231-250. Consultado: 16 de febrero del 2017.

<http://www.jstor.org/journal/revicanaestuhip>

LANNING, John

1985 *The Royal Protomedicato: the regulation of the medical profession in the Spanish Empire*. Durham: Duke University Press, 485p.

LASCURAIN, Maité

1988 “Los jardines botánicos de México: una perspectiva histórica desde el siglo XVI”. *La Ciencia y el Hombre*. Veracruz, enero-junio, no. 1, pp. 61-86.

Consulta: 28 de febrero de 2017

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/5006/2/198801P61.pdf>

LASTRES, Juan B

1951 *Historia de la medicina peruana*. Lima: Imprenta Santa María, vol. 2, 368p.

LOSSIO, Jorge

2003 Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX. Lima: IEP, 110p. Consultado: 5 de abril del 2017

<http://bibliotecavirtual.minam.gob.pe/biam/bitstream/handle/minam/1655/BIV01426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MARTÍNEZ MARTIN, Carmen

2008 “El ilustrísimo Pérez Antonio Barroeta y Ángel: un conflictivo obispo en la iglesia de Lima”. *Berceo*. Logroño, no. 154, pp. 139-172. Consultado: 20 de febrero del 2017.

[file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-ElIlmoPedroABarroetaYAngelUnConflictivoArzobispoEn-2792570%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-ElIlmoPedroABarroetaYAngelUnConflictivoArzobispoEn-2792570%20(1).pdf)

MARTÍNEZ, Gerardo

2014 *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII: consolidación de los modelos institucionales y académicos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 502p.

MARIÁTEGUI, Javier

1994 *El Mercurio Peruano y la medicina*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 146p.

MCKEE, Martin y Judith HEALY

2000 “The role of the hospital in a changing environment”. *Bulletin of the world health organization*. 78 (6), pp. 803-810.

MENDIBURU, Manuel

1890 *Diccionario histórico biográfico del Perú*. Lima: Imprenta de J. Francisco Solís, t. II.

MENDIETA OCAMPO, Ilder

1990 *Hospitales de Lima colonial, siglos XVII – XIX*. Lima: UNMSM-Seminario de Historia Rural Andina, 127p.

MARTÍNEZ, Fedora

2011 *Práctica hospitalaria. El hospital Betlemia de la villa de Huaura*. Consultado: 25 de marzo del 2011.

<https://es.scribd.com/doc/73802165/EL-HOSPITAL-BETLEMITA-DE-LA-VILLA-DE-HUAURA>

MORENO CEBRIÁN, Alfredo

2003 “El regalismo borbónico frente al poder vaticano: acerca del estado de la iglesia en el Perú durante el primer tercio del siglo XVIII”. *Revista de Indias*, vol. LXIII, no. 227, pp. 223-274. Consulta: 17 de febrero del 2017.

<http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/view/Article/438>

2000 *El Virreinato del Marqués de Castelfuerte, 1724-1736: el primer intento borbónico por reformar el Perú*. Madrid: Catriel, 672p.

1983 *Relación y documentos de gobierno del Virrey del Perú, José A. Manso de Velasco, Conde de Superunda (1745-1761)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Instituto Gonzalo Fernández de Oviedo.

MURIEL, Josefina

1990 *Hospitales de la Nueva España*. T.I-II. México, UNAM, 444p. Consulta: 19 de enero del 2017.

<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/HNET2001.pdf>

ODRIOZOLA, Manuel de

1872 *Documentos literarios del Perú*. Lima: Imprenta del Estado, Calle de la Rifa, tomo III, pp. 295-397.

PALOMEQUE, Manuel Carlos

1980 *Derecho del trabajo e ideología. Medio siglo de formación ideológica del Derecho español del trabajo, 1873-1923*. Madrid: Akal.

PANFICHI, Aldo

1995 *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Universidad del Pacífico. Centro de Investigación, 442p.

PAREJO, María

2006 “La práctica de la caridad en los Hospitales de Baeza y Úbeda (Jaén) durante los siglos XV-XVII”. En: CAMPOS y FERNÁNDEZ DE SEVILLA, Francisco Javier (editor). *La Iglesia española y las instituciones de caridad*. Sevilla: Instituto Escorialense de Investigaciones Históricas y Artísticas, pp. 217-240.

Consultado: 3 de febrero del 2017.

