

**República Bolivariana de Venezuela
Universidad Central de Venezuela
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Escuela de Antropología
Departamento de Arqueología, Etnohistoria y Ecología Cultural**

Alimentación, salud y enfermedad en el Hospital San Pablo de Caracas (Siglo XVIII)

**Trabajo final para optar al título de Antropólogo
Autor: Margarita Escudero de Achabal
Tutor: profesor Emanuele Amodio**

Caracas, octubre del 2007

Dedicatoria

A Félix, Inés, Daniel, por el amor, la constancia, la incondicionalidad y la fe inquebrantables con las que me acompañaron a lo largo de todo el camino.

A mi tutor, el profesor Emanuele Amodio

A Tori.

Índice

Introducción	5
1. Marco teórico	8
1.1. Sociedad y cultura	8
1.1.1. Conceptos de sociedad y cultura	8
1.1.2. A qué sirve la cultura	9
1.1.3. Cómo funciona: prácticas, modelos y discursos	10
1.1.4. Cómo se produce, transmite, reproduce y transforma el saber	10
1.1.5. Prácticas sociales del uso del saber	13
1.1.6. Control de las prácticas sociales	15
1.2. Saber y prácticas médicas	18
1.2.1. El problema de la enfermedad y el concepto de salud	18
1.2.2. Producción del saber médico	19
1.2.3. Prácticas médicas generales y especializadas	21
1.2.4. Control de la práctica médica y mecanismos de transformación	23
1.3. Saber y prácticas alimentarias	25
1.3.1. Alimentación y supervivencia	26
1.3.2. Alimentación y cultura	27
1.3.3. Control de la práctica alimentaria	28
1.3.4. Modelos de alimentación y su transformación	29
1.4. Alimentación, enfermedad y salud	30
1.4.1. Discursos y modelos de enfermedad / alimentación / salud	31
1.4.2. Prácticas del proceso curativo / alimentario	32
1.4.3. Control de las prácticas curativo / alimentarias	33
2. Marco metodológico	35
2.1. Estudio histórico del pasado	35

2.1.1. Historias Nacionales e Historia Clásica	35
2.1.2. Los <i>Annales d'Histoire Economique et Sociales</i> y su influencia	37
2.1.3. La Microhistoria italiana	39
2.1.4. Límites del estudio historiográfico del pasado	41
2.2. Estudio antropológico del pasado	42
2.2.1. El método antropológico	42
2.2.2. El método antropológico para sociedades del pasado	43
2.2.3. Límites del estudio antropológico del pasado	46
2.3. La investigación: el sistema dietético en los hospitales del siglo XVIII en la Provincia de Venezuela	48
2.3.1. Tema y su importancia	48
2.3.2. Delimitaciones espaciales y culturales y fuentes de estudio	49
3. La sociedad colonial en la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII	51
3.1. Relación geográfica	51
3.2. Estructura política e institucional	51
3.2.1. Poder político provincial	51
3.2.2. El Ejército	52
3.2.3. Real Hacienda	53
3.2.4. Poder político local	55
3.3. Estructura social	57
3.3.1. Distribución espacial	59
3.3.2. Los estamentos	60
3.3.3. Indicadores demográficos	63
3.4. Estructura económica	66
3.4.1. Producción agrícola y ganadera	66
3.4.2. Consumo local y circuitos comerciales	68
3.5. La Iglesia	71
3.5.1. Estructura	71

3.5.2. Función social y cultural	74
3.6. Instrucción	75
3.7. Infraestructura urbana	76
4. Enfermedad y medicina en la América colonial	79
4.1. Patologías americanas: Tierra Firme y Provincia de Venezuela	79
4.2. Medicina indígena	87
4.3. Medicina popular	89
4.4. Saber médico universitario	91
4.5. Lugares de curación y reclusión	97
4.5.1. Servicio a domicilio	97
4.5.2. Hospitales	99
4.6. Práctica médica en la Provincia de Venezuela	102
4.6.1. Práctica de la medicina popular	102
4.6.2. Práctica de la medicina profesional	105
4.7. Institucionalización y control de la práctica médica	109
5. La alimentación en las Indias coloniales	113
5.1. Productos locales	114
5.1.1. Maíz	115
5.1.2. Yuca	117
5.1.3. Ají	119
5.1.4. Cacao	120
5.2. Productos peninsulares	122
5.2.1. Carne	123
5.2.2. Trigo	124
5.2.3. Caña de azúcar	125
5.3. Síntesis culinaria	126
6. Salud y enfermedad en el Hospital San Pablo de Caracas	130
6.1. El Hospital San Pablo en el siglo XVIII según las <i>Constituciones</i> (el hospital legal) y según la práctica cotidiana (el hospital real)	130
6.1.1. Infraestructura y equipamiento	130

6.1.2. Admisión: entradas y salidas	136
6.1.3. Cuidados generales a los enfermos	141
6.1.4. Personal	144
6.2. Curación y medicinas	148
6.3. Dietas del Hospital San Pablo	151
6.3.1. Tipo, accesibilidad y disponibilidad	152
6.3.2. Preparación del alimento	158
6.4. Dieta, enfermedad y curación	163
7. Conclusiones	173
Bibliografía	178

Alimentación, salud y enfermedad en el Hospital San Pablo de Caracas (siglo XVIII)

Temas como la enfermedad y la alimentación han sido tratados por la Antropología desde hace varias décadas debido a que tocan aspectos primordiales y sensibles para todo colectivo humano, pues ellas son determinantes para la supervivencia misma. Sin embargo, resulta paradójico que el campo común a ambas disciplinas, la dieta terapéutica, no haya recibido la misma atención. En efecto, el estudio del orden alimentario como herramienta para conservar o recuperar la salud, cuenta con escasa literatura especializada en el campo antropológico, siendo esta realidad más notoria en el caso venezolano, dado que los estudios alimentarios comenzaron apenas veinte años atrás (Lovera, 1998: 29).

Es por ello que esta investigación intenta comenzar a llenar ese vacío a través de un trabajo, predominantemente descriptivo, elaborado desde la perspectiva de la Antropología Histórica, en el que los principales temas serán el “saber común” y el “saber especializado”, así como la institucionalización y control de las prácticas sociales relacionadas tanto con la salud y la enfermedad, como con la alimentación del colectivo objeto de estudio.

Para lograr este propósito utilizaremos los métodos de la microhistoria italiana y de la descripción densa de Clifford Geertz, aplicándolos a la mayor variedad de fuentes disponible con la esperanza de lograr la más extensa recopilación posible de objetivaciones y tipificaciones que se hayan podido registrar en lo referente a la administración de dietas terapéuticas en los hospitales de la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII, pudiendo así obtenerse un panorama lo suficientemente amplio que nos permita elaborar una etnografía lo más completa posible.

El Archivo General de la Nación (AGN) fue el principal lugar en donde se hallaron las fuentes primarias, pues toda la información relacionada con los hospitales de la Provincia de Venezuela que dependían del Real Patronato, reposan allí debido a que los respectivos mayordomos de estos centros hospitalarios debían rendir cuentas ante la Real Hacienda, utilizándose

mayoritariamente los documentos producidos en el período que va desde 1760 hasta 1790, por ser los más explicativos y abundantes para poder llegar a definir el orden dietético de los hospitales.

Principalmente fueron tres las fuentes consultadas –todas ellas relacionadas con el Hospital San Pablo de Caracas- y que terminaron dándole sustento a la etnografía aquí presentada. La primera fue el *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) en la que se encuentra asentado un registro acerca de las dietas y el consumo de los pacientes del Hospital San Pablo de Caracas; la segunda fue el *Libro entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), en la que aparecen datos descriptivos de los pacientes del Hospital San Pablo de Caracas; y la tercera fue el Libro de Cuentas (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo), en el que se pueden hallar las cuentas y las cantidades de las compras de alimentos realizadas en el Hospital San Pablo de Caracas.

Se podría pensar que estas tres fuentes por sí solas proporcionaban material suficiente para elaborar una etnografía sobradamente completa, pero es necesario recordar que todo dato debe ser contextualizado y contrastado en el tiempo y el espacio que históricamente le corresponde, de manera tal que se le pueda dar el peso y valor que representaba para la sociedad en estudio. Esta es la razón por la cual, adicionalmente, se procedió a levantar un Censo –ciertamente, muy básico, elemental y sin mayores pretensiones-, sobre la población de la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII, utilizando para ello el relato elaborado por el Obispo Mariano Martí titulado *Documentos relativos a su visita pastoral de la Diócesis de Caracas (1771-1784)*, editado por la Academia Nacional de la Historia (1998). De esta forma, fue posible colocar los datos etnográficos en un escenario que permitiera contrastarlos con una aproximación a la realidad demográfica del momento histórico en que se produjeron, constituyéndose esto en un dato adicional que, a nuestro parecer, enriqueció el contexto histórico que es obligatorio en este tipo de investigaciones.

El primer capítulo contiene la definición de las categorías que conforman los objetivos de esta investigación, esto es, qué es saber común y saber

especializado, cómo se articulan las relaciones de poder entre los individuos y las instituciones, así como el control sobre el discurso y las prácticas atinentes a la salud, la alimentación y la enfermedad. En el segundo capítulo se explica el por qué se decidió el uso de la microhistoria italiana como medio para acercarnos a las objetivaciones y tipificaciones con las cuales se construirá la “descripción densa” que revivirá la trama de significaciones que rodean al hecho dietético en la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII para, desde la Antropología Histórica, contribuir con la construcción de la línea diacrónica del sistema dietético identitario del venezolano. El tercer capítulo introducirá al lector en el ambiente económico, político y social de la Provincia de Venezuela en el ochocientos, así como el cuarto y el quinto lo harán desde los temas –ya más específicos-, de la salud, la enfermedad y la medicina durante la época colonial, al igual que de la alimentación en la Colonia, respectivamente.

Es de hacer notar que etnografía y análisis discurren juntos en el penúltimo capítulo de esta investigación, dada la dificultad de plasmar de forma coherente y comprensible una etnografía de tal extensión y complejidad, sin adjuntar simultáneamente el análisis respectivo. Finalmente, las conclusiones presentadas en el capítulo siete mostrarán las confirmaciones, las diferencias y las perspectivas de estudio que resultaron de esta investigación.

Ciertamente que esta investigación no llena completamente el vacío en cuanto al estudio antropológico de las dietas terapéuticas se trata, pero sí esperamos que contribuya a construir la línea diacrónica del sistema dietético identitario del venezolano.

1. Marco teórico

Para cualquier antropólogo que emprende un trabajo de investigación, así sea el más modesto y simple, se hace imperativo definir categorías claves e indispensables para la disciplina, tales como sociedad, cultura y saber, es decir, someter los datos a un cuerpo teórico básico, cuyo cometido es

“...suministrar un vocabulario en el que se pueda expresar aquello que la acción simbólica haya de decir acerca de sí (...) es un repertorio de conceptos y sistemas de conceptos de corte académico muy generales... entrelazados en el cuerpo de la etnografía de descripciones densas, con la esperanza de convertir los meros sucesos en algo científicamente elocuente” (Geertz en Levi, 1993: 128)

Son estos conceptos los que van a definir con toda precisión los límites antropológicos de los “sucesos”, al decir de Geertz, objeto de estudio.

1.1. Sociedad y cultura

1.1.1. Conceptos de sociedad y cultura

Para D. Aberle (1950), “...una sociedad consiste en un grupo de seres humanos provisto de la capacidad de autorreproducir su existencia colectiva en función de un sistema de reglas para la acción, la duración de cuya vida excede la de cada uno de los individuos que se sometió a ellas” (Aberle en Leach, 1996: 678). Redondeando este concepto inicial, habría que añadir que las sociedades se caracterizan por estar abiertas a los procesos de intercambio y de interrelación con otras sociedades, articulando sistemas de intercambio que abarcan “...todos los niveles de su existencia, desde objetos materiales, hasta relatos, estilos de vida o modos de pensar, entre otros” (Amodio, 2006^a: 16). Es debido a la autorreproducción a lo largo del tiempo y a los sistemas de intercambio interregional que en las sociedades se opera el proceso de transformación y evolución.

La distribución del poder al interior de cada sociedad, está determinada por su forma, esto es, puede tratarse de una sociedad controlada por un conjunto de “...reglas de funcionamiento informales...” (Amodio, 2006^a: 16) de tipo horizontal en la cual la toma e imposición de decisiones es igualitaria, sin

sistemas estrictos de control social; o bien puede tratarse de una sociedad estratificada, de tipo vertical, en la cual existen grupos de poder que toman las decisiones y que hacen uso de la coerción o persuasión para imponer al resto del grupo su idea sobre el mundo, así como las formas de organización y jerarquización de los diferentes elementos que componen la vida en sociedad.

Ahora bien, sea una sociedad horizontal o vertical, ambas requieren de ese artefacto llamado “cultura”, el cual queda muy pobremente definido al decir simplemente que se trata de “sistemas de reglas para la acción”, por ello es necesario ampliar esta noción acudiendo a la *Introducción a la obra de Marcel Mauss* de Lévi-Strauss:

“La cultura puede considerarse como un conjunto de sistemas simbólicos que tienen situados en primer término el lenguaje, las reglas matrimoniales, las relaciones económicas, el arte, la ciencia y la religión. Estos sistemas tienen como finalidad expresar determinados aspectos de la realidad física y de la realidad social, e incluso las relaciones de estos dos tipos de realidades entre sí, y las que estos sistemas simbólicos guardan los unos frente a los otros” (Lévi-Strauss, 1991: 19-20).

1.1.2. A qué sirve la cultura

Berger y Luckmann (2001) coinciden con Lévi-Strauss (1968: 268) en cuanto a que el propósito de la cultura es lograr el equilibrio de los intercambios entre los individuos, de manera tal que se reduzcan o minimicen los valores diferenciales entre los miembros de una sociedad.

Sin embargo, Berger y Luckmann van más allá de esta afirmación, y abordan a Lévi-Strauss desde otra perspectiva. Para ellos la cultura sirve además al propósito de construir la realidad de manera que pueda ser interpretada por el grupo social, dándole así al mundo un significado subjetivo y coherente.

El individuo construye la realidad a través de objetos subjetivos y no subjetivos, tomando conciencia de las realidades múltiples dentro de las cuales se mueve. A los efectos de aprehender esas realidades, la sociedad le proporciona al hombre la cultura, la cual otorga a los objetos, los acontecimientos y las personas su significado en el tiempo y en el espacio. Esto posibilita las relaciones intersubjetivas entre los individuos que comparten esas mismas objetivaciones, es decir, proporciona un “sentido común” que se utiliza en las

rutinas normales y auto-evidentes de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2001: 41).

1.1.3. Como funciona: prácticas, modelos y discursos

A los efectos de la cultura, entendida como sistema de comunicación, los discursos son los significados, las prácticas son los significantes y los modelos son las construcciones teóricas significativas que representan a la realidad y que están conformadas por la suma de las relaciones sociales observables que derivan de la relación entre los discursos y las prácticas culturales (Lévi-Strauss, 1997: 113).

Prácticas y discursos hacen inteligible a la naturaleza al evocar los acontecimientos contingentes que proceden de ella, identificándolos y atribuyéndoles un papel y un lugar en el sistema de significaciones. A lo largo del tiempo esta práctica se constituye en un saber pacientemente acumulado que se transmite inter-generacionalmente, cambiando de una sociedad a otra al cambiar las relaciones en el sistema (Lévi-Strauss, 1964: 92).

La práctica, consecuencia del discurso social, se enmarca en tres aspectos cuya dosificación está definida por el sistema: 1. la ocasión: es exterior, se aprende, y tiene relación sensible con la estructura del objeto que capta, incorporándolo a realizaciones futuras; 2. la ejecución: es intrínseca, se manifiesta en la acción y depende tanto de variables tecnoambientales, como de los niveles de conocimiento del sujeto; y 3. la destinación: es extrínseca, está determinada por su función, por su modalidad de uso y por las fases que se deben cumplir para su uso a futuro.

1.1.4. Cómo se produce, transmite, reproduce y transforma el saber

En *El pensamiento salvaje* (1964), Lévi-Strauss hace un recorrido que nos lleva por dos rutas mutuamente complementarias que sigue la acción humana en el proceso de apropiación y cotidianización de la naturaleza en la forma de conocimiento social expresado en los discursos. Una es la del *bricoleur*, la otra la del que se llamará la del experto o especialista. Ante una nueva situación, el *bricoleur* acude al repertorio de conocimientos transmitidos que ha acumulado

buscando reorganizar estos elementos (memorias, ideas, procesos históricos, psicológicos, etc.), de manera tal que le permitan explicar plausiblemente la contingencia a la que se enfrenta. Con este procedimiento no se está creando nada nuevo, sino que se reconstruyen nuevos significados con viejos significantes al inventariar, clasificar y reordenar los elementos de los que se dispone, creando metáforas que homologuen el nuevo objeto con una imagen conocida: de ahí la importancia de la tradición en el proceso de *bricolage*. En este caso, la contingencia (objeto + acontecimiento) se amolda a la estructura, y si las condiciones tecnoambientales que presionaron para el reordenamiento de los significantes se mantienen, el cambio será permanente.

Complementariamente, la forma en la que el especialista se apropia del saber trasciende a la realidad social, pues éste acude al mundo físico y al mundo simbólico de su sociedad en busca de respuestas creando nuevos mensajes y nuevos órdenes: el experto no re-produce, sino que amplía el inventario de conocimientos que serán objetivados, tipificados y archivados en la memoria. Ante las situaciones problematizadas, el primer paso del experto es interrogar a la naturaleza, después elabora hipótesis y teorías según herramientas cultural, espacial y temporalmente determinadas, y finalmente crea conceptos que presenta en la forma de contingencias con estructura propia.

No está de más acotar que la producción de saber, ya sea según el método del *bricoleur*, ya sea según el del profesional,

“...se apoyan en propiedades fisiológicas y físicas, se queda con algunas de todas las que están disponibles en número, probablemente ilimitado, y explota las oposiciones y combinaciones a las que se prestan para elaborar un código que sirva para discriminar significaciones” (Lévi-Strauss, 1964: 30)

Una vez producido el saber, éste es ordenado por los sistemas de comunicación, los cuales trascienden al grupo que los comparte, convirtiéndose en un ente objetivo y coercitivo que marca pautas, resuelve las situaciones problemáticas y las no problemáticas, tipifica experiencias volviéndolas abstractas, conecta objetos alejados espacial, temporal y socialmente, y transporta al individuo más allá de la vida cotidiana si es necesario.

El primer mecanismo utilizado para internalizar y mantener los sistemas de significación es el de la socialización primaria, la cual identifica al sujeto con

roles y actitudes determinadas. En efecto, atendiendo a la propuesta de Berger y Luckmann (2001), en la socialización primaria el sujeto aprende a tipificar roles y acciones, consiguiéndose así que éste se identifique con la sociedad a la cual pertenece, alcanzando así, en la referencia con los otros, su propia auto-identificación, así como la convicción de que ese mundo aprehendido es el único posible y fiable. La enseñanza de ese mundo se da de acuerdo a la diferenciación individual (edad o sexo), a la social y a la variabilidad histórico-social de las etapas de aprendizaje, y aun siendo aparentemente tan abarcante y omnipresente, nunca es total y nunca es completa, obligando al establecimiento de mecanismos de control, coerción y sanción.

El otro mecanismo de internalización es el de la socialización secundaria, el cual procura internalizar los submundos institucionales mediante el uso de campos semánticos específicos asociados a determinados roles y a la división del trabajo. En este adiestramiento se crean submundos que a su vez son legitimados por símbolos rituales o materiales, creando un cuerpo de imágenes y alegorías específicas.

Dado que la socialización primaria suele prevalecer sobre la secundaria, para evitar problemas de coherencia, es necesario integrar ambos cuerpos de conocimiento en un todo, adjudicándoles a los roles institucionales una identidad anónima, con un sentido subjetivo más débil e independiente del fuerte sentido subjetivo de la identidad individual. El yo total y su realidad mantienen una distancia con el yo parcial específico del rol institucional (cfr. Berger y Luckmann, 2001).

Como en todo sistema de comunicación, la transformación de los sistemas de intercambio ocurre a lo largo del tiempo con el uso, el aprendizaje y la práctica de los sistemas, y/o al producirse un cambio en la ocasión, ejecución y destinación de los acontecimientos. En efecto, tomando prestada la terminología de la lingüística tal como lo hace Lévi-Strauss (1964, 1968), el *bricoleur* no sólo transforma el lenguaje con el aprendizaje y el uso, sino que al adaptar viejos contenidos a nuevas situaciones introduce tales variaciones en el habla, que termina transformando el lenguaje según las necesidades temporales y espaciales. A su vez, el experto también hace su parte en la

transformación al introducir nuevos conceptos en los sistemas de comunicación debido al surgimiento de nuevas necesidades y nuevas realidades.

1.1.5. Prácticas sociales de uso del saber

Tanto el *bricoleur* como el especialista proveen a la sociedad de sistemas de información que se pueden clasificar en cinco niveles de saber cultural, según el ámbito que tocan, así como según el grado de complejidad, disponibilidad y accesibilidad: el primero es el saber cultural común, el cual corresponde al “cómo se hacen las cosas”; abarca a todos y cada uno de los sujetos sociales, en él se fundamenta y de él deriva todo el conocimiento posterior. Sin la legitimación de este primer nivel de saberes, no hay posibilidad de que cualquier otra noción llegue a incorporarse al cuerpo de conocimientos de una sociedad (Amodio, 2006^a: 19). El saber común se traduce en esquemas tipificadores recíprocos construidos por la sociedad para ordenar y comprender la realidad, solucionar problemas rutinarios, y regular las relaciones intersubjetivas; el *continuum* de tipificaciones se vuelve más anónimo, automático, natural y rutinario en la medida en que su origen se aleja de los sujetos en tiempo y espacio. Así, la estructura social es la suma de las tipificaciones constituyéndose éstas en un elemento esencial de la realidad de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2001: 51). El saber común en la forma de tipificaciones se transmite y mantiene en la primera infancia en el curso de la socialización primaria mediante sistemas mnemónicos, tales como refranes, cuentos, moralejas o fábulas.

Sin embargo, hay situaciones en las que la resolución de “...problemas de subsistencia y de relaciones con el medio ambiente natural y humano” (Amodio, 2006^b: 30) requieren de un saber más experto o técnico que, dada la complejidad y especialización del problema, demanda de un aprendizaje y legitimación que corren a cargo de personal experto a dedicación exclusiva que se instruye en él y transmite ese saber mediante procedimientos iniciáticos formalizados. Este saber cultural, llamado especializado, puede llegar a trascender al pragmatismo hasta convertirse en teoría pura.