[file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-](file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-LaPracticaDeLaCaridadEnLosHospitalesDeBaezaYUbedaJ-2821317.pdf)

[LaPracticaDeLaCaridadEnLosHospitalesDeBaezaYUbedaJ-2821317.pdf](file:///D:/Users/cespinoza/Downloads/Dialnet-LaPracticaDeLaCaridadEnLosHospitalesDeBaezaYUbedaJ-2821317.pdf)

PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique

1957 Decanos, maestros y médicos de la Facultad de Medicina de Lima. Lima: Biblioteca de Cultura Sanitaria.

1935 Cuatro siglos de medicina limense. Lima: Bayer.

1916 Las preocupaciones médico-sociales de España durante la colonia y primeros lineamientos de política sanitaria en el Perú. Lima: Centro Editorial.

1914 La asistencia social en el Perú. Lima: Centro Editorial.

PERALTA, Víctor

2016 [1999] “Las razones de la fe. La Iglesia y la ilustración en el Perú, 1750-1800”. En: O’Phelan, Scarlett (editora). *El Perú en el siglo XVIII: la Era Borbónica*. Lima: Fundación Bustamante de la Fuente, Instituto Riva-Agüero, pp. 179-204.

PÉREZ MALLAÍNA BUENO, Pablo Emilio

2001 *Retrato de una ciudad en crisis: la sociedad limeña ante el movimiento sísmico de 1746*. Sevilla: CSIC. Escuela de Estudios Hispano-Americanos; Lima : PUCP. Instituto Riva-Agüero, 477p.

QUIJANO, Aníbal

2000 “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. En: LANDER, Edgardo (comp.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 246p. Consulta: 19 de enero del 2017.

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>

RABÍ CHARÁ, Miguel

2003 *Del Hospital de San Nicolás (1604) al Hospital Daniel Alcides Carrión (1941-2003)*. Callao: Hospital Daniel Alcides Carrión, 167p.

2001 *El Hospital de San Bartolomé de Lima: la protección y asistencia de la gente de color de 1646 a 1821 y evolución posterior: examen de un proceso histórico, social y sanitario*

2000 “La primera botica de los hospitales” . *Asclepio. Revista de historia de medicina y de la ciencia*, vol, 52, no. 1, pp. 269-279. Consulta: 5 de abril del 2017.

<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/200/196>

1999 Del Hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

1995 “Un capítulo inédito el traslado del Hospital del Espíritu Santo de Lima a Bellavista (1750)”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. XLVII, no. 1, pp. 123-133.

1997 *El Hospital Refugio de Incurables Santo Toribio de Mogrovejo de Lima, hoy Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, evolución histórica 1669 a 1997*. Lima: [s.n], 192p.

RAMÓN, Gabriel

2015 [1999] “Urbe y orden. Evidencias del reformismo borbónico en el tejido limeño”. En: O’Phelan, Scarlett (editora). *El Perú en el siglo XVIII: la Era Borbónica*. Lima: Fundación Bustamante de la Fuente, Instituto Riva-Agüero, pp. 299-328.

REY BUENO, Mar

2006 “Concordias medicinales de entrambos mundos: el proyecto sobre materia médica peruana de Matías de Porres (FL. 1621)”. *Revista de Indias*, vol. LXVI, no. 237, pp. 347-362. Consulta: 3 de abril del 2017.

<http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/view/File/341/403>

RODRÍGUEZ, Esteban y Ana MENÉNDEZ

2005 “Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista”. *Archivos de prevención de riesgos laborales*. 8 (2): 58-63. Consulta: 17 de enero del 2017.

http://www.ugr.es/~amenende/publicaciones/APRL_02.pdf

ROSENBERG, Charles

1987 *The care of strangers. The rise of America's hospital system*. New York: Basic books, 437p.

SANCHEZ CONCHA, Rafael

2014 “Entre el Virreinato y la República: las formas y los caminos de la piedad católica en el Perú, 1750-1850”. *Revista Teológica Limense*, vol. XLVIII, no. 2-3, pp. 193-232.

SANTO TOMÁS, Magdalena

2002 *La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 622p.

Consulta: 02 de febrero del 2017

<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc0p0x5>

SARABIA VIEJO, M.J

1973 “Notas sobre el hospital del amor de Dios de México en el siglo XVI”. *Anuario de Estudios Americanos*. Madrid, no. 30, pp. 295-316.

TARDIEU, Jean Pierre

2002 “San Bartolomé y Santa Ana: la salud de los afroperuanos en Lima a fines de la colonia”. *Boletín del Instituto Riva-Agüero*, no. 29, pp. 159-208.