El tercer saber del que dispone una sociedad es el de la memoria histórica, el cual está conformado por la suma de las historias individuales, la familiar y la social de los sujetos que forman parte del colectivo. La función de la memoria histórica no es solamente la de proporcionar una identidad común al grupo sino también la de justificar las acciones del presente mediante el pasado, con el propósito de construir un futuro. Sin embargo, aun cuando toda sociedad tiene una historia que responde a las necesidades del presente, el valor de esa historia tiene un peso diferente en cada cultura: no todos los colectivos le otorgan la importancia que se le da en la cultura Occidental. En efecto, el tipo de sociedad influye en el valor de uso de la historia; mientras que en las sociedades horizontales ésta no tiene mayor trascendencia con respecto al presente y al futuro de las mismas, en las sociedades verticales (estratificadas) hay diferentes “historias” que le otorgan identidad a la variedad de grupos que en ellas existen, sin embargo la historia de los grupos hegemónicos que detentan el poder funciona como “historia oficial” (cfr. Amodio, 2006^b: 31)

El imaginario social es el cuarto de los saberes culturales de una sociedad, y está conformado por “...ideas, emociones, sentimientos, fábulas y rumores, noticias y fantasías...” que le dan contenido y dinamismo a las representaciones y discursos sociales que hablan sobre el pasado, el presente, las aspiraciones, los miedos, las convicciones. El imaginario se manifiesta en “...cantos, poesías, chistes, refranes y chistes, literatura y teatro, graffiti y panfleto... Algunas de estas modalidades son muy valoradas socialmente, mientras otras pueden ser execradas y hasta reprimidas” (Amodio, 2006^b: 32).

El último de los saberes, el saber filosófico, se corresponde con el de los universos simbólicos, y tiene como función la de legitimar la totalidad del orden institucional mediante mecanismos conceptuales tales como la mitología, la teología, la filosofía y la ciencia. Con mayor o menor grado de especialización, todos los actores sociales participan de este saber sin el cual ninguno de los conocimientos anteriores podría existir so pena de perder completamente su significación y su capacidad de explicar el mundo. De los universos simbólicos de una sociedad se derivan la ética y la moral, las cuales pueden manifestarse en normativas laicas o religiosas (Amodio, 2006^b: 34; Berger y Luckmann, 2001: 125).

Cada uno de los diferentes saberes tiene su expresión en las instituciones. Según Berger y Luckmann (2001), podemos hablar de institucionalización cuando encontramos que las distintas formas de sistematización de la información se tipifican en acciones y reacciones asignadas a diferentes actores, y que son accesibles y compartidas por todos los miembros del grupo social. Las instituciones implican historicidad y control pues pautan y canalizan las respuestas de los individuos en una dirección determinada. En la medida en que la sociedad es más compleja y más estratificada, la institucionalización es más estructurada.

La institucionalización como modelo lógico para interpretar y significar la realidad puede darse de forma consciente o inconsciente. En el primer caso, el modelo es manifiesto, se expresa principalmente en normas sociales codificadas, tiene la función de perpetuar las creencias y es susceptible de ser objeto de interpretaciones; no es la estructura, sino la clave para descubrirla. En el segundo caso el modelo representa a la estructura misma, está oculto para la conciencia colectiva, y cuando se logra ponerla al descubierto expone los resortes de las creencias de una sociedad (cfr. Lévi-Strauss, 1968). Los modelos que se realizan automáticamente, o con un bajo nivel de concentración, son los que corresponden al ámbito de la vida cotidiana o saber cotidiano (cfr. Berger y Luckmann, 2001)

Al tener historicidad y prolongarse en el tiempo, generación tras generación, las instituciones acaban siendo percibidas y vividas como entidades con existencia propia, más allá de los sujetos que en su momento las crearon, y más allá de la necesidad que les dio origen.

1.1.6. Control de las prácticas sociales

Cuando la institucionalización falla –o se cree que puede fallar-, en el propósito de mantener los universos simbólicos, se implementan mecanismos de coerción y sanción. Dado que el orden institucional legitima las relaciones sociales y las hace predecibles, es necesario enfatizar el aspecto cognoscitivo, normativo y sancionatorio a fin de controlar las posibles desviaciones del comportamiento en el plano del significado.

La realidad no se define principalmente por lo que se dice, sino más bien por quién lo dice y en qué contexto lo dice, de modo tal que de las instituciones surge un cuerpo de expertos en cada área, alejado de la experiencia concreta de la vida cotidiana, con el consiguiente privilegio que esta condición les confiere. Los roles y estatus así creados serán protegidos de los neófitos, surgiendo conflictos sociales entre *bricoleurs* y expertos o entre camarillas rivales de *bricoleurs* y expertos, así como ritos de iniciación o de paso. La sociedad misma será la que determine cuál posición es la que prevalecerá según sus intereses pragmáticos, creando para ello un corpus de leyes o normas que sancionará la legitimidad del orden social establecido (Bethencourt y Amodio, 2006: 40).

Por ser los mecanismos de control "...un poder que estructura la sociedad de una forma determinada" (Bethencourt y Amodio, 2006: 45), éstos tienen una influencia moderada y se ejercen de manera consensual en el caso de las sociedades de tipo horizontal, pues contribuyen a mantener la realidad social que es compartida por la gran mayoría de los individuos. Sin embargo, en los casos de sociedades estratificadas, estos mecanismos actúan con mayor contundencia ya que la clase social o grupo dominante utiliza la posesión de bienes económicos o cualquier otra ventaja material, estamental o espiritual –o "capital simbólico" (Bethencourt y Amodio, 2006: 50)-, para crear redes de influencias en todos los ámbitos de la sociedad –el político, el productivo-distributivo, el científico-intelectual, el religioso, o el militar-, ejerciendo potencialmente su poder y logrando con ello mantener su estatus jerárquico, imponiendo su visión del mundo a través de diferentes dominios que dependerán del ámbito de influencia: dominio simbólico para el ámbito científico-religioso, dominio material en el ámbito productivo-distributivo, y dominio por la fuerza, o toma violenta del poder, en el caso del ámbito militar o de la fuerza pública. La institucionalización legítima, justifica y normatiza el dominio de los grupos de poder utilizando para ello los mismos ámbitos sociales sobre los cuales ejerce su influencia (legitimación religiosa, económica, bélica o jurídica, entre otros), logrando eficacia en su propósito de control, siempre y cuando logre que los miembros de la sociedad compartan y acepten el mismo universo simbólico.

Y es con el fin de lograr este control que los grupos dominantes aplican el poder difuso, el cual está dirigido a difundir y mantener la integridad del universo simbólico de los grupos hegemónicos mediante técnicas y discursos que se elaboran tanto desde las instituciones como desde la informalidad de la cotidianidad, y que se presentan como "...regímenes de verdad y saber, generados de acuerdo a la concepción del tipo de sujeto que una sociedad o una institución necesita crear en un momento histórico específico" (Foucault en Bethencourt y Amodio, 2006: 60). Así, se puede constatar cómo desde los diferentes dominios de poder se desarrollan instancias desde donde se elaboran estrategias que condicionan a los individuos a pensar, sentir, comportarse, y relacionarse con otros sujetos, estableciendo lo que está permitido y lo que está prohibido, lo que es válido, normal y natural y lo que no lo es, en suma, proveyendo a la sociedad de una ideología, es decir, de "...un conjunto de ideas conscientes, utilizado por un grupo organizado para producir efectos en la realidad social" (Bethencourt y Amodio, 2006: 63).

Es así como emerge una tradición monopolizadora, con administradores del conocimiento social que se sustentan en una estructura homogénea de poder. Ante los disensos o cuestionamientos a la tradición, los administradores del poder pueden actuar apoyados en la legitimidad de la normativa existente – creada por ellos mismos-, mediante uno de estos dos mecanismos: o los destruyen apelando a los aparatos represores de la sociedad inhibiendo el cambio social, o los asimilan institucionalmente, favoreciendo el cambio.

Cuando la coerción y la sanción fallan en el propósito de mantener las significaciones de los universos simbólicos, se acude primero a la terapia, y si no surte efectos, a la aniquilación. En la primera se procura el desistimiento del transgresor merced a procedimientos como el exorcismo, la reeducación, el psicoanálisis, o cualquier otro dispositivo institucional que intente al transgresor a aceptar la realidad societaria. En la segunda, se "elimina" conceptualmente todo aquello que no pertenezca al universo en una de dos formas: o se le atribuye un "estatus ontológico inferior y carente de seriedad", o se asimila la teoría desviada explicándola "...según conceptos que pertenecen al universo propio" (Berger y Luckmann, 2001: 148).

1.2. Saber y prácticas médicas

1.2.1. El problema de la enfermedad y el concepto de salud

En la Constitución original (1948) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definía la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”. Sin embargo, en la Asamblea General efectuada el 22 de enero de 1998 se acordó transformar este concepto por el de “un estado *dinámico* de completo bienestar físico, mental, *espiritual* y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, reconociendo así la importancia capital de los valores y las creencias culturales en la categorización y percepción de los estados de salud y enfermedad, hecho del cual ya habían dado cuenta hacía mucho tiempo atrás no pocos antropólogos, entre los cuales se encontraba Lévi-Strauss.

Ciertamente, aun cuando la enfermedad puede considerarse como la reacción del organismo ante un estímulo biológico de carácter contingente, inevitable y universal, no es menos cierto que la respuesta social e individual frente al fenómeno es completamente cultural, esto es, un sistema de intercambio en el cual operan los saberes y la eficacia simbólica. La variabilidad entre individuos -tal como edad, sexo o fuerza física-, así como la variabilidad de las limitaciones ambientales y la suma de conocimientos reunidos por el grupo social, constituyen el inventario de posibilidades dentro de las cuales las sociedades van a seleccionar y discriminar cuáles elementos van a utilizar y cuáles van a desechar a los fines de elaborar los contenidos culturales con los cuales se explicarán, interpretarán, canalizarán, normarán y pautarán los procesos biológicos (cfr. Kluckhohn, 1962) en la forma de un sistema médico o curativo.

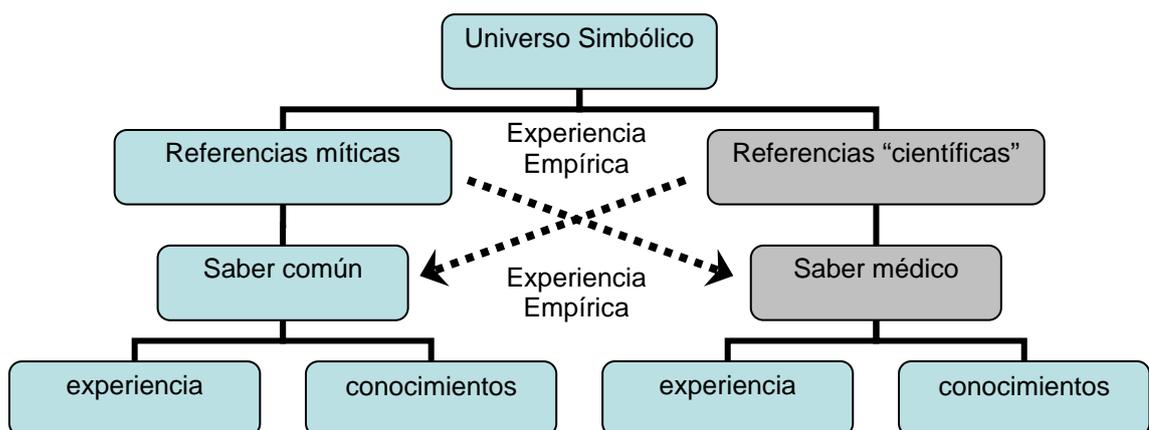
Desde el punto de vista del individuo, la enfermedad es la toma de conciencia de la existencia de una alteración psicósomática, experimentada como desagradable e incapacitante, considerándose como una dolencia. La percepción del sujeto sobre el fenómeno patológico está determinada por la cultura, la biografía personal y la historia del grupo. Desde el punto de vista social, los episodios de desequilibrio, alteración o enfermedad, desencadenan mecanismos de solidaridad o marginación, que pueden derivar en la integración en nuevas estructuras sociales, tales como hospitales, conventos,

degredos, etc., y en el acceso del enfermo a mediadores del poder terapéutico culturalmente aceptados y, en ocasiones, institucionalizados. (cfr. Meyer, 1996: 237).

1.2.2. Producción del saber médico

El saber médico comienza a producirse cuando los individuos que conforman la sociedad se empiezan a hacer preguntas cuyas respuestas tienen el propósito de darle sentido al proceso de desequilibrio (cfr. Meyer, 1996: 237). Las respuestas a estas preguntas -llamadas diagnósticas en el campo de la Antropología Médica-, generan un conocimiento que se puede inscribir tanto en el campo del saber común compartido por todos los miembros de la sociedad en la forma de tradiciones y mitos, como en el campo del saber del especialista en la forma de la práctica del médico, chamán, sanador, o mediador del poder terapéutico, siendo inevitable que ambas se influyen mutuamente en el accionar de la experiencia empírica (Figura 1.1), pues todo saber común tiene elementos científicos o profesionales, igual que todo saber médico profesional contiene partes del saber cotidiano (cfr. Amodio, 2007: comunicación personal).

Figura 1.1.-



De acuerdo a Amodio (1995: 127), estas preguntas son:

- ¿De qué entidad nosológica se trata? El propósito es el de identificar y nombrar la enfermedad.
- ¿Cuál es el mecanismo de la entidad nosológica? La finalidad es la de comprender los procesos y la dinámica del desequilibrio.
- ¿Cuál es la causa? Se espera encontrar los agentes que intervienen en la aparición de la enfermedad, sean estos internos o externos al individuo; culturales o naturales.
- ¿Por qué afecta a esa persona en ese momento? El objetivo es eliminar la incertidumbre justificando el desequilibrio.

Las respuestas a estas preguntas dan lugar a la categorización de las diferentes enfermedades como entidades con características propias, ordenándolas en Modelos Explicativos que proporcionarán la etiología, el diagnóstico y la terapia correspondiente a cada una, permitiendo restablecer el equilibrio y el orden perdidos.

Este saber se elabora en el marco del universo simbólico propio de cada sociedad apelando a los mecanismos de producción del conocimiento, esto es, bien sea reordenando los conocimientos tradicionales (*bricoleur*), bien sea creando nuevas hipótesis y teorías que se someterán a experimentación hasta hallar respuestas satisfactorias (experto) (cfr. Lévi-Strauss, 1964). Una vez relacionadas entre sí, los nuevos saberes se darán a conocer al colectivo social mediante sistemas de información que toman la forma de discursos, historias o mitos que refieren "...a la relación con el mundo y entre personas, la producción de técnicas..." (Amodio, 1995: 134) capaces de producir organización y control social.

Los mitos identifican, evocan y explican los acontecimientos contingentes, en este caso las enfermedades o episodios de desequilibrio, al tiempo que los saberes y las técnicas se aplican a los fines de resolver los episodios patológicos.

1.2.3. Prácticas médicas generales y especializadas

Para que cualquier procedimiento curativo tenga eficacia se deben dar tres supuestos:

- El mediador del poder terapéutico debe creer en la eficacia de sus técnicas y saberes;
- El enfermo debe tener confianza en las técnicas y el saber del mediador; y
- El saber terapéutico y el poder curativo, tanto material como simbólico, del mediador debe ser reconocido y legitimado por la sociedad.

Cualquiera sea el sistema curativo, éste debe organizarse alrededor de los dos primeros supuestos, pues la curación se hace efectiva con la relación entre el enfermo y el sanador, teniendo sin embargo validez en tanto y en cuanto proporcione al colectivo el sentimiento de seguridad de que el universo será reconstruido mediante el mito curativo (Levi-Strauss, 1968: 166) y a través de las técnicas y los recursos materiales.

En efecto, el sanador proporciona un lenguaje que hace comprensible la enfermedad, la transforma en una experiencia culturalmente inteligible, coadyuvando a que el proceso fisiológico de la curación se desarrolle fluidamente, facilitando la resolución de la perturbación orgánica. El lenguaje del sanador permite organizar la experiencia de la enfermedad, controlando los "...mecanismos colocados fuera del control del sujeto...", de manera que "...se regulen espontáneamente para llegar a un funcionamiento ordenado..." (Lévi-Strauss, 1968: 179).

A los efectos del propósito curativo, las preguntas diagnósticas pueden ser respondidas bien por el saber colectivo, bien por el saber profesional, los cuales aún perteneciendo al mismo sistema médico (Dunn en Pollak-Eltz, 1987: 12), se corresponden con diferentes niveles de sistemas de información. Ambos saberes cubren, desde sus respectivos ámbitos, "...las técnicas para movilizar al grupo, para asistir a los enfermos, a sus familiares y a todas las personas en contacto con el enfermo" (Pollak-Eltz, 1987: 13).

El más accesible, por encontrarse a disposición de todos los actores sociales es el saber común, el cual responde a las preguntas diagnósticas de acuerdo al primer nivel de los sistemas de información apelando al saber acumulado y sedimentado a lo largo del tiempo (Berger y Luckmann, 2001: 91) y que generalmente se aprende mediante la transmisión oral de generación en generación, expresándose en la forma de metáforas contenidas en relatos, mitos, proverbios o refranes. En este nivel las acciones o prácticas se aplican automáticamente en la vida cotidiana, correspondiéndose directamente con el sistema tecnológico y encontrándose fuertemente vinculadas con el universo simbólico (cfr. Amodio, 1995).

Por otro lado, el saber médico del especialista es el que se encuentra reservado a un grupo de individuos iniciados en la disciplina médica, a los que se les asigna un rol terapéutico o sanador y que se entrenan en una “mirada” particular sobre el fenómeno patológico como objeto de estudio. El saber así obtenido se expresa en un vocabulario específico y particular que no es del dominio de la totalidad de los sujetos que componen la sociedad y que no es utilizado en la vida cotidiana. Las representaciones y prácticas de quien detenta el saber profesional, al igual que el rol que se le asigna, se producen de manera consciente, se aprenden objetivando el orden institucional y se piensan como un destino inevitable y necesario, similar al del mundo natural (Berger y Luckmann, 2001: 119).

La decisión de utilizar el saber común o el saber especializado en un momento dado para resolver el episodio de desequilibrio, estará determinada por la capacidad que tenga cada uno de ellos para darle mayor sentido a la enfermedad, es decir, la categorización de la enfermedad, el grado de angustia que produzca en el enfermo y en su entorno, la disponibilidad y accesibilidad del afectado a los sistemas, técnicas y recursos médicos, así como la posición o jerarquía social del enfermo determinarán la eficacia curativa (Lévi-Strauss, 1968: 181) de cada uno de los dos saberes, permitiendo definir cuál de ellos es pertinente aplicar en cada variación temporoespacial de la enfermedad.

1.2.4. Control de la práctica médica y mecanismos de transformación

Obviamente que, dado que el éxito de los sistemas médicos radica en su eficacia simbólica tanto como en su eficacia material, es lógico pensar que todo lo relativo a la salud y la enfermedad esté fuertemente ideologizado; es por ello que las sociedades son más proclives a aceptar cambios en las prácticas médicas que a aceptarlos en las creencias acerca de la etiología y el control de la enfermedad (Amodio, 1995: 138), ya que tanto el individuo que ejerce el rol de sanador, así como la institución que lo legitima, e incluso el mismo enfermo, reproducen el universo simbólico de su sociedad, estando éste a su vez construido, validado y retransmitido por el grupo dominante.

En principio, el primer mecanismo que utilizan las sociedades estratificadas para preservar la integridad del sistema médico es el poder difuso, ya que es desde la institucionalización desde donde se dan los primeros pasos para proteger a los universos simbólicos de los “heréticos” y los “intrusos”. Escuelas, universidades y otros centros de instrucción, así como los medios de difusión, aprendizaje y transmisión de información y saber (textos, iconografías, moralejas, entre otros), son los baluartes desde los cuales se controla el saber médico especializado.

En efecto, como la realidad se define tanto por lo que se dice como por quién lo dice, la institución médica prepara a los neófitos a través de instituciones educativas con el fin de producir un grupo de expertos que detente el rol de mediadores terapéuticos, y que tendrán como una de sus finalidades, además de curar, el mantener alejados del ámbito de la vida cotidiana ciertos aspectos de la experiencia patológica ya tipificados y objetivados por la institución médica, dado el consiguiente peligro de que en el ámbito de la cotidianidad irrumpan heterodoxias que pongan en riesgo el orden institucional instaurado y los universos simbólicos asociados, con la consecuente pérdida de eficacia simbólica. Así, aun cuando la enfermedad es un hecho objetivo biológicamente hablando, el padecimiento, el desequilibrio o la anormalidad son hechos subjetivos que pueden coincidir parcialmente con el fenómeno biológico e incluso desbordarlo (Prat, Pujadas y Comelles, 1980: 47), quedando en manos de los “iniciados” en la terapéutica la categorización de la enfermedad, llegando así a constituirse ésta en vehículo de control social al

asociarse normalidad y moralidad con salud, pues tanto el diagnóstico como la terapéutica a seguir pueden llegar a utilizarse para "...sancionar la relación moral, el castigo, o definir el ataque por parte de otras personas" (De Miguel, 1980: 25). En cualquier caso, independientemente de si se le adjudica a la enfermedad una connotación moral o no, autores como Foster establecen las categorías de "enfermedad natural" y "enfermedad cultural", como forma de "...manipulación ideológica de la realidad objetiva que estaría representada por la enfermedad" (Foster en Prat, Pujadas y Comelles, 1980: 47) dificultándose el establecer los límites entre la una y la otra.

Al mismo tiempo y para complementar la labor de las instituciones educativas, los medios de información de la sociedad sirven de caja de resonancia a los discursos del sistema médico dominante, modelando así el discurso y la práctica médica no sólo en el ámbito institucional, sino también en el ámbito informal de lo cotidiano. Adicionalmente, la mitología, la teología, la filosofía, la ciencia y, en última instancia, cuando los anteriores no han surtido efecto, la teoría de la desviación –la cual intenta "curar" ideológicamente a las *ovejas descarriadas*-, sirven de soporte conceptual a los discursos que conducen al mantenimiento del orden institucional.

Aun así, si todo lo anterior falla, el único recurso restante es la exclusión del infractor a la luz de la normativa creada al efecto, etiquetándolo como ajeno al cuerpo social (cfr. Berger y Luckmann, 2001), empleando para ello todo el uso de la fuerza.

Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de aceptar transformaciones en el sistema médico de una sociedad, las cuales se pueden dar forzadas por dos circunstancias: una de ellas es la de que las preguntas diagnósticas no puedan ser respondidas, obligando a la sociedad a nombrar, clasificar y relacionar la nueva dolencia dentro del sistema médico existente, y la otra es que surja –o se introduzcan por contacto con otra sociedad-, nuevas técnicas terapéuticas, prácticas, alimentos o medicamentos que sea ventajoso insertar en el sistema médico. Ambos casos obligan a las sociedades a recurrir a una de las dos opciones de generación de saber ya mencionadas: el *bricolage* o el especializado, tuteladas por las instituciones y los medios informativos para

garantizar que la transformación no amenace la integridad y coherencia del universo simbólico.

Si las transformaciones se producen como resultado del contacto entre sociedades homogéneas, tanto en su horizonte cultural como en su capacidad para imponer las ideas propias, el intercambio es equilibrado; pero cuando las sociedades no son "...homogéneas entre sí, el intercambio se vuelve problemático..." (Amodio, 1995: 137), pues generalmente se producen por la vía de la imposición (poder potencial), y lo más probable que ocurra es que se produzca un proceso de sincretismo en el cual se manifiesten cambios a nivel de las prácticas curativas de la sociedad sometida, pero no a nivel de los modelos (Amodio, 1995: 138).

1.3. Saber y prácticas alimentarias

El saber alimentario consiste en la adquisición, a lo largo del tiempo, de los conocimientos necesarios para saber diferenciar y escoger los distintos medios nutricionales, cómo obtenerlos y como administrarlos, tanto en la abundancia como en la escasez (cfr. Fischler, 1995; Contreras, 1993).

En cualquier cultura, este saber se expresa en un "orden culinario", esto es, la clasificación de los alimentos según las características que se les atribuyen de acuerdo al universo simbólico de la sociedad en cuestión y a la capacidad nutritiva que poseen. La relación se crea según la composición, compatibilidad, inclusión o exclusión de los alimentos, y consecuentemente se elaboran reglas culinarias que gobiernan el consumo y la conducta de los comensales, definiendo el tiempo, el lugar, la variedad, la cantidad, el contexto interpersonal y social del mismo (Fischler, 1995: 35)

Este conjunto de reglas pertenecen al campo de la vida cotidiana, son en gran parte inconscientes, se adquieren mediante la socialización primaria y se determinan según las posibilidades tecnoambientales de cada sociedad (extracción, transformación y distribución), su estructura social (la organización y jerarquización del factor humano de la sociedad), y el universo simbólico que la caracteriza (ideas, significados y valores) (Contreras, 1993: 13).

1.3.1. Alimentación y supervivencia

Lo que consumimos o dejamos de consumir tiene consecuencias biológicas inmediatas, es por ello que muchas de las pautas culturales son elaboradas en base a los determinantes genéticos de cada grupo humano. En efecto, el rango de la actividad metabólica, la incapacidad para asimilar los nutrientes de determinados alimentos o la presencia de una gran mayoría de individuos que padezca alergia a algún alimento en particular, dan pie a pautas culturales adaptativas que responden a las necesidades biológicas, es decir, "...los genes y la cultura se toman en conjunto en un proceso de coevolución, que lo que evoluciona es un conjunto bio-socio-cultural complejo" (Fischler, 1995: 54).

Igualmente, esa misma dimensión biológica del ser humano lo caracteriza como un omnívoro, esto es, que puede y debe incluir en su dieta alimentos tanto animales como vegetales para garantizar una nutrición balanceada, lo cual tiene efectos ambivalentes. La ventaja es que existe una amplísima variedad de patrones dietéticos que cumplen el mismo objetivo: la supervivencia. La desventaja es que esa misma capacidad de consumir casi cualquier cosa, pone al ser humano en el riesgo de dañarse a sí mismo con alimentos no aptos para ser asimilados por el organismo. Así pues, la humanidad oscila entre la neofilia, gusto por probar cosas nuevas, y la neofobia, rechazo a lo nuevo, lo cual lo protege de peligros innecesarios (Fischler, 1995: 66)

Esta situación, llamada "la paradoja del omnívoro" (Fischler, 1995: 66), es resuelta por la sociedad con el principio de la incorporación, es decir, el ser humano aprovecha la reacción biológica que tiene el organismo ante ciertas sensaciones (disgusto sensorial), para elaborar con ella construcciones culturales que deriven en un disgusto cognoscitivo el cual regulará cuáles alimentos pueden ser incorporados al organismo y cuáles están prohibidos. Dulce y amargo son dos ejemplos clásicos de la neofilia y la neofobia respectivamente, pues es un hecho que la mayor parte de los alimentos dulces no sólo no son nocivos sino que además de ser muy apreciados incluso por los bebés recién nacidos, garantizan una rica fuente de calorías. Por el contrario, casi todos los productos que poseen sabor amargo no son aptos para el consumo humano por poseer características nocivas para el organismo.

Como se aprecia, la “paradoja del omnívoro” y el principio de incorporación son las bases biológicas del sistema de reglas alimentario, y esas reglas se traducen en lo que llamamos *la cocina*, la cual elimina la ansiedad e introduce “...lo familiar en lo inédito, la variación en lo monótono (Fischler, 1995: 76).

1.3.2. Alimentación y cultura

Así como lo biológico cumple una función nutritiva individual que tiene consecuencias tanto psicológicas como fisiológicas –que se podría llamar “valor de uso” o cualidades materiales-, lo cultural cumple una función simbólica que entra en el ámbito de lo colectivo, afectando a la sociedad y su imaginario (Fischler, 1995: 18), aspecto que podríamos llamar “valor simbólico” o cualidades simbólicas, las cuales nos referirían a una composición “espiritual” del alimento, tanto como el valor de uso refiere a su composición nutricional (Amodio, 2007, comunicación personal).

En efecto, el sistema alimentario, culturalmente hablando, es vehículo para expresar identidad, y por ende, sistema de información y, como tal, está lleno de significaciones que vienen dadas por las diversas dimensiones que caracterizan el hecho alimentario, unidos a sus aspectos materiales.

Desde el punto de vista funcional, el sistema alimentario gira alrededor de tres aspectos: 1) función rememorativa que hace vinculaciones con el pasado; 2) valores bio-psico-sociales alrededor del concepto de salud, es decir, como objeto que garantiza la nutrición y el equilibrio del ser humano; y 3) señalar, clasificar, ordenar y relacionar la circunstancia temporoespacial que está viviendo una sociedad en un momento determinado en relación con la producción, distribución, preparación y consumo de los alimentos, marcando así pautas de conducta (Contreras, 1993: 70; Goody, 1995: 69).

La producción de los alimentos depende tanto del ecosistema en el que se desenvuelve la sociedad en cuestión, como de las capacidades técnicas que tenga a su disposición. La distribución esta determinada por la naturaleza del producto alimenticio, la técnica de almacenamiento, conservación y transporte, así como de la naturaleza de los intercambios sociales. La preparación se concreta según las características del producto, el tipo de energía y el vehículo

utilizado como elemento transformador (carbón, leña, gas, aceite, manteca, agua), y por último, el saber tradicional o receta utilizada por el cocinero; esto es lo que se define propiamente como *la cocina*, y es lo que le confiere a los alimentos los marcadores organolépticos identitarios (Fischler, 1995: 66). Finalmente, el consumo depende de quiénes participan, cómo se distribuye espacial y temporalmente el producto a consumir, el protocolo que deben observar tanto los sirvientes como los comensales, los instrumentos que se utilizan y la forma cómo se retiran los utensilios y limpian los restos.

1.3.3. Control de la práctica alimentaria

Aun cuando no es la intención de este trabajo el hacer un análisis semiológico, los términos utilizados en esa disciplina nos ayudan a comprender mejor el tipo de controles que se pueden aplicar al sistema alimentario de una sociedad:

“La lengua alimentaria está constituida: 1) por reglas de exclusión (tabúes alimentarios); 2) por las oposiciones significantes de unidades que quedan por determinar (por ejemplo, del tipo dulce/salado); 3) por reglas de asociación, ya sea simultánea (a nivel de un alimento) o sucesiva (a nivel de un menú); y 4) por los protocolos que funcionan quizá como una suerte de retórica alimentaria” (Barthes, 1972: 26).

Estas reglas culinarias son una suerte de gramática y sintaxis –o reglas de ordenamiento-, que aprende el individuo durante la socialización primaria, que aplica inconscientemente, y que forman parte de su tradición e identidad indicándole a él y al resto de los sujetos con los que comparte la misma cultura cómo “hablar” correctamente desde el punto de vista alimentario; a su vez, el individuo las reproduce y transmite, tanto inter-generacionalmente como intra-generacionalmente (Fischler, 1995: 100). Las exclusiones determinan la neofobia y, por tanto, los tabúes, lo que está prohibido comer, y el resto de las reglas marcan las pautas de la inclusión o neofilia.

Ciertamente, las reglas culinarias indican cuáles alimentos son “buenos para comer”, porque ese ordenamiento posibilita que los productos se puedan “pensar”, es decir, se puedan “...ordenarlos, clasificarlos, combinarlos mentalmente según categorías culturalmente definidas” (Fischler, 1995: 72). Si no se puede pensar, no se puede ubicar dentro del sistema alimentario, y por ende, no se puede comer. Esta imposibilidad de “pensar” genera un disgusto

cognoscitivo que llega a transformarse en disgusto sensorial, el cual, siguiendo el principio de incorporación, llega a conformar las reglas de conducta que integran un patrón inteligible para todos los miembros de la sociedad (Fischler, 1995: 76-77).

No se puede olvidar que el control de la práctica alimentaria está también biológicamente determinado, pues la genética de una comunidad, traducida en la forma de alergias o capacidades metabólicas, impone en ocasiones normas adaptativas que son culturizadas e incorporadas al cúmulo de reglas que conforman el orden culinario.

Es por esto mismo que aquellos alimentos que se consideren importantes para una sociedad, bien sea por sus efectos benéficos o sus efectos nocivos, por su utilidad o peligrosidad, adquirirán un fuerte valor simbólico dentro del sistema alimentario, pues de ello dependerá el bienestar de la comunidad (Fischler, 1995: 41).

1.3.4. Modelos de alimentación y su transformación

Todo sistema alimentario está representado en un modelo que sirve para establecer un marco de referencia para las pautas alimentarias o patrones dietéticos que se materializan a través de la *cocina* propia de cada cultura, sin embargo, a lo largo del tiempo pueden ocurrir variadas circunstancias que imposibiliten o dificulten el cumplimiento de ese modelo, o que lo priven de sentido.

Las modalidades del cambio pueden darse por la sustitución de un alimento por otro en el modelo debido a cambios en el valor de uso, comodidad de empleo, valoración simbólica o gustativa. También puede ocurrir que se sucedan cambios en las condiciones comerciales o laborales, la distribución de tareas, introducción o desaparición de ciertas tecnologías, variaciones en la accesibilidad y disponibilidad, haber conquistado o ser conquistado, cambios demográficos o de uso y disposición del espacio, así como por contactos y mezclas con otras culturas (Contreras, 1993: 79; Fischler, 1995: 155; Goody, 1995: 53).

Estos son cambios que se consideran elementales, es decir, que afectan sólo a las prácticas y pueden darse de forma ascendente (percibidos como ventajosos), o descendente (percibidos como desventajosos). Los cambios estructurales se producen cuando la gramática y la sintaxis de la lengua alimentaria sufren una transformación y dejan de significar perdiendo todo su sentido (Fischler, 1995: 164).

Hay límites en el método de transmisión debido a que hay influencias, aversiones e incluso acontecimientos generadores de “mutaciones” cuyo curso no es predecible. Aun así, no es fácil que se produzcan grandes y rápidas fluctuaciones en el modelo alimentario de una sociedad, ya que ello supondría una identidad muy frágil e inestable (Fischler, 1995: 149).

1.4. Alimentación, enfermedad y salud

Si “El alimento construye al comiente: es natural, pues, que el comiente busque construirse comiendo” (Fischler, 1995: 69). Ese viene a ser, palabras más, palabras menos, el pensamiento que de forma inconsciente sigue cualquier individuo en el curso de su vida cotidiana; así pues, nutrirse constituye no sólo una ineludible tarea diaria, sino una “práctica de salud” permanente que se nos presenta en un conjunto de reglas que se corresponden simultáneamente con el sistema médico y el alimentario, y que guían la conducta individual y colectiva.

A su vez, la enfermedad es una contingencia que también se manifiesta en la cotidianidad, siendo la alimentación uno de los recursos utilizados por la comunidad para lograr el manejo y control de la misma, ya que “...la alimentación es el primer medio de acceder al dominio del cuerpo...” (Fischler, 1995: 224), convirtiéndose así este recurso en instrumento de primer orden para el uso de los terapeutas, enlazándose de esta manera las categorías alimentarias con las categorías del sistema médico, dando lugar a la dietética, entendiéndose ésta no sólo como “...la alimentación restrictiva de los enfermos, sino también (...) la higiene, o sea, el régimen cotidiano de los sanos” (Fischler, 1995: 226).

1.4.1. Discursos y modelos de enfermedad/alimentación/salud

El objetivo primario de la dietética es el de mantener la salud y el equilibrio de los individuos de una sociedad y la sociedad elabora para ello discursos – orales y/o escritos-, construyendo modelos en base a la valoración, a las creencias y al sentido que se le otorga a cada alimento como factor de equilibrio o desequilibrio, bienestar o perjuicio, sanación o enfermedad para el cuerpo humano.

Igual que el resto de los saberes, el de la dietética tiene dos discursos, el común y el especializado o experto. El primero posee reglas que son del dominio de todos los individuos que forman parte de la colectivo, es automático, y puede apelar al recurso mnemónico de los relatos, los mitos, los proverbios, las moralejas o los refranes del tenor de “*A mengua de carne, buenos son pollos con tocino*”, “*Más valen dos bocados de vaca, que siete de patata*”, “*¿Tienes ganas de morir? Cena carnero asado y échate a dormir*” (Núñez, 1962 [1554]), que establecen de esa forma el *sentido* dietético de los alimentos de los que se dispone, clasificándolos y relacionándolos; señala la forma de prepararlos y servirlos para que sean útiles a los fines curativos, e indica el encadenamiento de platos a ser suministrados como terapia alimentaria general, según la etiología y el diagnóstico del desequilibrio.

Estos refranes no hacen más que enunciar y reforzar el saber de la cotidianidad expresado en el modelo que hace inteligible la realidad material, tecnológica, socioeconómica y ecológica que posibilita la producción de alimentos de ese grupo, unida con los valores bio-psico-sociales alrededor del concepto de dichos alimentos en relación con la salud, es decir, como objeto que garantiza la nutrición y el equilibrio del ser humano. El modelo dietético tradicional estará en vigencia siempre y cuando sea producido y reproducido mecánicamente y sin cuestionamientos por el colectivo.

Por otra parte, el saber dietético especializado es ejercido por un grupo de “iniciados” –normalmente asociados al campo de la salud y la medicina-, socialmente diferenciados, en base a una serie de clasificaciones y reglas codificadas y formuladas explícita y conscientemente, es decir, según las características del saber experto de una sociedad.

En algunas culturas los aspectos simbólicos de lo culinario, los médico-dietéticos, así como de los sagrados, se encuentran entremezclados e indiferenciados, tanto en los aspectos simbólicos como en los operativos. En otras, dietética y cocina divergen y se separan constituyéndose en dos sistemas de información diferentes pero no completamente divorciados entre sí, ya que ambos deben corresponderse con el mismo universo simbólico para ser operativos (Fischler, 1995: 223).

1.4.2. Prácticas del proceso curativo/alimentario

Un régimen de vida sano implica, entre otras cosas, una línea de conducta, una regla de la existencia y un gobierno de lo cotidiano. La esperanza de una sociedad es que la conducta producto de las reglas dietéticas minimice los episodios de desequilibrio y, en caso de que ellos se produzcan, llegar a resolverlos o controlarlos.

Las prácticas dietéticas pueden ejecutarse según el saber común o según el saber experto; ello dependerá, como en el caso de la enfermedad, de los sistemas de valoración y por tanto de la eficacia simbólica que se haya construido en los discursos, así como de la eficacia biológica de dichas prácticas. Para tomar una decisión en cuanto al curso de acción a seguir, el mediador terapéutico tomará en cuenta tres aspectos:

- Destinación: estatus jerárquico y sanitario del enfermo, y por lo tanto a las posibilidades de accesibilidad y disponibilidad de los diferentes recursos dietéticos prescritos por el terapeuta.
- Ocasión: la categorización de la enfermedad relacionada con la categorización del sintagma y el paradigma alimentario y el grado de angustia que produce la enfermedad tanto en el individuo, como en la comunidad.
- Ejecución: accesibilidad y disponibilidad a los diferentes recursos, tanto humanos (chamán, médico, sanador), como dietéticos (técnicas de obtención y/o transformación de los alimentos), o sanitarios (hospitales u otras instituciones creadas *ad hoc*).

1.4.3. Control de las prácticas curativo/alimentarias

Tanto la cocina como la dietética pretenden gobernar el cuerpo y para ello establecen sistemas de reglas de carácter normativo que regulan las acciones de los miembros de la sociedad.

“La alimentación comporta casi siempre una postura moral. La elección de los alimentos y el comportamiento del comensal están inevitablemente sometidos a normas religiosas, médicas, sociales, y, por tanto, sancionados por juicios (...) Ciertos alimentos están más cargados simbólicamente que otros” (Fischler, 1995: 265).

Así pues, el primer control del que dispone una sociedad en cuanto a la conservación del orden que llamaremos dietético, es la normativa expresada en las mismas exclusiones, oposiciones, asociaciones y clasificaciones de los diferentes alimentos y platos que conforman la lengua alimentaria (Barthes, 1972: 26), pero que en este caso llamaremos “lengua dietética” por ser expresión de un sistema que se encuentra atravesado por las categorizaciones del sistema médico, dado que su función es la de conservar y/o recuperar la salud.

Asimismo, igual que ocurre con el “orden culinario”, la consecuencia inmediata del “orden dietético” es el establecimiento de criterios de acuerdo a los cuales tendrá lugar la incorporación de los alimentos y, por ende, las causas que producirán el disgusto cognitivo y sensorial, de donde derivará el conjunto de reglas que regularán la práctica dietética. Estas relaciones indicarán cuáles son los alimentos que tendrán un alto valor simbólico para la recuperación o la conservación de la salud, y que serán objeto de restricciones sociales, médicas, religiosas o morales, marcando distancia entre el alimento y el consumidor.

Una parte también importante de las consideraciones morales que le dan sentido y eficacia simbólica al gobierno o régimen dietético al que debe someterse el individuo para recuperar o conservar la salud, es la que concierne al espacio, la ocasión y la temporalidad del consumo, pues ello establece indudablemente la identidad del comiente, limitando y enmarcando sus elecciones y conductas alimenticias (Goody, 1995: 56; Fischler, 1995: 318), especialmente si el acto de comer se ejecuta en instalaciones comunitarias en donde tanto el consumo, como los hábitos alimentarios, están estrictamente reglamentados.

Por último, pero no por ello menos importante, es necesario mencionar el papel que toca a los detentadores del saber dietético especializado en su rol de mantener el orden institucionalmente establecido, pues son ellos los que con su saber –ya sea de *bricoleur* o de experto-, marcan las pautas o patrones dietéticos que serán legitimados o no por la sociedad, según los intereses pragmáticos de ésta (cfr. Berger y Luckmann, 2001).

2. Marco metodológico

2.1. El estudio histórico del pasado

2.1.1. Historias nacionales e historia clásica

Ninguna cultura está exenta de poseer algún tipo de relato que "...explica el mundo, la cultura y la sociedad..." (Vansina, 1968: 168). Estos relatos tienen como principal característica la de ser:

"...fuentes oficiales cargadas de una intención histórica. Producidos por especialistas en ocasiones públicas, son transmitidos en el interior de un grupo social determinado. Se pueden distinguir (...) los relatos universales, locales y familiares. (...) La historia universal se compone de episodios de diferentes historias locales y dispuestos en un conjunto más o menos coherente (...) Están sujetas a numerosas deformaciones para defender o mantener los intereses públicos" (Vansina, 1968: 166)

Ciertamente, la historia es un saber que no sólo produce identidad, sino que también elabora discursos que legitiman y justifican el orden establecido. En el caso de las sociedades estratificadas, este saber se transmite en la forma de relatos que se consideran importantes para la estabilidad del orden social, elaborados por los especialistas en ese saber desde las instituciones creadas al efecto, y que responden a los intereses ideológicos de los grupos dominantes, difundiendo así una tradición que argumenta y explica las representaciones colectivas (Fontana, 1982: 15).

En el caso particular de Occidente, la historiografía profesional arranca en el siglo XVIII, cristaliza en el siglo XIX y está vinculada al surgimiento de los Estados-Nación y a la necesidad de crear identidades comunes dentro de colectivos diversos. Las élites hegemónicas de los Estados-Nación hallaron en la Historia la forma de agrupar a los diferentes colectivos que convivían dentro de sus límites geográficos en una identidad nacional construida alrededor de coincidencias religiosas, regionales o étnicas. En efecto, las identidades nacionales se construyeron seleccionando tradiciones en las cuales se vieran reflejados los individuos, tanto en el presente como del pasado, reforzando así la nueva "identidad" nacional por encima de otras posibles identidades (cfr. Amodio, 2005).

Con el fin de favorecer la institucionalización de la incipiente historiografía, así como la labor de los historiadores profesionales, el Estado facilitó, promovió y patrocinó, en primer lugar, la organización y centralización de archivos documentales, después la creación de cátedras universitarias que proporcionaron un método que le dio validez y legitimidad a la disciplina y, por último, otorgaron recursos para publicar y difundir el producto final del historiador, siempre y cuando fuera coherente con la historia oficial que requerían las clases dominantes a los propósitos de su justificación y legitimación. Paralelamente, y tal como ocurre en cualquier otra sociedad, los aparatos ideológicos del Estado impusieron el pasado seleccionado por los grupos dominantes de la sociedad, logrando fundar y reforzar la identidad grupal (Amodio, 2005: 144)

De este orden de cosas nace lo que se da en llamar “Historia Episódica”, “Historia Historizante”, “Historia Nacional” o “Historia Clásica”, la cual se refiere a los hechos singulares de individuos relevantes que “no se repiten”, son únicos en el tiempo y que el historiador recoge “objetivamente”, según métodos preestablecidos que garantizarían la imparcialidad del profesional de la Historia: para ellos, la historia ya existía en los documentos, antes incluso de ser recogidos. De esta manera, los hechos son ordenados por el historiador en una “...cadena lineal de causas y consecuencias...” que rara vez son de orden económico o social; el análisis externo e interno del documento según la rigurosidad del método positivista, garantizaba la objetividad del resultado. Sin embargo, estos historiadores no percibían que tal objetividad no existía, pues eran ellos mismos los que elegían su objeto de estudio y seleccionaban los documentos testimoniales, cayendo en la interpretación arbitraria de los hechos (Flamarion y Pérez, 1981: 19-20).

Así, las características de la Historia Nacional son: 1) un saber que se centra exclusivamente en las sociedades “civilizadas” que producen documentos escritos en los cuales se relatan las crónicas de príncipes, prohombres, batallas y efemérides relacionadas con la formación de los Estados-Nación y que se ordenan en cronologías, 2) una tendencia a interpretar los hechos como causalidades históricas, y 3) exposición de manifestaciones conscientes y explícitas de la vida social que se centran en acontecimientos específicos y

resaltantes dentro del curso de la vida social (Izard y Wachtel, 1991: 349). Aun cuando la construcción de las Historias Nacionales estuvo marcada por la cronología, la individualidad y la política, no es menos cierto que el rigor en la obtención de información, la crítica textual y la hermenéutica, fueron los aportes de esta tendencia a la disciplina histórica (Juliá, 1989: 6).

Sin embargo, la consecuencia de las Historias Nacionales fue que "...la historia sustituye a la mitología y desempeña la misma función...", pues se le otorga a personajes "únicos" en la Historia el papel de fundadores-aglutinadores de una identidad y un devenir común con la pretensión de "...justificar los derechos o privilegios tal como existen en el momento presente o que incluso intenta validar reivindicaciones de derechos que desaparecieron hace ya mucho tiempo..." (Lévi-Strauss, 1978: 65).

2.1.2. Los *Annales d'Histoire Economique et Sociale* y su influencia

La publicación de los *Annales* aparece en 1929 de la mano de Marc Bloch y Lucien Febvre surgiendo como respuesta a la necesidad de un compromiso social enmarcado en el nuevo contexto social de Occidente. Fueron varias las experiencias que influyeron en los historiadores de la época para producir esta nueva tendencia historiográfica –entre ellas el planteamiento de Weber, quien se interesó por conocer la causalidad de los fenómenos sociales-, que intentaría vincular a la Historia con disciplinas como Sociología, Geografía, Psicología, Lingüística, Demografía y otras. La disposición a aplicar el enfoque económico, social y estructural por encima del político, el interés por los hechos recurrentes antes que por los singulares, y el pensar la historia a partir de las exigencias, objetivos y necesidades del presente, fueron las directrices que dieron forma a esta tendencia historiográfica (Juliá, 1989: 7), la cual es denominada por los mismos Bloch y Febvre como Historia Social.