Consulta: 02 de febrero del 2017

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/boletinira/article/view/9923/10339>

VALDEZ, José Manuel

1863 *Vida admirable del bienaventurado fray Martín de Porres*. Lima: Huerta y Cia. Impresores-editores.

VALDIZÁN, Hermilio

2005 *Historia de la medicina peruana*. Lima: INC, 165p.

1928 *Apuntes para la bibliografía médica peruana*. Lima: Imprenta Americana.

VILLAR, Luis

1876 «Higiene pública. Memoria que presenta el inspector del Concejo Departamental de Higiene y Vacuna de Lima». En: *La Gaceta Médica*. Lima, año 2, no. 2, pp. 18-22.

VINCENT, Bernard

1975 “Consommation alimentaire en Andalousie orientale. Les achats de l’hôpital royal de Guadix, 1581-1582”. *Annales. ESC* 2: 30: 445-453.
<<http://www.jstor.org/stable/pdf/27579506.pdf>>

UGARTE, Luis A.

1965 *El pensamiento médico en el Perú virreinal*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

VARGAS UGARTE, Rubén

1984 *Historia general del Perú*. Lima: Milla Batres.

1961 *El Perú virreinal*. Lima: Tipografía peruana.

1959 *Historia de la Iglesia en el Perú*. Lima: Burgos y Aldecoa.

1951-1954 *Concilios limenses (1551-1772)*. Tres tomos. Lima: s.e.

1956 *Impresos peruanos*. Lima: Tipología peruana.

WALKER, Charles

2012 *Colonialismo en ruinas: Lima frente al terremoto y tsunami de 1746*, (2ª Edición). Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos, Instituto de Estudios Peruanos.

WARREN, Adam

2010 *Medicine and politics in colonial Peru : population growth and the Bourbon reforms*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.

ZÁRATE, Eduardo

2001 “Culturas médicas en Perú”. *Sitúa* (UNMSM). Lima, año, 10, no. 19. Consulta: 21 de marzo del 2017.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2001_n19/Culturas_medicas.htm

ZAVALA, Abraham

2010 “El protomedicato en el Perú”. *Acta médica peruana*. Lima, vol. 27, no. 2, pp. 151-157. Consulta: 25 de enero del 2016.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2010_n2/pdf/a13v27n2.pdf

ZAVALA, León

2001 “El Real Patronato de la Iglesia”. *Revista de la Facultad de Derecho de México*. UNAM, no. 236, pp. 287-303. Consulta: 25 de enero del 2016.

<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/236/trj/trj12.pdf>

ZAHINO, Luisa

1996 *Iglesia y sociedad en México, 1765-1800: tradición, reforma y reacciones*. México: UNAM, 237p

IMPRESOS

CARTA PASTORAL QUE EL ILUSTRÍSIMO S.D.D. PEDRO DE BARROETA Y ÁNGEL, ARZOBISPO DE LOS REYES, DIRIGE AL VENERABLE Y AMADO PUEBLO DE SU DIÓCESIS; CON OCASIÓN DE LAS NOTICIAS, QUE SE HAN PARTICIPADO DE ESPAÑA DEL GRAN TERREMOTO, QUE EL DÍA PRIMERO DE NOVIEMBRE DE 1755 SE EXPERIMENTÓ CON GRANDES ESTRAGOS EN LA EUROPA, Y OTRAS PARTES PARA QUE CON LA PROMPTA PENITENCIA APLAQUEN LA DIVINA JUSTICIA, QUE ALLÁ CASTIGA, Y ACÁ NOS AMENAZA

[1756] Impresa en Lima: Plazuela de San Cristóbal, 58p. Consulta: 4 de agosto del 2016.

<https://archive.org/stream/cartapastoralque01cath#page/36/mode/2up>

CONSTITUCIÓN DEL HOSPITAL DE SANTA ANA

1778 Impreso digital. [1778] - Provenance of the John Carter Brown Library copy: Maury A. Bromsen : bibl. Record. Consulta: 17 de febrero de 2017.

<https://archive.org/details/constitucionesyo00hosp>

ACOSTA, Joseph de
2006

Historia natural y moral de las Indias (edición de Edmundo Gorman; 3ra ed.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

ARRIAGA, Joseph de
[1621]

Extirpación de la idolatría en el Perú. Lima: Imprenta de Gerónimo de Contreras.