El contacto con otras disciplinas de las Ciencias Sociales por parte de los seguidores de los *Annales* planteaba un problema en lo atinente al carácter dinámico de los eventos sociales y la lógica de las estructuras sincrónicas (Casanova, 1991: 62), lo cual condujo al historiador social Fernand Braudel a establecer cual sería, desde esta perspectiva, el objeto de estudio del

historiador, dividiendo el concepto de duración de la Historia en tres niveles, a saber: 1) corta duración: los eventos cambian rápidamente, se enfoca en lo económico y los eventos regionales; son los acontecimientos; 2) duración intermedia: se trata de una historia coyuntural, de ritmos lentos pero variables que se observa en el plano de lo social; son las coyunturas; y 3) larga duración: se refiere a la historia estructural, a las mentalidades, a aquello que resiste el cambio, pero a su vez lo produce; son las estructuras (Flamarion y Pérez, 1981: 24).

Se introducen así en la metodología historiográfica dos novedades. Una es la posibilidad de elaborar hipótesis y plantear problemas con respecto al hecho histórico y, la otra, como ya se expresó, es sumar a las fuentes documentales tradicionales toda realización, material o inmaterial, de la acción social. Esta última innovación amerita varias salvedades a las que hay que atender. La primera es que los datos están mediatizados por la identidad, la posición y cultura de aquéllos que elaboraron el documento, pues éste es sólo una "...huella, es decir, la marca que ha dejado un fenómeno, y que nuestros sentidos pueden percibir..." (Bloch, 1965: 47) que sólo puede ser comprendido en el contexto cronológico en el que fue emitido, es decir, interpretado de acuerdo al universo simbólico del grupo dominante en aquel momento. El investigador se encuentra a su vez influenciado por su propio contexto biográfico y social, de manera que se puede afirmar que las decisiones metodológicas que toma el historiador se encuentran influenciadas por la "comprensión del pasado por el presente y del presente por el pasado" (Bloch, 1965), o en otras palabras, la interpretación que el historiador haga de los datos, estará influida por su existencia presente en relación con su propio pasado (presente-pasado), su devenir actual (presente-presente), y las esperanzas, deseos o intereses en el futuro (presente-futuro) (Amodio, 2005: 141). Las razones por las cuales un documento haya sido conservado así como las circunstancias de su conservación, los olvidos, las mentiras, la emoción, lo familiar o lo rutinario, ya son datos en sí mismos y ameritan el tanteo de, y la consulta a, la mayor diversidad de fuentes posibles (Bloch, 1965: 75).

Esta nueva interpretación del método historiográfico de los representantes de los *Annales* amplió la noción de documento, llevándolo a todo lo que “...perteneciendo al hombre, depende del hombre, sirve al hombre, expresa al hombre, demuestra la presencia, la actividad, los gustos y los modos de ser del hombre” (Le Goff, 1991: 231). La extensión del contenido del término “documento” ha llevado a una revolución documental tanto cualitativa como cuantitativa, pues ahora la memoria colectiva se ocupa de todos los hombres: es la documentación de masas. Si la Historia se ocupa de lo social global, los datos deben recoger la “totalidad” de la acción humana, extendiéndose así a los aspectos de la vida cotidiana, a los saberes, a los valores, ideas y creencias de la sociedad, es decir, la historiografía se encuentra en el campo de la Historia de las Mentalidades, forzada a introducirse en el campo de la psicología social (Flamarion y Pérez, 1981: 326). Los testimonios de esta nueva tendencia provendrán de “El documento, el dato, [que] ya no existen por sí mismos, sino en relación con la serie que los precede y los sigue; el suyo es un valor relativo que se ha de convertir en objetivo y no en vínculo con una inaferrable entidad real” (Furet en Le Goff, 1991: 232), siendo el propósito el de tratar de reconstruir las estructuras mentales de los distintos grupos sociales, y establecer las “...coyunturas mentales más cambiantes” (Flamarion y Pérez, 1981: 329).

2.1.3. La microhistoria italiana

Una microscópica escala de observación que ponga de relieve aspectos que no hayan sido observados con anterioridad, es la principal característica que define a la práctica de la Microhistoria Italiana (Levi, 1991: 122), la cual se da a nivel local entre individuos concretos, temporalmente bien definidos en un marco socio-histórico de relaciones intersubjetivas, priorizando los acontecimientos irrepetibles, singulares, originales, pero a la vez dentro del ámbito de la normalidad.

El análisis de los datos es de carácter cualitativo y se efectúa mediante el método del Paradigma Inidiciario propuesto por Carlo Ginzburg (1983), el cual consiste en buscar entre los datos aquellos hechos en apariencia insignificantes pero que al ser ordenados por el investigador en una secuencia

narrativa lógica, proporcionan una visión que revela la verdadera naturaleza de las relaciones sociales del colectivo en estudio. El Paradigma Indiciario no excluye la Investigación Serial o Cuantitativa propia de la Historia Social; al contrario, ya que ambos métodos de análisis se complementan el uno al otro ayudando a reencontrar la relación entre el acontecimiento individual e inconsciente con la sociedad en la cual esa acción es ejecutada.

Como se puede observar en la caracterización anterior, aun cuando surge de la investigación histórica, la práctica de la Microhistoria y la descripción densa de Clifford Geertz tienen puntos en común desde el momento en el que aquella teoriza desde las herramientas proporcionadas por ésta. Mientras que Levi habla de "...posibilitar descripciones densas (...) [trabajando] a partir de signos significativos (...) organizados dentro de un marco inteligible..." como práctica historiográfica (Levi, 1991: 127), Geertz aboga desde la teoría antropológica por un análisis que "...desentrañe las estructuras de significación (...) [determinando] su campo social y su alcance" (Geertz, 1995: 24). Es decir, la Historia "toma prestado" el vocabulario de la Antropología a los fines de aplicarlo para resolver "...problemas interpretativos nuevos" (Levi, 1991: 128), reconociendo así el papel esencial y único que juegan los sistemas culturales en las relaciones sociales y en sus procesos de transformación.

Igualmente, la objetivación y tipificación son tomadas por la Microhistoria Italiana de la disciplina antropológica y de la de la sociológica, con el propósito de determinar cuáles son las representaciones sociales que serán objeto de estudio del historiador y evitar así la selección de información que no es relevante para entender las estructuras sociales (Levi, 1991: 133).

Los testimonios que muestran las acciones de los individuos ante las tipificaciones de la sociedad revelan, según la Microhistoria Italiana, tanto el sistema normativo de un colectivo, como el punto de vista y la línea de pensamiento del "informante" que elaboró los documentos, los monumentos, o los restos materiales de los cuales se obtiene el testimonio, al proceder a contrastarlos con uno de los tres tipos de contextualización social posible: 1) se le da significado a las desviaciones al contraponerlas a la "normalidad" y revelar las discrepancias; 2) se sitúa una idea dentro de los límites de comprensión de las "hablas" de un sistema social; y 3) se ubica formal y

comparativamente un suceso con respecto a otros similares que se encuentran separados en tiempo y espacio). Se asume que el origen de las transformaciones deviene de "...estrategias y elecciones mínimas e infinitesimales que actúan en los sistemas normativos contradictorios" (Levi, 1991: 136-138). En resumen, la orientación microhistórica toma como punto de partida las acciones sociales de un individuo en el ámbito de la vida cotidiana como un conjunto de interrelaciones dinámicas, y obtiene las significaciones al contrastarlas con un contexto social determinado con el fin de establecer el grado y ritmo de las transformaciones de una sociedad.

2.1.4. Límites del estudio historiográfico del pasado

Cada una de las diferentes etapas por las que ha discurrido la práctica historiográfica a lo largo del tiempo proporciona excelentes herramientas y técnicas para obtener datos históricos y relacionarlos entre sí: la Historia Historizante aporta la "Investigación de fuentes, crítica de documentos y comprensión de sentido" (Juliá, 1989: 6); la primera etapa de la Historia Social derivada de los *Annales*, introduce la práctica de preguntarse por el pasado desde el presente construyendo a partir de allí el objeto estudio, obligando al historiador a introducir en el análisis las estructuras de los diferentes sistemas de la sociedad, especialmente la económica y la social, usando para ello la multidisciplinariedad (cfr. Juliá, 1989: 9); la segunda etapa de los continuadores de los *Annales*, introduce la Historia de las Mentalidades, obligando al historiador a acudir a categorías de la Sociología, la Psicología y la Antropología, y establece las tres temporalidades en el estudio de la Historia; por último, la Microhistoria Italiana define la escala de estudio del fenómeno, introduce la idea del Paradigma Indiciario y establece la importancia de la contextualización normativa de los fenómenos sociales.

Sin embargo, todos esos aportes son solamente técnicos y carecen de "...un concepto organizador fundamental..." (Juliá, 1989: 25) que permita un análisis tanto de la causalidad y como de las transformaciones de la estructura social, pues para ello se requiere de un cuerpo teórico que proporcione el "vocabulario", del que habla Clifford Geertz, que va a permitir transformar los datos, sucesos o acontecimientos "...en algo científicamente coherente"

(Geertz en Levi, 1993: 128). Como ya descubrieron los Historiadores Sociales desde la época de Bloch y Febvre, el análisis causal y de transformación de las estructuras y las relaciones sociales a lo largo del tiempo, sólo es posible si se adopta el cuerpo teórico de disciplinas tales como la Sociología, la Antropología y la Psicología, pues categorías como sociedad, cultura, saber, identidad o acción social, sólo pueden ser elaboradas y entendidas desde las Ciencias Sociales: sin estas conceptualizaciones no existe la posibilidad de análisis alguno y la Historia queda, con toda seguridad, reducida a un simple relato cronológico. En suma las tres grandes limitaciones que se le achacan a la Historia: "...la contraposición entre lo contemporáneo y lo pasado, la convención del *continuum* y la óptica del acontecimiento..." (Juliá, 1989: 4), quedan resueltas con el uso de las Ciencias Sociales, especialmente con el de la Antropología.

2.2. Estudio antropológico del pasado

2.2.1. El método antropológico

El objetivo principal del antropólogo es el estudio del "otro", y para lograrlo la primera previsión debe ser la definición de su objeto de estudio, elaborando para ello un marco teórico desde el cual van a definirse las categorizaciones que van a delimitar "la trama de significaciones" de ese "otro" (Geertz, 1996: 24) y que eventualmente constituirá el objeto de estudio e interpretación. Una vez establecidos estos límites, se siguen esencialmente tres fases: 1) El trabajo de campo, donde se recogen los datos a ser utilizados: es el trabajo etnográfico; 2) Elaboración de la hipótesis en base a la cual se va a llevar a cabo la labor interpretativa en la que se van a identificar y sistematizar patrones, modelos o estructuras de significación que posteriormente se relacionarán con el marco teórico; y 3) Un estudio comparativo contextualizado en el que se establecen, en la medida de lo posible, las analogías o diferencias, las particularidades o generalizaciones que nos aproximen a la cultura y a la identidad particular de una sociedad; en esta fase es necesario establecer algún tipo de cronología que indique el dinamismo del fenómeno objeto de estudio (Silva, 1998: 24).

El curso de acción del antropólogo es entonces el de recolectar la serie de sucesos observables que interesen a la investigación mediante cualquiera de los instrumentos que ofrecen las técnicas etnográficas (encuestas, entrevistas en profundidad, investigación documental, entre otros), analizarlos e interpretarlos a la luz del marco teórico seleccionado con el fin de descubrir los acontecimientos en los sucesos, y arrojar así la luz sobre el sistema de significaciones sociales. Finalmente, en una operación similar a la de las temporalidades braudelianas de la segunda etapa de los *Annales*, se contrastan los resultados del análisis con la “estructura de la coyuntura históricamente específica”, lo que sirve de puente para lograr una relación entre acontecimiento y estructura (Sahlins, 1988: 14).

El resultado siempre va a ser una interpretación “de segundo y tercer orden” de una fracción de las estructuras conceptuales específicas y circunstanciales que identifican a una sociedad, a partir de “...conjeturar significaciones, estimar las conjeturas y llegar a conclusiones explicativas partiendo de las mejores conjeturas...” (Geertz, 1996: 32).

2.2.2. El método antropológico para sociedades del pasado

Habría que partir de la premisa de que:

“La experiencia social humana es la apropiación de percepciones específicas mediante conceptos generales: un ordenamiento de los hombres y los objetos de su existencia de acuerdo con un plan de categorías que nunca es el único posible, sino que en ese sentido es arbitrario e *histórico*” (Sahlins, 1988: 136).

Esta es la razón por la que –a pesar de la resistencia que durante mucho tiempo existió entre los antropólogos por emprender estudios históricos relacionados con su disciplina-, finalmente se impuso el hecho ineludible de que la cultura sólo existe y se hace posible en la medida en que es producida y re-producida en la acción, proceso en el cual ocurren alteraciones que pueden dar lugar a transformaciones permanentes en los sistemas de significación. Estas transformaciones sólo pueden observarse en el *continuum* temporal, surgiendo así la necesidad de emprender investigaciones antropológicas de sociedades del pasado, cuyos aportes serían:

“...[en primer lugar], relacionar los diferentes niveles de la existencia de la realidad social, primeramente, en la vida cotidiana y en las acciones repetidas de los actores sociales que permiten la existencia misma de las identidades, y en segundo lugar, la identificación de los topos donde acontecimiento y estructura se despliegan en el horizonte vital de los grupos humanos y de los individuos para producir nuevas formas culturales” (Amodio, 2005: 147).

Como se puede ver, antes que nada, como primera previsión, se le impone al investigador la tarea de recolectar los sucesos rutinarios de la vida cotidiana de las sociedades del pasado en la forma de una etnografía que se elabora según los testimonios proporcionados por: 1) fuentes primarias, las cuales van a suministrar los sucesos; 2) fuentes secundarias, que permitirán captar las articulaciones económicas y sociales sobre el fenómeno estudiado; 3) investigaciones arqueológicas, las cuales aportarán restos materiales que arrojen luces sobre la cotidianidad de la sociedad sometida a estudio; y 4) criterios ecológicos para establecer el modo de producción de la sociedad en cuestión (Fontana, 1982: 184).

En ese proceso de recolección de datos, el reto del antropólogo en el estudio del pasado, es el de “...aprehender al otro a partir de su realidad y no de la del observador” (Amodio, 2005: 154), pues,

“...cada sociedad opaca sus reglas, naturalizando la historia, y es en esta trampa en la que caen muchos investigadores, doblemente inconscientes: (a) de las presiones que su sociedad ejerce sobre ellos y (b) de la resistencia que las sociedades del pasado oponen a su intención cognoscitiva” (Amodio, 2005: 147)

Así, podemos ver que las dificultades que se le plantean a la Antropología Histórica no son distintas de aquellas que Bloch identificó hace ya sesenta años en el estudio historiográfico, y es que el hombre ve su pasado desde su presente y su presente desde su pasado. Así cabría preguntarse, ¿qué tan cognoscible es la realidad de las sociedades del pasado, cuando sus acciones inconscientes y las acciones del investigador se encuentran cubiertas por una opacidad que oculta el verdadero sentido de unas y otro? No hay más remedio que asumir que siempre estaremos elaborando una aproximación a acontecimientos que “verosímilmente”, según las probabilidades, tuvieron el significado que se les atribuyen: es decir, “...la realidad es, para el sujeto percibiente, la representación” (Amodio, 2005: 150). Como advierte Vansina:

“El conocimiento del pasado al cual el hombre puede llegar está limitado a lo que las fuentes transmiten (...) El historiador (...) sólo ve ciertos aspectos del [pasado], a veces extrapola, pero jamás puede llegar a conocer lo que sus documentos no han conservado (...) Cada tipo de fuente, no solamente posee sus limitaciones propias, sino que está caracterizado también por una forma de ver las cosas, un sesgo particular. La existencia de este sesgo significa, por otra parte, que cada tipo de fuente posee una utilidad propia para el conocimiento del pasado” (Vansina, 1968: 153)

De aquí la importancia de acudir a la mayor variedad posible de fuentes para obtener un panorama lo más amplio posible del fenómeno que se va a estudiar y transformarlo en material etnográfico; recordar que el hecho etnográfico existe aun cuando no haya sido recogido, pero que no será un material susceptible de ser utilizado hasta que la intermediación del antropólogo lo “crea”, formulando la pregunta e interpretando la respuesta, transformándolo así en un instrumento de conocimiento (Lenclud, 1991: 492) que nos presenta el síntoma, la huella o el indicio de una “realidad oculta” (Amodio, 2005: 149).

Como dice Le Goff (1991), cuando se utiliza un documento como “informante” hay que minimizar en la medida de lo posible esa doble opacidad, teniendo para ello en cuenta el “inconsciente cultural” que se manifiesta en:

- Las condiciones de producción histórica, la intencionalidad del documento;
- Qué motiva al historiador a escoger ese documento y no otro;
- Las motivaciones conscientes o inconscientes de la sociedad que lo produjo y de la sociedad o sociedades que lo conservaron: ello es reflejo de la imagen que ellas quieren proyectar al futuro;
- La perspectiva económica, social, jurídica, política, cultural, espiritual y el uso político como instrumento de poder; y
- El contexto arqueológico que puede acompañar el documento: historia ecológica, dendrología, palinología, semántica histórica, cartografía, fotografía aérea, foto interpretación, etc. No se debe aislar al documento del conjunto de monumentos de los que forman parte.

Por otra parte, es preciso recordar que, mientras que el historiador es un “muralista”, el antropólogo es un “miniaturista” (Geertz, 1992: 56), por lo que

aun cuando el segundo hace uso de los recursos de la Historia Social para revelar las coyunturas del fenómeno que está estudiando, también maneja las técnicas de la microhistoria para extraer las pequeñas y en apariencia insignificantes acciones cotidianas de los individuos con las que construye la descripción densa que revelará la trama de significaciones de una cultura, de allí la importancia de hacer las preguntas adecuadas a las fuentes. Para ordenar las ideas desde el punto de vista teórico, se puede decir que cada suceso es un “rasgo de un complejo cultural” (Lemmo, s/f: 40) que al ser descompuesto en seis aspectos nos proporcionará la descripción más verosímil del rasgo o suceso:

- La pauta de comportamiento: es el cómo transcurre la acción;
- La temporalidad: es el cuando se produce la acción;
- En quiénes recae la acción: nos indica los actores sociales involucrados, activos o pasivos;
- La finalidad que se espera de la acción: es el para qué;
- La preparación previa a la acción: nos dice qué es necesario para que la acción ocurra; y
- El resultado de la acción social.

2.2.3. Límites del estudio antropológico del pasado

Como dice Geertz, el antropólogo siempre está “...en cualquier tiempo menos ahora, en cualquier lugar menos aquí...” (Geertz, 1992: 58); su tarea es estudiar a los “otros” alejados en tiempo y/o espacio, y en ese empeño se tropieza con una realidad que pareciera ser insalvable, y ella es que es sumamente difícil una hermenéutica que intente una interpretación extracultural, ya que toda interpretación, o etno-antropología, se hace desde el horizonte cultural del investigador, de la misma manera que todo dato de los informantes, o etno-historia, se emitirá desde el horizonte cultural de los “otros”. Ambas se manifestarán desde sus respectivos universos simbólicos, y aun cuando existan pretensiones de que es posible lograr una “mirada objetiva”,

esta creencia sólo puede conducirnos a una “trampa interpretativa” que restaría seriedad y validez al intento (cfr. Amodio, 2005).

Ahora bien, es necesario reconocer la dificultad para “...definir niveles y ámbitos de relaciones interculturales donde hay mayores o menores posibilidades de comunicar y, por ende, aprehender al otro a partir de su realidad y no de la del observador” (Amodio, 2005: 154). Una primera acción en este sentido sería el renunciar a la etno-antropología en beneficio de otros etno-saberes relacionados a esta área, es decir, ceder en la hegemonía que reclama Occidente sobre este tipo de conocimientos, procediendo a abrirse, aceptando que existe la posibilidad de una epistemología distinta a la nuestra pero, aun así, válida y que puede ser compartida. Otro tanto se puede decir acerca de las etno-historias: cada una de ellas es un dispositivo identitario particular de cada sociedad pero, podría pensarse en una meta-historia susceptible de ser compartida, únicamente a efectos académicos, dado que es imposible pensar en un colectivo que renuncie a la posibilidad de la alteridad histórica como uno de los elementos que define su horizonte cultural (Amodio, 2005: 155), sólo en beneficio de una meta académica.

Es necesario admitir que en este sentido Occidente ha manejado esta parcela de poder de tal manera, que no ha dejado espacio a los “otros” para expresarse, tanto desde la etno-historia como desde la etno-antropología, por lo que ya hace tiempo que se producen “rebeliones” y “resistencias” para las que sólo hay dos salidas: o el antropólogo reorienta su objeto de estudio hacia su propia sociedad, es decir, hacia los “otros” más cercanos y similares a él mismo; o se incorpora a los “otros” lejanos al proceso de construcción de una meta-antropología y una meta-historia, que se solapen en espacios de coincidencia y encuentro común.

2.3. La investigación: el sistema dietético en los hospitales del siglo XVIII en la Provincia de Venezuela

2.3.1. Tema y su importancia

Como ya se mencionó anteriormente, la alimentación y la enfermedad son fenómenos biológicos que no escapan de ninguna manera a la culturización de los seres humanos, pues de ambos depende la supervivencia del colectivo, por lo que de ellos se desprenden sólidos rasgos identitarios (Fischler, 1995: 149), de allí la importancia del estudio de la dietética. Por esto mismo no puede escapar de nuestra atención cualquier documento que permita ofrecer información en ese sentido, y a ese propósito es que se aboca esta investigación: a intentar dar un aporte descriptivo del sistema dietético desde la Antropología Histórica mediante la información recabada a partir de distintas fuentes, ofreciendo así una aproximación sincrónica al sistema dietético venezolano durante la segunda mitad del siglo XVIII, contribuyendo a la vez a construir la línea diacrónica del sistema dietético identitario del venezolano.

Como señala Lovera, los registros de la etapa protoestadística venezolana, plasmados en libros de cuentas institucionales o domésticos en los que aparecen tipo, cantidad y precio de los comestibles utilizados, "...han permanecido prácticamente vírgenes en nuestros archivos, sobre todo en lo referente a nuestra disciplina" (Lovera, 1998: 206), refiriéndose así al estudio del sistema alimentario en Venezuela. Aun más, el mismo autor hace referencia a los "...registros abiertos por Gonzalo Quintana Barreto, mayordomo del Hospital San Pablo de Caracas, quien llevó meticulosamente las cuentas de su administración de 1759 a 1776, e incluso un curioso cuaderno que intituló *Arancel o reglamento económico para los alimentos, raciones o pitanzas* (sic)" (Lovera, 1998: 206).

Fue precisamente ante la vista de ese cuaderno que menciona Lovera, identificado con el número 814 de la Sección Real Hacienda del Archivo General de la Nación (AGN) -y que realmente se titula *Formulario y arreglo respectivo a las raciones de alimentos*-, que pareció abrirse la posibilidad de vincular la alimentación que se le suministraba a los enfermos del Hospital San Pablo con la enfermedad diagnosticada por el médico tratante

de la institución hospitalaria, esto es, el sistema dietético terapéutico de la segunda mitad del siglo XVIII en la Provincia de Venezuela.

2.3.2. Delimitaciones espaciales y culturales y fuentes del estudio

El área de estudio considerada es lo que entre 1760 y 1780 constituía la Provincia de Venezuela o Caracas, haciendo énfasis principalmente en la zona de influencia de la ciudad de Caracas la cual comprendía, además de las Parroquias Catedral, San Pablo, Altagracia y Candelaria, las poblaciones de Chacao, Petare, Baruta, Valle de la Pascua, San Diego Macarao, Antímano, La Vega, Paracotos, Charallave, Guatire y Guarenas.

Se tomará como base poblacional el resultado de los cálculos propios efectuados según el censo realizado por el obispo Mariano Martí y cuyos números aparecen en el *Compendio* (tomos VI y VII) de los *Documentos relativos a su visita pastoral de la Diócesis de Caracas (1771-1784)* publicados por la Academia Nacional de la Historia (1998).

Ahora bien, la recopilación de la data de las dietas según el *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) no fue sino el comienzo de una meticulosa y prolongada tarea de recolección de datos que tomó cerca de dos años, y que al relacionarse entre sí proveyó la información necesaria para suministrar un panorama bastante completo de la dietética terapéutica de la segunda mitad siglo XVIII.

Las fuentes primarias consultadas se encuentran en el Archivo General de la Nación, en la Sección que recoge la documentación correspondiente a la Real Hacienda, dado que el Hospital San Pablo de Caracas –nuestra principal fuente de información-, dependía del Patronato Real y la administración informaba y rendía cuentas ante aquella instancia.

Igualmente se utilizaron en menor medida, y sólo como referencia complementaria, todos aquellos documentos relacionados de alguna manera con alimentación, salud y enfermedades que estuvieran comprendidos entre 1760 y 1790 y que se encontraran en otras secciones del citado Archivo

General de la Nación, así como en la Sección Carnicerías y Sección Propios del Archivo Histórico de Caracas.

3. La sociedad colonial en la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII

3.1. Relación geográfica

La conformación y definición de los límites del territorio de la Provincia de Venezuela se remontan a comienzos del siglo XVI, cuando se establecieron por Real Cédula expedida por Carlos I el 27 de marzo de 1528, fijándose su estatus político y administrativo como Gobernación (Morón, III, 1992: 859).

El territorio que se conoció hasta 1777 como Provincia de Venezuela o "...tomando el nombre de su metrópoli, es comúnmente llamada, provincia de Caracas..." (Oviedo y Baños, 1992: 12), abarcaba el área conocida como

"...Tierra Firme (...) gozando de longitud doscientas leguas, comprendidas entre el morro de Unare (...) y el Cabo de la Vela (...); de latitud tiene más de ciento veinte leguas, bañando al Septentrión todas sus costas el Océano, y demorándole al Sudoeste el Nuevo Reino de Granada, sirven al Mediodía de lindero a su demarcación las caudalosas aguas del río Orinoco..." (Oviedo y Baños, 1992: 12).

Como era costumbre, la Provincia se encontraba dividida en corregimientos, y éstos a su vez en parroquias o pueblos (Landaeta Rosales, I, 1963: 89). Hasta comienzos del siglo XIX, la Provincia de Caracas comprendía,

"...la ciudad homónima y valles de Chacao, Petare, Mariches y Los Teques; valle de Caucagua y Sabanas de Ocumare; Puerto Cabello, La Guaira y todo el litoral desde Cabo Codera hasta Aroa; valles de Aragua; el Tuy; distritos de Carora, Barquisimeto, Tocuyo y Guanare; San Felipe, Nirgua, Aroa y los llanos vecinos; llanos de Calabozo, de San Carlos, de Araure y de San Juan Bautista del Pao" (Cunill Grau, 1992: I-571).

3.2. Estructura política e institucional

3.2.1. Poder político provincial

En el centro del sistema político estaba el Rey, cuyo poder emanaba del designio Divino, nombrándose los funcionarios con el propósito de asistir al Monarca en el manejo del Estado. El funcionario más cercano al Rey era el Virrey, al cual respondían directamente los Gobernadores de provincia. En

consecuencia, el principal actor político de la Provincia de Caracas era el Gobernador y Capitán General, el cual tenía como principales funciones las de "...reunir a los pobladores para tareas concretas y especiales de justicia y defensa [en la forma de] milicias constituidas y armadas de manera transitoria" (Salcedo, 1996: 112) en su rol de Capitán General con poder militar, así como la administración de justicia a través de la Real Audiencia, y la administración de la economía y los tributos a través de la Real Hacienda (Troconis, 1993 : 86) en su papel de Gobernador con poder político. El Gobernador de la Provincia de Venezuela respondía ante el "...Virrey de Santa Fe, o del Presidente de la Audiencia de Santo Domingo, según los tiempos y casos..." (Salcedo, 1996: 112).

La unificación político-territorial de Venezuela se da durante las tres últimas décadas del siglo XVIII con la creación de cuatro instrumentos cohesionadores: Intendencia de Ejército y Real Hacienda (1776), Capitanía General de Venezuela (1777), Real Audiencia de Caracas (1786) y Real Consulado de Caracas (1793), teniendo los tres últimos su sede en la ciudad de Caracas y jurisdicción sobre toda la Capitanía General, la cual ahora incluiría a las provincias de Nueva Andalucía o Cumaná, Guayana, Barinas, Maracaibo e islas de Trinidad y Margarita (Morón, III, 1992: 856).

3.2.2. El Ejército

Aun cuando el Gobernador, en su cargo de Capitán General, era el encargado de la defensa de la circunscripción asignada, durante la Colonia no existió un ejército regular, sino grupos organizados de hombres armados llamados milicias, que hacían frente a las agresiones que pudieran provenir del exterior contra los puertos y las ciudades de la Provincia.

La reglamentación utilizada en la Provincia de Venezuela en el manejo de las milicias databa de 1766; redactada por el Gobernador y Capitán General de Venezuela José Solano y Bote, determinaba la composición de las milicias y "...las normas relativas a la organización, efectivos y mandos de las unidades; adiestramiento, castigos y empleos de los milicianos; así como calificación de

servicios, fueros, preeminencias, matrimonios y otros aspectos” (Bencomo, II, 1992: 928).

Así, la infantería se organizaba en compañías sueltas y batallones, la caballería en escuadras y la artillería en compañías. Cada batallón constaba de 9 a 11 compañías, y cada compañía tenía de 60 a 100 hombres (Bencomo, II, 1992: 219) a los cuales se les enseñaba el arte del manejo de las armas: “Al sargento mayor y al maestro de campo correspondían, respectivamente, la instrucción militar y las maniobras y simulacros del cuerpo armado” (Salcedo, 1996: 113). La provisión de material bélico “...era suministrado por el Estado...” (Bencomo, II, 1992: 928) aun cuando los propios milicianos podían aportar lo que bien quisieran y pudieran.

Hacia 1768 se ordenó desde España la creación de un Regimiento permanente de Veteranos con el fin de resguardar Caracas, Puerto Cabello y La Guaira, constando de dos batallones de ocho compañías cada uno, pero sólo pudo formarse un solo batallón (Salcedo, 1996: 112).

Las diferencias étnicas presentes en la estructura social de la Colonia se manifestaban también en la conformación de los distintos batallones, existiendo así los batallones de blancos y los de pardos.

3.2.3. Real Hacienda

La Real Hacienda era la instancia encargada del Tesoro, o ingresos y egresos de la Corona en la Provincia de Venezuela, estando la sede en Caracas desde el año 1578, momento en el cual la ciudad se convirtió en capital de la Gobernación. Los movimientos monetarios producto de la actividad de esta institución se asentaban en libros en los que se explicaba el origen de las rentas y la razón de los egresos.

Los principales rubros fiscales existentes a finales del siglo XVIII fueron (Arcila Farías, II, 1992: 423-429):

- Almojarifazgo: pechaba a todas las importaciones y exportaciones;
- Alcabala: era un impuesto a las ventas;

- Alcabala de mar: impuesto de entrada y salida de mercaderías en el tráfico de cabotaje;
- Armada y armadilla: sostenía a los buques del resguardo costero;
- Avería: se cobraba a los buques que atracaban en puertos de la Provincia, y era utilizado para los gastos de Tribunal de Consulado y fomento de la agricultura;
- Tafia: impuesto de un peso por quintal de aguardiente de caña;
- Pulperías: pago de una patente anual
- Composición y confirmación de tierras: pago por concesiones o legitimaciones hechas por el Cabildo;
- Arriendo o alquiler de tierras;
- Lanzas: derechos por títulos nobiliarios;
- Medias anatas: impuesto sobre los sueldos de los cargos públicos;
- Tributo de indios: tributos de los indígenas a la Corona;
- Cargos venales: compra de cargos para el Cabildo, excepto el de Alcalde;
- Novenos reales: parte de los diezmos eclesiásticos correspondiente a la Real Hacienda;
- Papel timbrado;
- Guarapo: impuesto similar al que gravaba el aguardiente;
- Gallos: derechos de licencia sobre juegos públicos;
- Sucesiones vacantes: herencias dejadas sin testamento ni herederos; y
- Estanco del tabaco: venta y distribución exclusiva por el Estado, a nivel de mayorista y de exportador.

Estos tributos no sólo servían a los gastos de defensa de la Provincia, al pago de sueldos y salarios de los funcionarios de la Corona, a los gastos de administración de justicia y al gasto corriente de la administración imperial, sino que también eran empleados en patrocinar obras de beneficencia pública, tal

como hospitales, hospicios, escuelas y casas de misericordia, en virtud de los privilegios y facultades especiales concedidas a los soberanos españoles por parte del Papado con miras a favorecer la evangelización del Nuevo Mundo y que recibían en nombre de Patronato Real.

Hacia finales de la Colonia, el interés creciente de la Corona española por el comercio, la agricultura y la ganadería como forma de generar riqueza tanto a las mismas colonias como a la Metrópoli, indujo la creación de instituciones que protegieran y fomentaran "...el comercio entre la colonia y la metrópoli", siendo la Compañía Guipuzcoana (1730-1784) la que marcaría la pauta en este aspecto en la Provincia de Venezuela durante casi todo el XVIII. Ya en las postrimerías del siglo se instaura el Real Consulado de Caracas (1793), cuya función era la de "...proteger el comercio (...) [y] fomentar todas las ramas de la economía bajo su jurisdicción (...) [poseyendo] la doble función de un gremio mercantil y de una junta de fomento económico". Para lograr esta finalidad, el gobierno peninsular incorporó al Real Consulado a los comerciantes y los grandes terratenientes de la Capitanía General de Venezuela, representándose así en una misma institución tanto el interés comercial de la Corona, como el interés de los productores criollos (Tandron, 1976: 15).

3.2.4. Poder político local

El principal órgano del poder político local era el Cabildo el cual era la instancia que desde el mismo comienzo de la fundación de las ciudades reguló la vida cotidiana de la comunidad. Esta institución, a pesar de lo que pudiera parecer a primera vista, no representaba al total de la población que habitaba en una circunscripción dada, sino sólo a los vecinos de esa localidad, los cuales solían representar apenas un 5% del total de habitantes pues debían ser sujetos de condición libre, "...propietarios o con oficio, cabezas de familia o hijos independientes, que fueron ordinariamente los pobladores fundadores y sus descendientes, aceptados como tales en el momento de la fundación y reconocidos posteriormente por el Cabildo" (Aizpúrua, II, 1992: 1.032). El resto de los habitantes de la localidad, aun cuando no participaban de las decisiones del Cabildo y debían someterse a sus dictámenes, eran llamados "moradores".

El Cabildo estaba conformado por 12 regidores, quienes durante los primeros años del régimen colonial eran electos de entre los vecinos; éstos elegían al comienzo de cada año a los alcaldes ordinarios, quienes se constituían en las máximas autoridades de la localidad. Los alcaldes junto con los regidores formaban “Justicia y Regimiento”, la cual era la estructura básica por medio de la cual el Cabildo cumplía sus funciones, las cuales eran, de acuerdo a Ermila Troconis de Veracoechea (1993: 88):

- Reglamentar la vida social, política y religiosa de los vecinos;
- Administrar justicia ordinaria mediante los alcaldes;
- Velar por el orden público;
- Mantener las edificaciones y el ornato público;
- Definir el reparto de solares y dirimir litigios entre propietarios;
- Controlar y hacer cumplir las normas sobre pesos y medidas;
- Velar por el abastecimiento alimentario;
- Controlar el alumbrado público y la distribución del agua potable;
- Otorgar credenciales a los maestros de primeras letras;
- Cuidar del funcionamiento de hospitales, casas de misericordia y cementerios; y
- Autorizar espectáculos públicos, tales como obras de teatro, comedias y corridas de toros.

Hacia la segunda mitad del siglo XVIII, la mayor parte de los cargos de Cabildo eran ofrecidos a la venta, siendo adquiridos por el mejor postor. Los principales eran (Aizpúrua, II, 1992: 1.033):

- Regidores: en número de doce, se elegían entre los vecinos.
- Alcaldes ordinarios: se elegían dos. Era un cargo anual y se elegían de entre los Regidores.
- Procurador general: representaba a los moradores de la ciudad.

- Alférez real: tenía voz y voto en el Cabildo, pero era un cargo honorífico que consistía en llevar el Pendón Real que representaba a la Corona. Este cargo se compraba a perpetuidad.
- Alguacil mayor: comandaba la “policía” local. Era anual.
- Fiel ejecutor: vigilaba los abastos de las ciudades, tanto en precio y peso como en cantidad.
- Depositario general: recibía en depósito bienes objeto de litigio.
- Alcaldes provinciales de la Santa Hermandad: se encargaban de la vigilancia extraurbana y estaban bajo la jurisdicción de los alcaldes ordinarios.
- Escribanos: se encargaban de transcribir todo lo pertinente a las actividades del Cabildo.
- Procuradores: atendían los pleitos de los moradores.

Durante los años en los cuales funcionó la Compañía Guipuzcoana en la Provincia de Venezuela (1730-1784), los cabildos fueron utilizados por los criollos, -en particular el de Caracas-, como fuerza de choque para proteger sus privilegios comerciales, entre los que se encontraban el abastecer de cacao al mercado de Nueva España y a la Metrópoli, y el derecho de hacer uso de un tercio de las bodegas de las embarcaciones que salían de La Guaira para hacer envíos directos a España, uniéndose a ese descontento y aumentándose el disgusto por el rol monopolizador que ejercía la Compañía Guipuzcoana en el comercio interno de la Provincia. Dada la virulencia que llegaron a alcanzar los conflictos, los factores de la Guipuzcoana se vieron en la obligación de formar una junta con los cabildos para discutir los precios del cacao, en presencia del Gobernador de la Provincia como árbitro hasta que se produjo la disolución de la Compañía (Aizpúrua, II, 1992: 1.035).

3.3. Estructura social

La principal característica de la estructura social colonial venezolana era la división por “castas”, es decir, por el color de la piel de las personas: ese factor

biológico definía el lugar y la jerarquía de los individuos en la sociedad (Soriano, 1988: 37), clasificándolos como blancos (españoles y criollos), indios, pardos (mezcla entre cualquiera de los grupos) y negros (libres y esclavos) (McKinley, 1993: 26), aun cuando en varios documentos de la época se menciona también el término “morenos” el cual probablemente designaba a individuos de piel negra que habiendo sido esclavos, lograron de algún modo su libertad. Igualmente se puede observar que en algunos documentos se incluye a los mestizos –mezcla de blanco e indio- en el grupo de los blancos, tal como ocurre en el censo realizado por el obispo Mariano Martí entre 1771 y 1784. El manejo y la utilización del concepto “castas” era completamente *emic* y muy flexible, ya que la ubicación en la escala social estaba determinada no sólo por el color de la piel, sino también por la ascendencia, el honor y los bienes de fortuna.

Por otra parte, el término estamento, muy utilizado en los estudios de la época colonial desde un punto de vista *etic*, refiere a una diferenciación de tipo normativo o jurídico que definía una serie de privilegios y derechos subjetivos para cada estrato de la población, ubicándose así a los individuos en rangos que definían su papel social, jurídico y político, los cuales eran determinados al unir el status jurídico con el resto de los elementos identitarios. De tal manera, el carácter estamental se fundaba en

“...el nacimiento (linaje o bastardía, limpieza de sangre), la actividad o profesión (modo de vida), y el *status* jurídico (fuero, privilegio) que se reflejaban, a su vez, en la estructura, coherente con ella, que mostraban los rangos del estamento militar y del clerical. Así, la estructura estamental se entretejía con aquella estructura jerarquizada en grupos étnicos o “castas” que constituían la *sub-stantia* de la totalidad social” (Soriano, 1988: 42).

Por lo tanto, para los efectos de la investigación se utilizará el término estamento para referirnos a los diferentes grupos que componían la sociedad colonial venezolana, por ser el que define de manera más integral los elementos de juicio utilizados por la sociedad colonial en cuanto a la clasificación social de los individuos.

En las Tablas 3.1 y 3.2 se presenta la distribución de la población de la Provincia de Venezuela según el estamento, la edad y el sexo, utilizándose como base poblacional el cálculo propio según las cifras publicadas en el

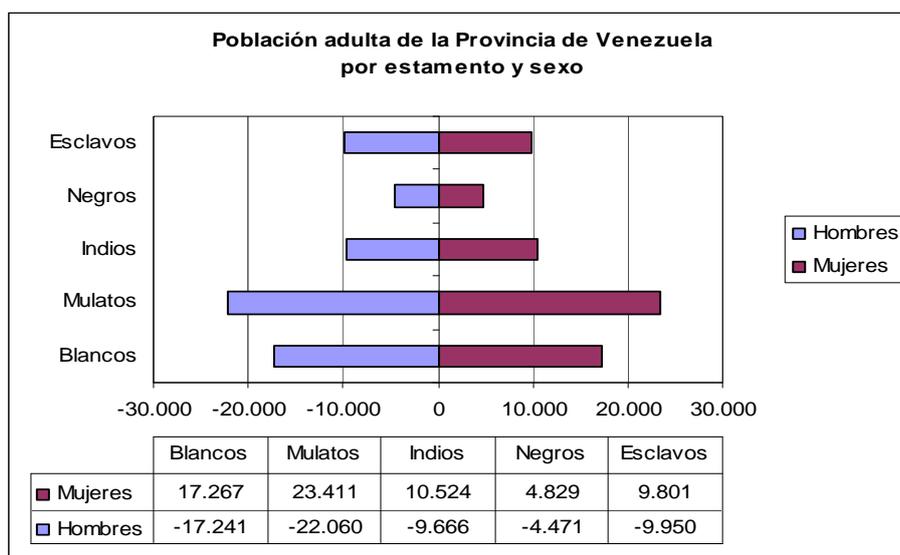
Compendio publicado por la Academia Nacional de la Historia de los *Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* (1998) del obispo Martí:

Tabla 3.1.-

Población de la Provincia de Venezuela por estamento				
Blancos	Mulatos o Pardos	Indios	Negros o Morenos	Esclavos
89.748	120.125	56.611	26.925	51.778
26,0%	34,8%	16,4%	7,8%	15,0%

Fuente: Cálculos propios según datos obtenidos del *Compendio de los Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* del obispo Mariano Martí (1998).

Tabla 3.2.-



Fuente: Cálculos propios según datos obtenidos del *Compendio de los Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* del obispo Mariano Martí (1998).

3.3.1. Distribución espacial

En números absolutos la población total de la Provincia de Venezuela era de 345.186 personas, según el censo del obispo Martí. Como afirma McKinley (1993: 23), en el eje costa-cordillera se concentraba la mayor parte de la población de la Provincia, en concordancia con el hecho de que en esa zona se encontraban los dos principales puertos de salida y entrada de mercancía: Puerto Cabello y La Guaira, así como las zonas agrícolas más productivas en

las cuales se cosechaba cacao, café, añil, y tabaco. En suma, el 10% del territorio, contenía a casi el 50% de la población.

3.3.2. Los estamentos

Como ya se mencionó, la ubicación de un sujeto en la jerarquía estamental y la denominación correspondiente no era siempre obvia y se prestaba a confusiones (López, III, 1992: 34-35) dada la gran cantidad de elementos subjetivos que entraban en juego –más allá de la legislación y las normas-, situación que se evidencia en los documentos de la época, en los cuales se habla, a veces de pardos, a veces de mestizos, y en algunos de morenos. Sin embargo, para simplificar, se tomará el ejemplo de la mayoría de los autores, quienes utilizan el término pardo para englobar en él a todos aquellos sujetos que tenían una mezcla de cualquier tipo entre indios, negros y blancos, quedando así las cuatro categorías antes mencionadas.

Blancos

Los blancos era el estamento que poseía un estatus social privilegiado, aun cuando era una minoría numérica (ver Tablas 3.1 y 3.2), dividiéndose en tres grupos. Los blancos criollos eran quienes, en la mayoría de los casos, detentaban el poder político de los Cabildos y el poder económico al poseer grandes haciendas y hatos. En teoría, eran hijos de españoles nacidos en territorio de la Provincia, pero dada la escasez de mujeres hispanas que ingresaron a Venezuela durante la época colonial, forzoso es suponer que tenían mezcla de algún tipo con una o más de las otras castas: era muy difícil hallar a un blanco criollo que pudiera alegar una absoluta limpieza de sangre, pero ello carecía de importancia, ya que la homogeneidad del grupo se daba más por lazos económicos y sociales que por el color de la piel (López, I, 1992: 934-936).

Los altos funcionarios y administradores de la Corona que ocupaban todos los cargos de la administración imperial pertenecían al grupo de blancos de la Península o peninsulares. Sin embargo, la costumbre era que dichos funcionarios hicieran la totalidad de su carrera en las colonias del Imperio español, por lo que muchos de ellos vivían durante décadas en un mismo lugar,

creando así lazos de amistad, comerciales y hasta matrimoniales, que los vinculaba totalmente a la vida social y económica de la Provincia.

El tercer grupo lo constituían los blancos inmigrantes de las Islas Canarias, que solían desempeñarse en la red comercial, o como pequeños agricultores que comercializaban sus productos en los mercados locales. Hacia finales del siglo XVIII se produjo un éxodo masivo de canarios hacia la Provincia, muchos de ellos de manera ilegal (McKinley, 1993: 26-31)

Pardos

El de los pardos era el grupo social más numerosa (42,6%, ver Tabla 3.1), si consideramos que en él se incluye también a los morenos libres. Debido a que fue muy escaso el número de mujeres peninsulares, es más una certeza que una presunción el hecho de que el origen de los pardos estaba marcado por la ilegitimidad, con toda la sanción moral y legal que esto significaba en aquella época. Los pardos tenían prohibición de acceder a cargos públicos, a la instrucción universitaria, a las sagradas órdenes, al servicio militar en tropas permanentes, a ser ascendidos a un grado superior al de capitán y a contraer matrimonio con blancos. Así, se puede ver que la única alternativa que les quedaba para no caer en la pobreza más extrema, cosa que a muchos ocurría, fue la de ejercer oficios manuales conceptuados como de “baja calidad”: pulperos, artesanos, arrieros, capataces, jornaleros, o cualquier otro oficio que se pudiera ejercer sin adquirir una educación formal (López, III, 1992: 34-35); asimismo, aun cuando no podían ejercer como escribanos por tener negado el acceso a la instrucción superior, sí podían portar armas, pues formaban parte de las milicias (Lucena, II, 1992: 919).