DIARIO DE LIMA
1790-1793

Lima: [s.d.], 1790-1792.

HANSEN, Leonardo.
1929

Vida admirable de Santa Rosa de Lima, Patrona del nuevo mundo. Vergara (España): El Santísimo Rosario, 598p.

INFORMACIÓN QUE DAN EL MAYORDOMO Y LOS DIPUTADOS DEL REAL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE SANTA ANA ACERCA DEL ESTADO QUE TUVO Y TIENE AL PRESENTE POR CAUSA DE HABERSE ARRUINADO EN ÉL CASI TODA SU FÁBRICA CON EL TERREMOTO DE 1746.

[1939] Revista del Archivo Nacional. Lima, tomo XII, no. 2, pp. 165-166.

JUAN, Jorge y Antonio ULLOA
1826

Noticias secretas de América, sobre el estado naval, militar, y político de los reynos del Perú y provincias de Quito, costas de Nueva Granada y Chile:

gobierno y regimen particular de los pueblos de Indios: cruel opresion y extorsiones de sus corregidores y curas: abusos escandalosos introducidos entre estos habitantes por los misioneros; causas de su origen y motivos de su continuacion por el espacio de tres siglos. Londres : Impr. R. Taylor, 2v.

MERCURIO PERUANO

Reproducción digital de la ed. facsímil de Lima, Biblioteca Nacional del Perú, 1964 - 1966. Edición original: Lima, Imp. Real de los Niños Expósitos, 1791-1795.

MONTERO DEL ÁGUILA, Victorino

1746

Desolación de la ciudad de Lima, y diluvio del Callao. Cerrose esta relación en seis de noviembre de quarenta y seis, y sigue la calamidad, que dará materia a más larga explicación de los venideros sucesos. Lima: Imprenta que estaba en la calle de los mercaderes.

POMA DE AYALA, Guamán

[1615]

El primer nueva corónica y buen gobierno (1615-1616). [Manuscrito original de la Biblioteca Real de Dinamarca]. København, Det Kongelige Bibliotek, GKS 2232 4°.

<<http://www.kb.dk/permalink/2006/poma/840/es/text/>>

LOS CÓDIGOS ESPAÑÓLES CONCORDADOS Y ANOTADOS

[1850]

Novísima recopilación de las leyes de España. Madrid: Imprenta de la Publicidad

POMBO, José Ignacio de.

[1810]

“Informe al Real Consulado de Cartagena de Indias, a la Suprema Junta Provincial de la misma, sobre el arreglo de las contribuciones en las producciones naturales, en la navegación y en el comercio: sobre el fomento de la industria por medio de los establecimientos de enseñanza y fábricas de efectos de primera necesidad que se proponen; y sobre los nuevos cultivos y poblaciones que son necesarias para la prosperidad y seguridad de la provincia”. En: ORTIZ, Sergio. *Escritos de dos economistas coloniales: Don Antonio de Narvaez y La Torre y Don José Ignacio de Pombo.* Bogotá: Publicaciones del Banco de la República 1965.

RECOPIACIÓN DE LEYES DE INDIAS MANDADAS IMPRIMIR Y PUBLICAR POR LA
MAGESTAD CATÓLICA DEL REY DON CARLOS II. NUESTRO
SEÑOR.

[1841] TOMO PRIMERO. CON APROBACIÓN DE LA REGENCIA
PROVISIONAL DEL REINO. Madrid: Boix.

RUIZ CANO Y GALIANO, Francisco Antonio.

1755 *Júbilos de Lima en la dedicación de su Santa Iglesia Catedral, instaurada
(en gran parte) de la Ruina, que padeció con el terremoto del año de 1746.*
Consulta: 17 de febrero del 2017.

<https://archive.org/details/jubilosdelimaenl00ruiz>

SARTOLO, Bernardo.

1684 *Vida admirable y muerte prodigiosa de Nicolás de Ayllón y con renombre
más glorioso Nicolás de Dios, natural de Chiclayo en las indias del Perú.*
Madrid: Imprenta de Martín García Infanzón.

VALDEZ, José Manuel.

1863 *Vida admirable del bienaventurado fray Martín de Porres.* Lima: Huerta.

VILLAGÓMEZ, Pedro de

1649 *Carta pastoral de exortaciones e instrucción acerca de las idolatrías de los
indios, del Arzobispado de Lima.* Lima: Imprenta de Jorge López de Herrera.