Existían pardos que se dedicaban a laborar la tierra en pequeñas parcelas que eran de su propiedad, lo cual les proporcionaba poco más que la subsistencia, pero los liberaba de terminar atados a la tierra de una hacienda debido a las deudas contraídas con el terrateniente. En el medio urbano el pardo tenía mayores posibilidades de movilidad social, pues entre ellos había desde pobres arrieros, hasta prósperos comerciantes, lo que no impedía que la masa de pobres que poblaba las ciudades estuviera compuesta mayoritariamente por los individuos pertenecientes a este grupo (McKinley, 1993: 31-35).

Hacia finales del siglo XVIII (1795), y en un gesto de liberalización de la Corona española, se emitió la Cédula de “Gracias al sacar”, según la cual se podía adquirir por una cantidad monetaria la condición de blanco, y con ella la posibilidad de acceder a los cargos y empleos que hasta ese momento estaban reservados a los miembros de este grupo. Esta aspiración de los pardos se vio truncada cuando los criollos, desde el poder que les daba su actuación como miembros del Cabildo, lograron que la Corona redujera considerablemente los efectos de igualdad social que esta medida significaba (López, III, 1992: 35).

Indios

Durante la segunda mitad del siglo XVIII fueron dos las demarcaciones territoriales y jurídicas que determinaban las funciones y el lugar que ocupaban la gran mayoría de los indios en la jerarquía de la sociedad colonial, a falta de las encomiendas: los pueblos de misión y los pueblos de doctrina.

Los pueblos de misión consistían en áreas asignadas a una orden religiosa específica por un período de veinte años en régimen transitorio libre de encomienda y del pago de tributos, y que se encontraban claramente diferenciadas de los pueblos de españoles o de los pueblos de doctrina. La finalidad de este tipo de ocupaciones era la de adoctrinar a los indios en la fe cristiana y prepararlos para vivir bajo el régimen civil y religioso en el que aspiraba la Corona española que vivieran sus súbditos. El resultado de esta práctica fue la “...expansión geográfica durante el período hispánico, a la vez que se lograba, la pacificación de las tribus indígenas y su paso a la vida sedentaria de agricultores y ganaderos” (Del Rey Fajardo, II, 1992: 947), actividades de las cuales subsistían. La escuela y la iglesia eran los dos polos entre los cuales se desarrollaba el aprendizaje del indígena, donde cultivaba destrezas como carpintería, herrería, tejeduría, pintura o escultura en la primera, así como la doctrina cristiana en la segunda, favoreciendo y estimulando así un cambio social, económico, moral y religioso en la comunidad aborígen. En las misiones también se daba cabida a esparcimientos tales como, cantos, poesía y otras manifestaciones folklóricas.

Al término de los veinte años que establecía la Ley para el funcionamiento de los pueblos de misión, éstos se convertían en pueblos de doctrina, pasando al cuidado espiritual de sacerdotes seculares pagados por las cajas de la

comunidad del pueblo, y que tenían como labor atender a la enseñanza, la salud y el servicio espiritual de los grupos indígenas; también pasaban a estar sujetos al pago de tributos a la Real Hacienda, los cuales eran recolectados por un Corregidor "...con jurisdicción para que los gobierne en lo civil y lo criminal" (Del Rey Fajardo, II, 1992: 947), quien en muchas ocasiones sometía y tiranizaba a los indígenas.

Se estima que cerca del 19% de los indígenas de la Provincia de Venezuela vivían en los valles cercanos a la ciudad de Caracas (McKinley, 1993: 38-39; Salcedo, 1996: 148), formando "...una categoría social semejante a la servidumbre, sometida a un régimen de coerción extraeconómica a través del tributo y los servicios personales" (Brito, 2000: 161).

Esclavos

El 70% de los esclavos se agrupaba en el eje económico/territorial costacordillera, no sólo debido a la concentración de los medios de producción, sino porque allí se encontraba también el grueso de la población. No todos los esclavos cumplían actividades agrícolas, antes bien, cerca de un 41% se dedicaba al servicio doméstico o a tareas artesanales. Hacia 1780, coincidiendo con el comienzo de una cierta liberalización comercial por parte de la Corona, unida a la desaparición de la Compañía Guipuzcoana, comenzó a disminuir la importación de esclavos, aun cuando este período coincide con un aumento de la actividad agrícola y había constantes quejas por la escasez de mano de obra (McKinley, 1993: 35-38).

3.3.3. Indicadores demográficos

Los indicadores demográficos obtenidos según los datos del censo del obispo Martí, nos proporcionan información adicional sobre las características y la calidad de vida, no sólo de la población de la Provincia en su conjunto, sino de cada estamento en particular.

Tabla 3.3.-

Indicadores Generales	
Personas por Familia	6,23
Personas por Vivienda	6,95
Niños por Familia	1,60
Niños por Adulto	0,35
Índice de Masculinidad general	0,98
Con Vivienda	276.618
Sin Vivienda	40.096
Viviendas/Familia	0,90

Fuente: Cálculos propios según datos obtenidos del *Compendio de los Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* del obispo Mariano Martí (1998).

En la Tabla 3.3 se puede ver que en conjunto, la mayor parte de las familias gozaban de una vivienda en la que convivían alrededor de 7 personas, de las cuales 2 podían ser niños y una no pertenecía al grupo familiar.

Desde el punto de vista del estamento, el indicador de masculinidad ofrece detalles interesantes:

Tabla 3.4.-

Índice de masculinidad por estamento en la Provincia de Venezuela			
Estamento	Adultos	Menores	General
Blanco	1,002	0,996	1,002
Mulato	0,942	1,048	0,969
Mestizo	0,918	1,004	0,944
Moreno	0,926	1,037	0,962
Esclavo	1,015	1,051	1,025

Fuente: Cálculos propios según datos obtenidos del *Compendio de los Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* del obispo Mariano Martí (1998).

Entre los blancos y los esclavos el índice de masculinidad aumenta al llegar a la edad adulta (Tabla 3.4), es decir, hay más hombres que mujeres, lo cual sugiere un trato diferencial entre ambos sexos en esta etapa de la vida. No ocurre lo mismo, sin embargo, durante la infancia, ya que el índice de masculinidad sigue siendo el más alto en el caso de los esclavos, mientras que entre los blancos desciende hasta ser el menor de todos. Esto nos indica el cuidado con el que se trataba a los esclavos de sexo masculino, ya que ellos representaban una inversión y una mano de obra importante para el desarrollo de la economía provincial.

En cuanto a la fecundidad (Tabla 3.5), el único indicador que se puede obtener es uno muy rudimentario que consiste en el cociente de la cantidad de menores entre el número de mujeres –en edad de procrear o no-; al tratarse de datos protoestadísticos, éstos adolecen de fallas y por ello no se hace mención alguna a la edad de las mujeres censadas, sino sólo a su estado civil, por lo cual se toma a la totalidad de ellas a fin de lograr una aproximación.

Tabla 3.5.-

Índice de fertilidad por estamento en la Provincia de Venezuela	
Estamento	Menores / Mujeres
Blanco	0,693
Mulato	0,704
Indio	0,857
Negro	0,972
Esclavo	0,718

Fuente: Cálculos propios según datos obtenidos del *Compendio de los Documentos relativos a la visita pastoral de la Diócesis de Caracas* del obispo Mariano Martí (1998).

Al contrario de lo que podría esperarse, parece ser que el índice de fertilidad entre los esclavos está lejos de ser el más alto. El estamento que tiene una tasa menor de crecimiento demográfico es el de los blancos, y el mayor es el de los negros, dejando atrás el de los esclavos, a pesar de que podría esperarse que fuera el mayor en razón de las ventajas económicas que esto supondría a sus dueños.

Para concluir, vale la pena hacer mención de ciertos datos que ofrece Mc Kinley (1993: 39-40) los cuales aportan indicios del poder adquisitivo de la población, y que redondean esta aproximación a la calidad de vida de los venezolanos de la segunda mitad del siglo XVIII. Según el autor, se podría decir que el 1% de la población representaba a la clase alta, a los blancos criollos dueños de hatos ganaderos, haciendas de cacao, vecinos de la ciudad y miembros del Cabildo; el 27% se podría definir como una suerte de incipiente clase media conformada por gente libre, oficiales, comerciantes, artesanos o

labradores dueños de su tierra, es decir, los moradores que eran representados ante el Cabildo por el Procurador General; por último, un 71% de personas consideradas como clase baja, estaba constituida por peones libres, gente pobre y pobres de solemnidad.

3.4. Estructura económica

3.4.1. Producción agrícola y ganadera

A partir del siglo XVI comienza a producirse la progresiva desaparición del régimen de encomiendas, lo que dio paso a una nueva forma de explotación de la tierra en la forma de hatos y haciendas. En efecto, estas eran las principales unidades de producción de la época colonial y funcionaban en coexistencia con el modo tradicional de explotación prehispánica de la tierra que era la del conuco.

Las haciendas consistían en grandes extensiones de tierra en donde se utilizaban técnicas avanzadas de cultivo, cosecha y almacenamiento, así como una industrialización incipiente, sobre todo en el cultivo de los frutos mayores como el cacao, y el azúcar. Las haciendas se dedicaban al monocultivo y utilizaban mano de obra libre o esclava, la cual se sustentaba mediante la práctica del conuco (Lovera, 1998: 90). Ya para la segunda mitad del siglo XVIII se había hecho efectiva la concentración de la tierra en manos de unas pocas familias que representaban cerca del 1,5% de la población y en donde se criaba ganado y cacao (Troconis, 1993: 93).

Por su parte, la cría de ganado en grandes hatos constituía uno de los principales renglones de producción y comercialización en la Provincia. Desde que el ganado vacuno fue introducido por los conquistadores con el propósito inicial de servir de bastimento a las huestes, se pudo apreciar que la zona de los Llanos venezolanos constituía un medio ambiente favorable para la ganadería, tanto así, que esta actividad marcó y definió el carácter de esta área del país. Hacia mediados del siglo XVIII los hatos empezaron a fundarse en lugares en los que la abundancia de ganado cimarrón en las sabanas, hacía de esta actividad un ejercicio pastoril en la que se practicaba la caza de cimarrones, y ya hacia finales de ese mismo siglo, abarcaba toda el área de

Los Llanos. Según cifras de Castro de Araoz y el gobernador Miyares Pérez y Bernal, se estimaba en 1.154.049 las cabezas de ganado vacuno que existían en la Provincia de Venezuela para esa fecha (Rodríguez Mirabal, II, 1992: 238-245).

El conuco, modo de producción originalmente indígena y adoptado por los pequeños cultivadores coloniales, era, y sigue siendo, una unidad de explotación agrícola de pequeñas dimensiones que, debido a la práctica de la roza y la quema que les da origen, requiere de grandes extensiones de tierra que permitan la migración del agricultor para continuar produciendo (Salcedo, 1996: 82). Según Lovera, (1998: 88), el conuco suministraba el mayor número de componentes de la dieta diaria de la población: maíz, tubérculos, legumbres, plátanos, aguacates, guanábanas, guayabas y naranjas, eran algunos de los productos que producían los conuqueros. La única diferencia que había entre los conucos del siglo XVIII y los prehispánicos, era el uso del machete, herramienta introducida por los conquistadores. La fuerza de trabajo en el conuco solía ser familiar y se realizaba la explotación dentro de los límites de los latifundios de los grandes hatos o haciendas. También se daba el caso de pequeños propietarios que trabajaban sus conucos y sembradíos situados en las vegas de los ríos próximos a las ciudades, contribuyendo con estos cultivos al abastecimiento de las mismas; ese es el caso del valle de Caracas:

“Para comienzos del siglo XVIII la Sabana Grande era un gran frutal de fresas y naranjas, y Maripérez era una vasta zona de cultivos, con huertas y maizales; La Pastora, un enorme e inmenso algodonal. El hoy Paraíso, hasta los límites con Antímano, era la vega de Garcí González, donde se daba caña de azúcar y el trigo, que un molino transformaba en harina. Macarao era tierra de duraznos, excelentes manzanas dulces y membrillos, y en Chacao se cultivaba el arroz” (Manara, 1998: 69).

También había que contar con el producto de los huertos de casas, conventos y otros establecimientos comunitarios, en los que se sembraban frutos y hortalizas que aportaban a los moradores de las ciudades un abastecimiento secundario adicional (Lovera, 1998: 88).

3.4.2. Consumo local y circuitos comerciales

En el medio urbano, y específicamente en el caso de Caracas, los principales lugares de distribución local de los productos eran las bodegas, pulperías y mercados de la Plaza Mayor, lugares que abastecían de alimentos, ropas y útiles de trabajo. En la última, principalmente, se vendían comestibles diversos tales como arroz, aguacates, ajos, batatas, casabe, carne salada, chicharrones, cecinas, cacao en grano, caraotas y otros. Entre sus funciones, el Ayuntamiento o Cabildo era el encargado de vigilar porque se cumplieran las normas de pesos y medidas, el correcto comportamiento comercial de tenderos, canastilleros, pulperos y regatones, así como el aseo y orden de los expendios y los contornos de la plaza. A su vez, el Capitán General y el Ayuntamiento debían solventar los problemas de "...abastecimiento y expendio de frutos y carnes (res y pescado) en el mercado..." (González Antías, 2005: 111) causados por guerras y plagas.

En el medio rural la pulpería era el principal lugar de venta de artículos, ubicándose habitualmente en el interior de la hacienda o en el poblado más cercano. Este establecimiento cumplía funciones que iban más allá del simple expendio de víveres. La pulpería era lugar de difusión de noticias, nuevas tecnologías, promoción de artículos importados, centro de reunión de la peonada, posada, "...en fin, avanzada de la civilización, cuya visión lejana y confusa se transmitía al campesino cuando iba a ella en procura de víveres" (Lovera, 1998: 91).

En cuanto a las exportaciones, sal, carne de res, cueros, harina de trigo, tejidos de algodón y productos de artesanía de cuero eran los principales productos comercializados en el mercado interregional, intercambiándose por pescados, textiles, artesanía, casabe, aguardiente de caña, o cualquier otro artículo que no se produjera en la región exportadora; los frutos mayores como cacao y tabaco eran exportados a la Metrópoli a cambio de "...harina de trigo, aceite, pescado, vinos, textiles en lienzo o vestidos, libros, instrumentos, herramientas, etc." (Aizpúrua, I, 1992: 761). Los comerciantes locales de mayores recursos se vinculaban tanto al comercio interior como al exterior, dado que gracias a la red comercial local que controlaban, lograban captar la

producción interna exportable, al tiempo que colocaban y distribuían los bienes que llegaban del exterior.

Entre los factores determinantes en la red comercial de la Provincia para la segunda mitad del siglo XVIII se encontraba la Compañía Guipuzcoana. Creada en 1728 por Felipe V, en virtud del creciente valor del cacao, comenzó a funcionar en 1730 y desapareció en 1784, cuando la pérdida del monopolio comercial unida a las dificultades del comercio internacional y a la rebelión de terratenientes y comerciantes, marcaron su declive. Los primeros y principales accionistas fueron el Rey y los mercaderes de Guipúzcoa, pero con el tiempo los terratenientes y comerciantes de la Provincia de Venezuela se convirtieron también en accionistas minoritarios. La Guipuzcoana jugó un papel importante en la red de comercialización y distribución de productos, dado que su principal propósito era garantizar los envíos de cacao hacia la Península y establecer los precios del fruto, al tiempo que desde España se enviaban al Puerto de La Guaira y Puerto Cabello toda clase de mercadería que luego sería distribuida a las ciudades y poblaciones de la jurisdicción de la Provincia de Venezuela. En 1732 se le da a la Compañía el monopolio del comercio con la Provincia y se la coloca bajo la protección del Gobernador de Caracas, pues para esa fecha se originaron enfrentamientos con los terratenientes, quienes además de ser productores, también comercializaban a su vez sus productos con mercaderes de Cádiz, por lo que fueron desplazados del mercado. Hubo ocasiones en las cuales la misma Compañía creó escasez y desabastecimiento perjudicando a la población, dadas las prácticas monopolizadoras con las que trabajaba (Arcila Farías, I, 1992: 778).

Además de las actividades comerciales de la Guipuzcoana, ésta también se comprometió a ejercer las tareas de vigilancia de las costas de la Provincia —a cambio de los dos tercios del producto de la venta de la mercadería de los buques que lograran capturar—, pues frente a la actividad legal se desarrollaba una ilegal en la forma del contrabando. En efecto, tanto en la Península como en la Provincia de Venezuela, las autoridades se vieron en la necesidad de aceptar el contrabando primero, y a regular el tráfico de bienes después, ya que para fines del siglo XVII España tenía que importar el 80% de los artículos manufacturados que utilizaba. “Para ese tiempo el tráfico de contrabando en

Sevilla alcanza a unos diez millones de pesos anuales” (Salcedo, 1996: 132). A finales del siglo XVIII era mucho más relevante el comercio clandestino en América, que el que se mantenía con la Metrópoli en una proporción de 11 a 1 a favor del de América.

Dadas estas condiciones, es evidente que la casi totalidad del contrabando se hiciera por vía marítima, y se practicara, más que para evadir el pago de tributos –que consistía únicamente en el cobro de un 5% por concepto de importación y exportación de cualquier mercancía-, para permitir la entrada de mercadería prohibida porque competía con la industria nacional o con la de la Metrópoli.

El comercio irregular ejercido por buques, tanto españoles como extranjeros, tomaba las formas más diversas, siendo la más común la del desvío supuestamente involuntario hacia puertos no autorizados con el fin de vender mercancía que no estaba permitida, bien porque esa era la intención inicial, o bien porque no pudieron colocar toda la carga en el puerto autorizado. Para 1765 este último tipo de contrabando dejó de producirse, ya que se eliminó la restricción de llegada a cualquier puerto (Arcila Farías, I, 1992: 867).

En resumen, la historia del contrabando en Venezuela nos muestra que:

- El contrabando era ejercido principalmente por súbditos españoles de elevada posición social, pero también participaban en esta actividad ciudadanos ingleses, franceses y holandeses que tenían sus bases en pequeñas islas del Caribe tomadas al Imperio español;
- Estaba presente la complicidad de funcionarios de alta jerarquía;
- La jurisprudencia local convalidó frecuentemente el contrabando, so excusa el desabastecimiento sufrido por guerras y calamidades, más aun cuando se permitía la venta de los artículos capturados si se consideraba que había escasez de los mismos;
- El mecanismo más común utilizado era el ocultamiento de la carga en los Registros de Comercio, aun cuando también se apelaba al expediente del “arribo forzoso”; y

- El móvil principal del contrabando era la comercialización de artículos extranjeros de introducción prohibida y muy solicitados, lo que garantizaba una elevada ganancia.

3.5. La Iglesia

3.5.1. Estructura

La importancia de la Iglesia era tal en la época colonial, que la división territorial eclesiástica corría paralela a la político-territorial: las modificaciones en las jurisdicciones eclesiásticas afectaban a las civiles, de ahí que la circunscripción que correspondía a las diócesis, vicariatos y parroquias tenía suma importancia a todos los efectos. El primer obispado efectivo en Venezuela se establece en 1531 en Coro, trasladándose la sede episcopal a Caracas en 1636, tomando desde ese momento el nombre de Diócesis de Caracas. Cada diócesis estaba subordinada a una provincia eclesiástica que, en el caso venezolano, correspondía con la de Santo Domingo.

Sin embargo, dadas las dimensiones de los territorios que constituían el Nuevo Mundo y la urgencia de evangelizar a sus pobladores, los Soberanos españoles solicitaron al Papado y les fue concedido (Bula de Alejandro VI, 1493) el privilegio y la facultad de intervenir en esferas de competencia que en cualquier otra circunstancia le hubieran correspondido exclusivamente a las autoridades eclesiásticas, como por ejemplo el nombramiento de obispos y otras dignidades eclesiásticas, el establecimiento y funcionamiento de las misiones, y la recaudación de los diezmos y contribuciones de los fieles, lo que a menudo causó roces entre la autoridad eclesiástica y la autoridad Real (Gil y Corleto, 2003).

En 1687, el obispo Diego de Baños y Sotomayor convoca el III Sínodo Diocesano, en donde se promulgaron las *Constituciones Sinodales* que servirían de marco normativo a todas las materias que atañeron a la vida eclesiástica de la Provincia hasta 1904. Estas *Constituciones* pretendían regular y organizar la vida social de los moradores de la Provincia mediante la vida religiosa.

A finales del siglo XVIII se hizo evidente la necesidad de elevar a Caracas a la categoría de Arquidiócesis con carácter de Provincia Eclesiástica (1803), ya que Santo Domingo había sido cedida a los franceses y la Provincia había avanzado mucho como integradora del resto de las provincias que la circundaban (González, II, 1992: 515-516).

La labor de la Iglesia era tanto doctrinaria como misional, constituyéndose esta última en la avanzada del trabajo apostólico. Éstos eran establecimientos religiosos ubicados en una zona geográfica que no formara parte de las ciudades españolas ni de los pueblos de doctrina, y que se encomendaba a una orden religiosa de manera exclusiva con el fin de reunir o “reducir” a las comunidades indígenas dispersas y llevarles la fe cristiana. Como ya se dijo en el aparte de los indios, este era un régimen transitorio que duraba veinte años, libre del pago de tributo alguno, en el cual cada misión poseía un territorio asignado por la Corona para atender a las necesidades de los religiosos y los indios, teniendo estos últimos un régimen de trabajo que consistía en laborar sus conucos particulares y laborar para la comunidad tres días a la semana durante cuatro horas matutinas a cambio de un salario (Salcedo, 1996: 119).

A pesar de la prohibición normativa, al cumplirse los veinte años de duración del régimen misional y cambiar a pueblo de doctrina, la población netamente indígena de las misiones progresivamente solía migrar y ser sustituida por blancos, mulatos y negros, mientras que los indios se establecían en las ciudades españolas o en los grandes hatos o haciendas como peones o comerciantes; ya que este cambio de régimen obligaba al pago de tributos, nombrándose a este efecto un Corregidor con atribuciones tanto en lo civil como en lo criminal cuyos frecuentes desmanes impulsaban a los indios a otros derroteros (Del Rey Fajardo, II, 1992: 947).

Otra de las funciones de la Iglesia era la de fundar y mantener obras pías, las cuales eran instituciones que se sostenían con los aportes y donativos de personas que mediante este mecanismo esperaban lograr la gracia divina y la salvación de su alma. Las rentas obtenidas por actividades como la venta del guarapo, los gallos, naipes y diezmos, completaban los recursos con los cuales se atendían obras de beneficencia social como hospitales, orfanatos, escuelas, o el pago de dotes para mujeres pobres.

Las principales características de estas obras de beneficencia fueron (Troconis, 1971: 5):

- Administración dirigida y fiscalizada por la Iglesia;
- Utilización de las rentas de los bienes legados y no del capital;
- Función caritativa;
- Los bienes destinados a una obra pía no podían ser utilizadas para fines ajenos a ella; y
- Perpetuidad de los bienes.

Las Cofradías eran asociaciones de individuos pertenecientes al mismo estamento, y que se mantenían a base de los donativos, en metálico o en ganado, realizados por los cofrades. Algunas de estas organizaciones cumplían también funciones de banca prestando dinero al 5% anual. Su propósito era fundamentalmente religioso, pero además servían de auxilio mutuo para enfrentar contingencias como muerte, mala situación financiera de alguno de sus miembros, o como medio para financiar escuelas para el bien de la comunidad; igualmente intervenían para ayudar a pobres, enfermos o huérfanos. Algunos de los mayordomos de las cofradías servían también para efectuar recaudaciones para la Corona o la Iglesia (Troconis, 1993: 111).

Otra de las organizaciones desde la cual se hacía presente la Iglesia colonial eran los Conventos. Desde los primeros años de la Conquista se trasladan a Venezuela religiosos de diferentes órdenes, principalmente franciscanos (capuchinos y observantes), dominicos, agustinos y jesuitas, en el caso masculino, y dominicas, concepciones, clarisas y carmelitas en el caso femenino.

Los frailes venían a cumplir labores principalmente apostólicas "...que incluía la recolección de datos y el levantamiento de informes acerca de estos nuevos territorios" (Gómez Parente, I, 1992: 878), al mismo tiempo, controlaban y apoyaban doctrinaria y organizativamente la tarea de poblamiento. Así, vemos que el convento se convierte en centro de enseñanza, aprendizaje, estadía y aprovisionamiento del área misional más cercana. La normativa para fundar un

convento se encontraba en las Leyes de Indias, sin embargo, también era necesario el permiso del obispo de la diócesis.

Hacia finales del siglo XVIII, el 67,89% de los religiosos de la Provincia de Venezuela habitaban en el eje costa-cordillera, habiendo cerca de tres religiosos por cada 1.000 habitantes (Martí, 1998).

3.5.2. Función social y cultural

La Iglesia se encontraba presente prácticamente en cada acto de la vida cotidiana de la Colonia: nacimiento, enfermedad, muerte, negocio, matrimonio, cosechas, plagas, terremotos o sequías, estaban bajo la advocación de un santo o santa especializado. A la vez, desde el punto de vista burocrático, es la Iglesia la que registra nacimientos y defunciones, matrimonios y viudedades, legitimidad e ilegitimidad. En fin, la Iglesia precisa y determina el lugar social de cada quien, tal como lo testimonian los tomos que reposan en los diferentes archivos eclesiásticos llamados *Libros Parroquiales*, y en los que se asentaba el estamento de cada persona al ser inscrita en el tomo que le correspondía como descendiente de españoles blancos, de pardos, de negros libres o de negros esclavos; esta adscripción indicaba el estamento de pertenencia, y por ende el éxito o el fracaso de las pruebas de limpieza de sangre.

Igualmente, dado que la Iglesia recibía efectivo en la forma de dotes, rentas o legados, además de los obligatorios diezmos, se convirtió en una especie de banca que hacía préstamos a interés (censos) a una tasa que oscilaba entre el 5% y el 20% de interés anual. Los censos eran redimibles o perpetuos, en cuyo caso pasaba de una generación a otra (Salcedo, 1996: 122).

Desde el punto de vista recreativo, los templos se constituían en lugares de reunión, y las fiestas religiosas en ocasiones para el esparcimiento; incluso eventos recreativos como obras teatrales y actos académicos, sometidos todos ellos, claro está, a la aprobación y conformidad religiosa.

En resumen, la Iglesia canalizaba tanto el comportamiento individual como el social, y cuando en cualquiera de los dos ámbitos se desafiaba la normativa impuesta, la Iglesia poseía mecanismos que restauraban el orden. Las misiones cristianizaban o “reducían” a los indígenas; los ritos religiosos

moralizaban a la población no indígena; y los comisariatos del Santo Tribunal de la Inquisición, que dependían del Supremo Tribunal de Cartagena de Indias, controlaban las desviaciones a la norma. En Caracas, y la Provincia en general, se ocuparon de quemar libros considerados heréticos y de castigar a los “brujos” y “hechiceros”. La represión se ejercía a través de visitas domiciliarias que, casi siempre, tenían el propósito de confiscar libros (Troconis, 1993: 120).

3.6. Instrucción

Tanta influencia tenía la Iglesia en la sociedad colonial, que también en este ámbito su presencia lo abarcaba todo, pues ella fue la principal transmisora del conocimiento institucionalizado durante la Colonia.

Las escuelas de primeras letras se regían según lo indicado en las Constituciones Sinodales las cuales contemplaban la enseñanza primaria en la cual se enseñaba a contar, leer, escribir, doctrina cristiana, urbanidad y buenas costumbres; además, en el caso de las niñas se prescribía la enseñanza de labores. Había dos tipos de escuelas: las públicas, las cuales eran sostenidas por el Cabildo y los propios estudiantes, y las privadas, controladas por la Iglesia a través de conventos, parroquias o seminarios (Del Rey Fajardo, II, 1992: 20-24).

Las escuelas secundarias, o de latinidad, o preceptorado de gramática, impartían Gramática, Latín, Aritmética, Retórica, Dialéctica, Geografía, Historia Sagrada e Historia Profana.

Los niños blancos eran los que preferentemente recibían educación, mientras que las niñas de ese mismo estamento se educaban en colegios de monjas donde aprendían, además, costura, bordado y música (Troconis, 1993: 122).

En cuanto a la educación superior o universitaria, cabe mencionar la existencia del Seminario de Santa Rosa, el cual se creó en 1673 por obra del obispo peruano fray Antonio González de Acuña; en 1696, durante el III Sínodo convocado por Diego de Baños y Sotomayor, se redactaron las *Constituciones* según las cuales se reglamentaba la vida del claustro. Gracias a las diligencias de los vecinos de la ciudad de Caracas, se logró que en 1721 fuera emitida la

Real Cédula que transformaba el Seminario en Universidad, siendo declarada Pontificia en 1722 por el Papa Inocencio XIII. Su propósito era el de "...defender los fueros y regalías del Rey, velar por la pureza de la religión católica y formar profesionales (...) útiles al Estado y a la Iglesia" (Leal, III, 1992: 775).

En 1725 se inaugura oficialmente, aprobándose en 1727 las Constituciones Universitarias en las cuales se indicaba la facultad para otorgar títulos de bachiller, licenciado, maestro y doctor en Latín, Filosofía, Teología, Sagrados Cánones, Leyes y Música; la cátedra de Medicina fue creada en 1763. Para ser admitido había que probar que se era persona blanca, hijo de legítimo matrimonio, limpio de sangre y poseer bienes de fortuna, pues los títulos académicos eran costosos. En cuanto a sus autoridades, el rector fue nombrado por el obispo de la Diócesis de Caracas hasta 1784.

En lo que atañía al resto de la población que no cumplía con los requisitos para seguir estudios superiores, los grados universitarios eran un espectáculo público más, pues la ciudad entera estaba pendiente del acontecimiento que se iniciaba con una procesión callejera en la que participaba una comitiva de profesores a caballo "...junto con un grupo de músicos con trompetas, tambores, clarines y chirimías. El doctorando cabalgaba muy ufano, al son de la música, luciendo sobre sus hombros una fina muceta. El bonete se colgaba de una vara, que, con tal fin, se tenía prevenida por uno de los doctores acompañantes" (Leal, III, 1992: 775).

3.7. Infraestructura urbana

Dada la frecuencia en la ocurrencia de terremotos en muchas de las áreas de la Provincia, la planta física urbana era muy sencilla, teniendo casi todas las edificaciones una sola planta para evitar catástrofes mayores.

Tal como ocurre hoy en día, cada vivienda mostraba las posibilidades económicas de quien la habitaba, y en el caso de las viviendas coloniales, esta demostración se daba en las fachadas o portales por ser este el vínculo entre el exterior y la vida familiar. En cuanto al interior, las casas de la Provincia estaban inspiradas en las de Cádiz: exteriormente tenían un alero que evitaba

que el sol recalentara los muros exteriores; la puerta de la calle conducía a un zaguán por el que se llegaba a otra puerta interior que llevaba al corredor de los patios, siendo éstos unos espacios sembrados de plantas alrededor de los cuales se distribuían las diferentes habitaciones de la vivienda. Los distintos patios eran pulmones vegetales que tenían propósitos tanto ornamentales como utilitarios, pues en ellos se plantaban huertos y árboles frutales, utilizándose los también para instalar allí corrales que proveyeran y complementaran al sustento de la familia y/o de la servidumbre (Troconis, 1992: 127).

Como ya se mostró en la Tabla 3.3, la situación habitacional de la Provincia de Venezuela en la época colonial era bastante satisfactoria para la población, ya que se puede decir que existía casi una vivienda por cada familia.

Las iglesias eran sencillas, comúnmente de planta rectangular con tres naves separadas por arcos. “La techumbre con armadura de pares, nudillos y tirantes, estableció un sistema que se mantuvo a lo largo de los siglos” (Troconis, 1993: 127). La única fachada de importancia en la Provincia de Venezuela es la de la catedral de Caracas (1710-1711). Adicionalmente, como parte de las obras pías de la iglesia, los hospitales se hallaban muy cerca o formando parte de un complejo asociado a las iglesias, siendo este el caso, por ejemplo, de los dos hospitales que existían: el San Pablo de Caracas –para hombres pobres de solemnidad y tropa militar- y el hospicio y hospital de la Caridad –para mujeres-, los cuales se encontraban anexos a la Iglesia de San Pablo.

En cuanto a la infraestructura militar, era importante el número de construcciones defensivas que existían a lo largo de toda la costa de Tierra Firme, así como en las islas cercanas. En el caso de La Guaira la ciudad se encontraba amurallada con el propósito de defender el puerto y prevenirse del ataque de buques enemigos (Troconis, 1993: 128).

La infraestructura educativa no podía ser más simple, ya que la mayor parte de las escuelas de primeras letras funcionaban en la misma casa de los maestros que impartían las clases, o en el interior de los conventos de la ciudad, igual que las escuelas de Latinidad. En cuanto a la Universidad, ésta funcionaba en el mismo local de lo que había sido el Seminario de Santa Rosa, es decir, en

una construcción de tipo conventual que abarcaba cerca de un cuarto de manzana en la esquina de Las Monjas frente a la Plaza Mayor (Del Rey Fajardo, II, 1992: 23).

4. Enfermedad y medicina en la América colonial

4.1. Patologías americanas, de Tierra Firme y de la Provincia de Venezuela

Los padecimientos tales como el cáncer, las enfermedades endocrinas, el tifus, las amibiasis, la artritis, entre otras muchas, no diferían gran cosa en sus manifestaciones americanas de la forma en la que lo hacían en cualquier otra parte del mundo. Según el modelo médico dominante vigente durante toda la época colonial -y con la excepción de unas pocas enfermedades plenamente identificadas como la hectica, la sífilis, la viruela, el bicho, o la espundia-, la gran mayoría de las dolencias se nombraban de acuerdo al síntoma predominante, de ahí que encontremos en los registros enfermedades sintomáticas llamadas del estómago, de dolor de huesos, de evacuaciones, de cámaras, de frío, o pujos, entre otras, que podrían asociarse a más de un padecimiento, sin que éstos guarden ninguna relación entre sí, como por ejemplo el cáncer o la amibiasis.

Los datos que poseemos de las patologías americanas provienen tanto de fuentes documentales como de investigaciones paleopatológicas realizadas principalmente en México y Perú. A partir de estos datos se puede decir que desde el punto de vista epidemiológico, las principales patologías plenamente identificadas en la época colonial eran la sífilis o bubas, la leishmaniasis (uta o espundia), la tripanosomiasis americana (mal de Chagas), las niguas, la viruela o sarampión y la tuberculosis (hectica o ptisis).

En el caso específico de la Provincia de Venezuela los nombres de las enfermedades que aparecen en los asientos de los registros hospitalarios, no diferían sustancialmente de las que se presentaban en el resto del Continente, tanto en su etiología como en su denominación, siendo este último aspecto el que se prestaba a un cierto grado de variabilidad. Las enfermedades no infecciosas que según los registros hospitalarios eran reconocidas con nombres específicos eran el “bicho” (mal de Chagas) y la espundia, forma cutáneo-mucosa de la leishmaniasis, por lo demás, los nombres del resto de

las enfermedades que constan en los libros de los hospitales de la Provincia se ajustaban al modelo médico hipocrático/galénico, es decir, eran sintomáticas y se reseñaban como “evacuaciones”, “estómago”, “llagas”, “dolores”, entre otros (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797).

Sífilis

También llamada bubas, mal francés o gálico, fue tomada en un principio como originaria de América, sin embargo, en la actualidad,

“Se proponen hasta tres teorías para el origen de la sífilis: la teoría del nuevo mundo, que propone que la sífilis era endémica en la zona actualmente conocida como Haití y que fue llevada al viejo mundo por Cristóbal Colón; la teoría del viejo mundo o precolombina que afirma que la sífilis provenía del África central, y llegó a Europa mucho antes que Colón llegara a América y la teoría unitaria, que sostiene que todas las infecciones por *treponema* eran una sola entidad clínica, y sus manifestaciones variaban de acuerdo a condiciones del medio ambiente, como el clima” (Sanguineti y Rodríguez, 2004 : 191).

En 1837 Philippe Ricord demostró que la gonorrea y la sífilis eran entidades patológicas diferentes. Para esta época se reconocía que la sífilis podía clasificarse como primaria, secundaria o terciaria, y no fue hasta el advenimiento de la microbiología que en 1905 Schaudinn y Hoffman determinaran que la espiroqueta *Treponema pallidum* es el principal agente causante de la sífilis o Trepanomatosis. Es por ello que hasta comienzos del siglo XIX se asumía como cierto el enunciado de Fracastoro (1546) en *De contagione et contagiosis morbis et curatione* según el cual había tres formas de transmisión de la enfermedad: la directa entre humanos, tal como se concebía el contagio de la sarna o la lepra; la indirecta a través de animales (principalmente camélidos como la llama) u objetos que hubiesen estado en contacto con otros enfermos; o por la atracción que experimentaban estas dolencias ante los malos humores o la pestilencia (cfr. Sanguineti y Rodríguez, 2004: 191).

No hay una descripción precisa de las bubas, ya que la variedad de síntomas iba desde “...sarna y leprilla en algunas partes de su cuerpo...” hasta “...postillas en la cabeça y la barba (...) dolores de junturas y de cabeça (...) corrucion de los huesos de ella y de las espinillas (...) llagas en las partes

vergonzosas y con encordios y con continua purgación de materias por la vía de la orina” (Farfán, 1944 [1592]: 82-83).

En los archivos venezolanos casi no existe información documental que haga referencia a la sífilis –también llamada gálico o sávico en los registros hospitalarios de la Provincia de Venezuela-, más que breves reseñas de los tratamientos aplicados a los enfermos y la solicitud de licencias por enfermedad efectuadas por aquellos milicianos que se encontraban infectados, y aun cuando se manejaban teorías que le daban un carácter infecto-contagioso, no hay noticia de que algún Cabildo de la Provincia, o el Protomedicato cuando se conformó, hayan ordenado en algún momento medida profiláctica alguna, quizá debido a que según los parámetros que se manejaban en la sociedad del dieciocho, se trataba de un padecimiento “indecente” producto del “...trato inhonesto...” con mujeres (DRAE, 1726) y, por consiguiente, un castigo consecuencia del pecado.

Leishmaniasis

Esta enfermedad, llamada “espundia” durante la época colonial consistía, de acuerdo a la descripción de la época, en:

“...una llaga sangrienta con algún tumor, cuyo nacimiento es sobre venas y arterias, y se arraiga no sólo en las partes carnosas, sino también en las nerviosas: con la diferencia de que las que nacen sobre las carnosas tienen mucha humedad y suelen crecer mucho; y las que se crían sobre las nerviosas, no tanto, aunque sí con callosidad y dureza” (DRAE, 1732).

En esta definición encontramos detalladas las dos variedades bajo las cuales se puede presentar la Leishmaniasis: la primera forma, que es la ya mencionada espundia, se muestra con lesiones cutáneo-mucosas, siendo el agente patógeno el protozoario *Leishmania* en sus diferentes especies: *L. braziliensis*, *L. panamensis*, *L. guyanensis* o *L. amazonensis*. La segunda forma es la cutánea, conocida en la selva peruana como uta y producida por *Leishmania mexicana*, *L. Amazonensis*, *L. braziliensis*, *L. Panamensis*, *L. peruviana* o *L. chagasi* (Palma, 2000: 38-39).

Como se observa por los nombres de las especies, esta dolencia era endémica de un área comprendida entre el sur de Tejas hasta el norte de Argentina, incluyendo a toda la selva amazónica. La forma de transmisión se produce

mediante la picadura de una mosca del género *Lutzomyia*, cuya proliferación depende de la ecología y el modo de vida de cada lugar.

La evidencia de que esta enfermedad se conocía desde muy antiguo en América es la existencia de cerámica mochica en la cual se representa a la figura humana con lesiones en nariz, orejas y boca que son concordantes con este padecimiento (Guerra y Sánchez, 1990: 28).

Tripanosomiasis americana

Conocida comúnmente como mal de Chagas por la medicina moderna, *teicoaraiba* por los tupinambas del Brasil, y *mal de bicho* o *mal de culo* por los cronistas coloniales, es descrita como una dolencia caracterizada por fiebre ligera, dolor en las articulaciones de las extremidades inferiores, escalofríos, fluxiones oculares y distensión del intestino grueso hasta el esfínter anal. Durante la época colonial se imaginaba al todavía desconocido *Tripanosoma cruzi* como a "...un gusanillo interno, que royendo primero la parte posterior, hace después, habiéndose metido en las vísceras, el daño que hemos descrito" (Gillij, II, 1992: 42).

Igual que en el caso de la Leishmaniasis, se puede identificar el mal de Chagas en algunas figuras antropomórficas mochicas gracias a la representación del edema palpebral típico de esta enfermedad (Cabieses, en Guerra y Sánchez, 1990: 29).

Nigua

También llamada *pulga de arena* o *Tunga penetrans*, es frecuente en el área brasileña, específicamente entre la latitud 30° N y 30° S. La nigua es un parásito externo que se introduce entre las uñas y la piel de los dedos de los pies causando fuertes dolores y lesiones. En la región de Pachacama, Perú, se encontró una figura antropomórfica que representa a un indígena extrayéndose una nigua del pie (Guerra y Sánchez, 1990: 23).

Tuberculosis

Conocida por hectica o ptisis en la época colonial, estaba reconocida como una enfermedad infecciosa, pues aun cuando en esta época todavía se ignoraba la verdadera causa de la tuberculosis, se admitía que era una enfermedad

contagiosa mucho antes de que se promulgara en 1756 el "...edicto dictado por Fernando VI de España, a mediados del siglo XVIII, reconociendo oficialmente la noción de contagio de la tuberculosis" (Alegría, 1967:124) y en el que se ordenaba el aislamiento de estos enfermos en cuartos o espacios destinados a este propósito. En efecto, ya desde 1698, en la Provincia de Venezuela se practicaba la incineración de los efectos personales de estos enfermos como medida profiláctica ante el contagio (Archila, 1961: 353).

Aun cuando en América existía la tuberculosis antes de la Conquista, ésta no tenía mayor incidencia en las poblaciones existentes, a juzgar por los estudios paleopatológicos realizados en esqueletos y momias hallados en enterramientos prehispánicos situados en las más diversas zonas de América – desde el valle de Sonoma hasta Chile-, en los que se encuentra una muy escasa proporción de individuos con las lesiones óseas asociadas a los distintos tipos de tuberculosis (Guerra y Sánchez, 1990: 32).

Según el saber médico de la Colonia expresado por Fray Agustín Farfán en su *Tractado breve de Medicina, la calentura héctica*, como también se la llamaba, "...tenía su asiento en (...) los miembros sólidos, que son: la carne y los huesos..." siendo causada por uno de dos motivos: "Vna muy grande inflamación de los humores todos: y esta es la mas comun. La segunda causa es vna yra grande, muy grandes y continuos trauajos, largos ayunos y vigiliass..." (Farfán, 1944 [1592]: 277). Se la describía como una "...intemperie cálida y seca de todo el cuerpo, con varios symptomas, especialmente de calor externo en las partes extremas, con acedía de estómago después de la comida, flaqueza de cuerpo, sudor nocturno, y otros" (DRAE, 1734).

Según los registros médicos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), en la Provincia de Venezuela la tuberculosis no sólo recibía varios nombres (hectica, ptisis, etica), sino que además rara vez se la reconocía como tal al momento de asentar en los registros hospitalarios la causa del ingreso de los pacientes, inscribiéndose la enfermedad como "ahogo" o "dolor en el pecho", reconociéndosela invariablemente sólo en estadio terminal apenas unos pocos días antes del deceso del paciente (Archila, 1961 : 357; AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797). Seguramente que esta situación se debía a que esta dolencia se desarrolla con una sintomatología muy confusa y coincidente con la

de muchas otras patologías, como por ejemplo una tos mínima, fiebre leve, fatiga, pérdida de peso, flema, sudoración nocturna, dolor en el pecho y/o dificultad respiratoria (Blaivas, 2005).

Viruela y sarampión

Ambas dolencias, de origen europeo, aparecen juntas en los tratados de medicina de la época colonial, diferenciándose únicamente por el tipo de pústula característica de cada una:

“...vnas altas y gruesas, y otras baxas y menudas. Las altas y gruesas son de sangre corrompida, y estas vienen á hazer materia. Estas Viruelas son tan peligrosas, que muchos mueren de ellas. Por hazerse grandes llagas, y por cançerarse y corromperse con facilidad. Y quando estas Viruelas salen dentro de la garganta, y en las tripas como se conesce en la sanguasa que por la boca y por la camara echan, los mas que las tienen se mueren. Las otras viruelas menudas y baxas, son las que llaman Sarampion, son de humor sutil y colerico con alguna mezcla de sangre. Y aunque algunos tienen estas Viruelas por mas malas, engañanse: por que sus accidentes son leues, y se acaban con mas breuedad, que los de las Viruelas gruesas y altas. Quando el humor de estas Viruelas menudas y baxas es muy adusto y muy requemado, son mas peligrosas, que las gruesas, por ser el humor, de que se haze mas malo, y este humor es, al que llamamos, colera negra requemada...” (Farfán, 1944 [1592]: 48-50).

La forma clínica de la viruela se desarrolla en seis fases. La primera es la de la incubación, y dura entre 7 y 17 días; la segunda dura de 2 a 4 días, momento en el que comienzan a manifestarse los primeros síntomas: fiebre, malestar, así como dolor de cabeza y cuerpo; la primera erupción comienza en la tercera fase, la cual dura cerca de 4 días, siendo este el período más contagioso de la dolencia; la cuarta fase es la de la erupción con pústulas, cuya duración es de 5 días; pústulas y costras se presentan en la quinta fase, durando otros 5 días; finalmente, durante la sexta fase y a lo largo de 6 días aproximadamente, comienzan a caerse las costras dejando marcas en la piel que se transforman eventualmente en cicatrices. Según las investigaciones realizadas a lo largo del tiempo en el que esta enfermedad azotó a la humanidad, se estima que la tasa de mortalidad de la viruela era de aproximadamente un 30% (Lentnek, 2007).

Sin embargo, entre los habitantes nativos del Nuevo Mundo parece haber producido un efecto de total devastación, pues según la apreciación de Gillij, la

viruela provocó tales estragos en las poblaciones americanas, que fue más mortífera que las armas de los conquistadores a los efectos de despoblar al continente de sus habitantes originales (Gillij, II, 1992: 49). Probablemente la explicación a este fenómeno se encuentre en que cuando una comunidad se ve afectada por un agente patógeno con el que no ha tenido contacto previo, es altamente probable que la gran mayoría de los sujetos enfermen gravemente debido a que aun no se han producido en el grupo los cambios adaptativos necesarios para establecer un equilibrio entre los ataques del microorganismo y los individuos afectados (Dubos, 1975: 105).

Indudablemente, la viruela fue una recurrente e indeseable compañera del hombre americano desde los primeros años en los que el europeo desembarcó en estas tierras, y dado que constituía un grave problema de salud pública, fue objeto de estrictas medidas de prevención y control tales como la delimitación de cercos sanitarios, la imposición de las cuarentenas, el establecimiento de degredos en los cuales confinar a los afectados, la denuncia obligatoria de los enfermos y, finalmente, la variolización, empleada por Juan Perdomo en la Provincia de Venezuela desde 1769 (Archila, 1961: 372).

Los brotes de este padecimiento azotaron a la Provincia de Venezuela en varias oleadas sucesivas: 1724, 1732, 1742, y la más larga de todas, la que se prolongó desde 1764 hasta 1775. Humboldt hace la reseña de este evento en los siguientes términos:

“En 1766 la población de Caracas y del hermoso valle en que esa ciudad está situada había sufrido inmensamente de una cruel epidemia de viruelas. La mortalidad se elevó en la ciudad a seis u ocho mil: desde esa época memorable la inoculación se ha generalizado, y la he visto practicar sin la ayuda de los médicos” (Humboldt, II, 1985: 311).

Efectivamente, en el Archivo Histórico de Caracas reposan documentos que dan cuenta de los pagos efectuados por el Mayordomo de Rentas del Cabildo, Agustín Nicolás Herrera, a Antonio Alcántara, ayudante del Conde de San Xavier, con el propósito de paliar los efectos producidos por la epidemia de viruela de 1764, al tiempo que se cumplía con las medidas sanitarias para impedir la propagación de la enfermedad. El pago cubría los gastos por concepto de “...cama, medicina y Manutencion...” de un enfermo de viruela

confinado al degredo de Catia (AHC, Sección Propios, Tomo 4.352, folio 135, 1764); el mismo Herrera vuelve a pagar a Alcántara el monto que corresponde "...para el gasto de viruelientos en el degredo puesto en la casa de Blandin sitio nombrado Topo..." (*ídem*, folio 136, 1764) y "...p^a estribuirlos en los dos Birguelientos Hijas de Ant^o Hernandez degredadas p^a Anauco arriva estancia que fue del S^r Sojo..." (*ídem*, folio 138, 1764). Estos pagos se repiten en varias ocasiones entre el 11 de enero y el 11 de abril de ese mismo año para estos mismos degredos "Por orden del S^{or} Alcalde..." (*ídem*, folio 170, 1764), sin que llegue a constar en documento alguno la cantidad de pacientes que fueron atendidos en esta contingencia por el doctor Blandín y a cargo del Cabildo.

En la Provincia de Venezuela una enfermedad tan temida y recurrente como la viruela activaba, obviamente, las medidas comunes de profilaxia y control que se aplicaban en cualquier lugar del Continente. El único aspecto que se puede considerar como distintivo en el caso venezolano es que el proceso de variolización, introducido por Perdomo en 1769, fue aceptado con naturalidad por la mayoría de la población hasta un punto tal que se practicaba incluso sin la ayuda de los médicos (Archila, 1961: 373).

Arbovirus o calenturas

Se cree que la totalidad de estas afecciones tienen un origen europeo o africano (Guerra y Sánchez, 1990). Las infecciones por arbovirus se manifestaban en las diversas variantes de calenturas, siendo una de ellas la fiebre amarilla, también conocida como vómito negro o vómito prieto, y de la que la Provincia de Venezuela sufrió varias epidemias durante el siglo XVIII: 1714 en Coro, 1756, 1787, 1793 y 1798 en Caracas. En zonas portuarias convertidas en focos endémicos de este mal como La Guaira y Puerto Cabello, eran constantes tanto la vigilancia a los buques que llegaban, como la inevitable presencia de la enfermedad, pues además de la amenaza de un contagio proveniente de cualquiera de los navíos que allí atracaban, existían condiciones medio ambientales que aumentaban y favorecían las probabilidades de contraer la enfermedad.

Otras calenturas seguramente se correspondían con la malaria, el paludismo, el dengue y demás dolencias que se englobaban en el término genérico de "tifo" o "calenturas malignas", caracterizándose y diferenciándose entre sí

unicamente por la recurrencia con la que el enfermo experimentaba los episodios febriles, así como por otros síntomas que los acompañaban, como por ejemplo, hemorragias y complicaciones biliosas (Humboldt, II, 1985: 271).

Si bien las categorizaciones que se acaban de hacer se corresponden con las del modelo médico Occidental, junto con éste coexistía el modelo médico de las poblaciones autóctonas que aun no habían sido influidas completamente por los grupos dominantes de la sociedad colonial, y según el cual la enfermedad consistía fundamentalmente en la respuesta a una de estas tres causas: pérdida del alma, posesión por los malos espíritus, y lesiones causadas por brujería, por lo que la cura espiritual cobraba tanta o más importancia que los remedios materiales. De forma similar a lo que ocurre en el modelo médico hispánico, los aborígenes utilizaban remedios herbales, “...eméticos, enemas, succiones, masajes, invocaciones a los espíritus y demás” como parte de las técnicas curativas (Foster, 1980: 126).

4.2. Medicina indígena

Fue inevitable que la medicina autóctona y la medicina española se fundieran en un modelo independiente que se desprendió tanto de la una como de la otra, sobre todo cuando el europeo hizo un esfuerzo por comprender la utilidad de la primera en beneficio propio, y al aborígen se le imponía acatar la segunda. Incluso normativamente se favoreció esta fusión, pues dada la variabilidad que a veces ofrecían las enfermedades ya conocidas en el ambiente americano, así como lo novedoso de las desconocidas propias del Nuevo Mundo, a los Protomédicos se les instruía en:

“... informar donde llegaren de todos los Medicos, Cirujanos, Hervolarios, Españoles, é Indios, y otras personas curiosas en esta facultad, y que les pareceria podrán entender, y saber algo, y tomar relacion de ellos generalmente de todas las yervas, arboles, plantas, y semillas medicinales, que huviere en la Provincia donde se hallaren.

Otrosi se informarán, qué experiencia se tiene de las cosas susodichas, y del vso, facultad, y cantidad, que de estas medicinas se dá: como se cultivan: y si nacen en lugares secos, ó humedos: y si de los arboles, y plantas hay especies diferentes, y escribirán las notas, y señales” (Leyes de Indias, Libro Quinto, Título Seis, *De los Protomédicos*, ley primera).

De ahí que no fueron pocos los testimonios que se recogieron en este sentido, especialmente en el caso de la información acumulada por los misioneros, para quienes esta labor no era sólo de carácter informativo, sino también una cuestión de mera supervivencia. Las recopilaciones incluían desde la etiología de las enfermedades, hasta la farmacopea y procedimientos empleados por los pueblos autóctonos, descubriéndose así que existían muchas coincidencias en cuanto al uso de categorías basadas en la oposición binaria frío/calor (cfr. Foster, 1980: 125).

La hamaca, el descanso, la dieta (en la forma de limitaciones a diferentes alimentos) y el ayuno eran –y siguen siendo-, los pilares sobre los cuales descansa la terapéutica indígena. Mientras los médicos europeos sostenían que el tratamiento apropiado para muchas dolencias consistía en “...lavativas a quien padecía disentería, y eméticos a las personas cansadas de vomitar” (Gilij, II, 1992: 53), los indígenas aplicaban el ayuno y el consumo de remedios que fueran “desagradables” a la enfermedad, con el fin de que ésta abandonara el cuerpo. Efectivamente, la severidad del ayuno y el gradual abandono de las ocupaciones habituales eran directamente proporcionales a la gravedad de la enfermedad, siendo acompañados los enfermos en esta conducta por los parientes más cercanos, quienes descansaban y ayunaban con ellos. Las mujeres eran las encargadas de la elaboración de los medicamentos, pues esta actividad se asociaba a la preparación de los alimentos (cfr. Butt Colson, 1978).

En cuanto a su origen, los medicamentos para las enfermedades somáticas se limitaban a los de origen vegetal y mineral, mientras que aquéllos de origen animal sólo se utilizaban para curar dolencias espirituales y únicamente bajo condiciones ritualísticas. Piedras, hierbas, raíces, hojas, conchas, semillas, frutos, helechos, cenizas y tabaco, formaban parte del arsenal terapéutico del que disponían los indígenas; la infusión solía ser la forma más común de presentar los remedios, junto con aplicaciones tópicas e inhalaciones del humo producido por la quema de sustancias vegetales, así como la aplicación directa de jugos vegetales en incisiones hechas en la piel de los enfermos.

Para los grupos indígenas de la zona de la amazonía venezolana “A la enfermedad no le gustan las cosas calientes” (Butt Colson, 1978: 16), de allí la

importancia de las categorías caliente o frío adjudicadas a los diferentes remedios según sus cualidades intrínsecas, así como de acuerdo a los procesos a los cuales se los somete; por ejemplo, hervir, tostar y hornear, convierten a la sustancia en “caliente”, en tanto que lavarla, dejarla al sereno, o a temperatura ambiente, la transforman en “fría”. Normalmente la categoría “caliente” iba acompañada de “amargo”, mientras que “frío” iba acompañado de “dulce” (Butt Colson, 1978: 19).

Según Gilij, además de la quina, la zarzaparrilla, el salsafrás y el copaiba, sustancias ampliamente conocidas en Europa hacia mediados del siglo XVIII, los orinoquenses utilizaban infusiones de *cariaquillo*, los frutos y retoños del guamache y las semillas de onoto machacadas en agua para reducir la fiebre; las hojas de onoto o la higuera para el dolor de cabeza; la decocción de *carnestolindo* y emplastos de guamache o verdolaga para la pleuresía; el jugo de la caña agria como emético; y el limón como bebida y como supositorio contra el *mal de bicho* o mal de Chagas. Para las deposiciones con sangre se utilizaban infusiones de raíz de *guayavilla* o de corteza de merey; la tos se trataba con agua caliente azucarada; para los pequeños abscesos se hacía uso de las hojas del ají del pajarito con sebo aplicado en forma de emplasto, o de miel del áloe o guásimo machacado (Gilij, II, 1992: 50-58).

Por otra parte, según reporta Butt Colson, el ají fue y sigue siendo un elemento primordial en la farmacopea indígena, pues se considera como una sustancia “caliente” y por ello sumamente eficaz para combatir o “quemar” las enfermedades. Tanto las hojas como el fruto de la planta podían usarse solos o mezclados con otros componentes, como por ejemplo la ceniza. El gengibre y el tabaco también se consideraban “calientes”, teniendo además este último la cualidad de transportar el poder espiritual debido a las volutas de humo que, llegando al corazón, lo conservaban caliente (cfr. Butt Colson, 1978: 15-21).

4.3. Medicina popular

La escasez de médicos que participaran en las expediciones que atravesaban el Atlántico, obligó a los europeos que llegaban al Nuevo Mundo a hacer un uso casi exclusivo del saber popular –o medicina popular-, que se aplicaba en la

vida cotidiana de sus lugares de origen a los fines de atender las enfermedades que los aquejaban; este conocimiento era a su vez producto de la suma de influencias que recorrieron a la Península durante siglos: la población ibérica original mezcló sus creencias y saberes con los de los romanos, los visigodos, los celtas, los judíos y los árabes. La importancia del fuego y el agua, el uso de ofrendas votivas, la utilización de invocaciones y oraciones como parte del proceso curativo, y la creencia en el mal de ojo, son varias de las expresiones del saber médico popular español tomadas de las diferentes culturas que cruzaron sus caminos en tierras españolas (Foster, 1980: 126). Sin embargo, como en toda sociedad estratificada, este saber popular se encontraba atravesado por el saber médico académico, según el cual

“...los cuatro ‘humores’ -*sangre, flema, bilis negra* (‘melancolía’) y *bilis amarilla*- constituían la base de la teoría médica. Cada uno de estos humores tenía su ‘compleción’: la sangre, caliente y húmeda; flema, frío y húmedo; la bilis negra, fría y seca; y la bilis amarilla, caliente y seca. [De allí que] los individuos, e incluso las enfermedades, las medicinas, los alimentos y la mayor parte de las cosas tenían una compleción” (Foster, 1980: 125).

Este modelo concordaba en cuanto a la presencia de los ejes definatorios “frío”y “caliente” con el de las comunidades indígenas que poblaban la mayor parte del Continente, por lo que sólo fue una cuestión de tiempo el que cobrara forma un saber popular, propio de las comunidades coloniales, y que se aplicaba a la vida cotidiana. De esta manera, las hierbas medicinales se siguieron considerando mayoritariamente “calientes” en el sentido hipocrático, pues ambos modelos eran similares en este sentido; también era creencia común que la exposición repentina a un extremo frío o calor podía ser el origen de las enfermedades, así como que personas con humor “fuerte” pueden afectar a individuos con humor “débil”. Todas estas afirmaciones eran coincidentes con las teorías hipocráticas y galénicas.

Cuando se trataba de enfermedades “espirituales”, la más difundida de todas era el *mal de ojo* el cual podía causar síntomas físicos como fiebre, vómito, diarrea, pérdida de peso y/o apetito, siendo la cura para esta afección los amuletos o talismanes, así como los rezos, oraciones e invocaciones. Otros fenómenos naturales como los arco iris, las fases de la luna o los eclipses,

también se consideraban agentes que podían potenciar y agravar las enfermedades (Foster, 1980: 136).

4.4. Saber médico universitario

Como ocurre en toda sociedad estratificada, paralelamente a estas creencias populares coexistía el saber especializado, es decir, la medicina académica o universitaria, pues a medida que se fundaban ciudades, se fundaban también centros de enseñanza superior en las principales ciudades del Continente. Las primeras universidades fundadas en América fueron las de Santo Domingo (1538), Santiago de la Paz (1550), Ciudad de México (1551), Lima (1571), La Plata (1552), Bogotá (1580), y Quito (1586). Durante el siglo XVII se fundaron doce más, y en el XVIII el número fue de ocho, incluyendo a la de Caracas en 1721 (Silva, 1985: 46).

Aunque no en todas las casas de estudios superiores se dictaba la cátedra de Medicina, no era la falta de universidades lo que frenaba la calidad de la atención médica en las colonias españolas de América, sino el rezago en el que se encontraba la enseñanza de la disciplina, tanto en la Metrópoli como en el Nuevo Mundo.

Así, ante este panorama, entre 1748 y 1787 la Corona comenzó a desarrollar en la Península un proceso mediante el cual se intentó contrarrestar la situación de atraso y oscurantismo en que se encontraba la profesión médica, mediante el expediente de la creación de colegios de cirugía e institutos científicos a lo largo de toda la geografía española, procurando proporcionar una educación actualizada a aquellos que tomaran la medicina como profesión, y formándolos para que posteriormente prestaran servicios profesionales y académicos, tanto en la Península, como en las colonias de ultramar (cfr. Silva, 1985: 26).

La enseñanza de la medicina se estructuró, lógicamente, alrededor del concepto que tenían los grupos dominantes acerca del hombre, la salud y la enfermedad, y en este caso específico, el ser humano es estudiado particularmente desde la óptica cartesiana, esto es, como la suma de un alma y un cuerpo. Como apunta Laín Entralgo:

“...nuestro cuerpo, como todos, es una máquina, afirma Descartes. Pero esa máquina se halla íntimamente unida a una *res cogitans*, a un espíritu, y de ahí la nota que la distingue a *radice* de todos los cuerpos restantes: la emisión sensible de los signos en que se expresa el pensamiento (...) Es posible la armonía entre las operaciones del espíritu y los movimientos del cuerpo, porque Dios cuida de ello en cada ocasión, no porque el espíritu humano y la materia puedan influirse mutuamente” (Laín, 1961: 138)

De esta manera se logra una conciliación entre el cuerpo como máquina, y el cuerpo como depósito del alma, entre lo fisiológico y lo metafísico, la finalidad próxima y la finalidad última, “...armonía entre las operaciones del espíritu y los movimientos del cuerpo...” sin influirse mutuamente, merced a la intervención divina” (Laín, 1961: 139).

Es este contexto el que determina, en consecuencia, el espacio de origen, la configuración, y la repartición o espacio de localización de la enfermedad, que en esta época era más libre que el que conocemos hoy en día, y da lugar a “...la regla clasificadora [la cual es] el principio de su desciframiento y la regla semántica de su definición”, de modo que la enfermedad es concebida en términos taxonómicos y clasificadores a la manera de las especies biológicas, formando parte de un “cuadro” creado en base a un eje de coordenadas (tiempo en las abscisas, fenómeno físico en las ordenadas) que, no sólo facilita el aprendizaje de la totalidad de las enfermedades, sino que se convierte en un sistema con “...desarrollos, subordinaciones, divisiones y similitudes” (Foucault, 1963:16-18). Es así como los médicos de los siglos XVII y XVIII, influidos por las ideas cartesianas, definen la enfermedad y su curso por:

1. una secuencia de etapas o fenómenos que se suceden durante cada padecimiento: es una visión “histórica” de la misma basada en lo que se “ve”, en “lo que se ofrece a la mirada”. Es lo que Foucault llama “espacialización primaria” (Foucault, 1963: 19);
2. la estructura de la medicina clasificadora es “...el espacio llano de lo perpetuo simultáneo”. Las similitudes y diferencias son lo único que aleja o acerca a una enfermedad de la otra, “...la proximidad no está definida por distancias métricas, sino por analogías de formas” (Foucault, 1963: 21);

3. en el sistema de señales indicadoras de la enfermedad se "...lee [su] estructura racional, discursiva y necesaria" (Foucault, 1963: 22). Los síntomas y su secuencia temporal se constituyen en los elementos de base con los cuales se categoriza la enfermedad (modelo botánico): es la ley de la analogía de las formas que produce analogía de las esencias, así, enfermedad y vida pasan a tener la misma estructura, la misma forma y ordenamiento del conocimiento;
4. La enfermedad es natural en cuanto que muestra sus características propias; es biográfica en cuanto que está distorsionada por la historia de quien la padece: edad, modo de vida, circunstancias. Ante esta dualidad, es necesario sustraer la enfermedad del enfermo, pues en esto radica el éxito del médico, en no dejarse engañar y distraer por los factores perturbadores de las biografías individuales. Tanto el médico como el enfermo son factores distorsionadores de la clasificación y el curso de la enfermedad, por ello ambos deben dejar que ésta siga su curso, dando oportunidad a la Naturaleza a que se manifieste, ayudándola sólo en los casos en que sea necesario reforzarla o disminuirla a los fines de la curación; en otras palabras, neutralizar los extremos para llegar a buen fin. Es de esta manera como "...los espesores, los tiempos, las determinaciones y las causas [de la enfermedad] están dados en sus signos, pero eliminados en su significación" (Foucault, 1963: 25)

En la medicina clasificadora la enfermedad se define por su ubicación taxonómica y se caracteriza por su ubicación espacial en un organismo dado (espacialización primaria), sin embargo, "...el espacio del cuerpo y el espacio de la enfermedad tienen latitud para deslizarse uno con relación al otro" (Foucault, 1963: 26), así, "Los órganos son los soportes concretos de la enfermedad; jamás constituyen sus condiciones indispensables [y] en este espacio corporal donde circula libremente, la enfermedad sufre metástasis y metamorfosis" (Foucault, 1963: 27), de ahí que la medicina clasificadora esté unida a la doctrina de las simpatías, la cual "...asegura el juego entre el espacio de localización y el espacio de la configuración (...). Una forma patológica puede engendrar otra, muy alejada en el cuadro nosológico por una

fuerza de creación que le es propia” (Foucault, 1963: 28), esto es, puede haber un recorrido de la enfermedad en tiempo y espacio: esta es la “especialización secundaria”. El tiempo pasa a ser una constante de la enfermedad, mientras que el espacio sirve a los efectos de categorizar la misma, pues ésta “...se deposita en un órgano que sirve entonces de apoyo a los síntomas” (Foucault, 1963: 29). La matemática se impone aquí como instrumento de conocimiento. Se miden los síntomas -pulso, fiebre, tos, dolor-, con el propósito de calcular su intensidad y tratar de hallar las “leyes” que rigen la enfermedad: para ello “...se medirán variaciones, equilibrios, excesos o defectos”. (Foucault, 1963: 32).

La “especialización terciaria “...supone un sistema de opciones en el cual va la manera en que un grupo, para protegerse, practica las exclusiones, establece las formas de asistencia, reacciona a la miseria y al miedo a la muerte” (Foucault, 1963: 34). Se comparan las prácticas médicas con los discursos médicos, así como la organización social de la asistencia al enfermo, actuando el colectivo en consecuencia. Es de hacer notar que a medida que existe una mayor complejidad en la estructura social, se genera una mayor complejidad en el cuadro nosológico dificultando su lectura y comprensión, en consecuencia, la enfermedad se aleja de su lugar natural –la vida, la familia-, para acercarse al hospital, lugar artificial en donde es clasificada perdiendo su “rostro esencial”, pues en ese ámbito “...ninguna enfermedad (...) es pura” (Foucault, 1963: 36).

Con estos elementos, podemos finalmente establecer que el modelo médico en el siglo XVIII va desde una medicina “...de la percepción individual, de la asistencia familiar, de la atención a domicilio...” a convertirse en “...una forma nueva, y casi desconocida (...) de especialización institucional de la enfermedad” (Foucault, 1963: 41). Como consecuencia de todos estos procesos, el rol del enfermo, entendido como “...el conjunto de prácticas, valores y expectativas sociales...” (Comelles, 1993:87) sobre el episodio nosológico, comienza a sufrir una sustancial metamorfosis. Volveremos más adelante sobre este punto, pues es imperativo referirse con más amplitud al Hospital como espacio para la curación.

Desde el punto de vista histórico, el discurso y la práctica médica de la época se desarrollan alrededor de la anatomía práctica producto de los conocimientos obtenidos gracias a las autopsias, “La experiencia casuística es el supuesto de

la monografía nosográfica; con ella, la patografía va convirtiéndose sucesivamente en patología anatomoclínica y en anatomía patológica pura o descripción científica del cadáver” (Laín, 1961: 200), siendo el resultado más divulgado de esta práctica el *Sepulchretum sive anatomia practica*, de Teophile Bonet, de Ginebra, publicación que tiene amplia difusión en Europa y en la cual la ordenación de los casos es sintomática, y la lesión anatómica simplemente una explicación *a posteriori* del síntoma clínico. Desde otra óptica, tanto en la medicina iatromecánica como en la medicina iatroquímica –tendencias entre las cuales se dividieron los médicos de la época-, se interpreta la patología desde un punto de vista cartesiano, sólo que los seguidores de la primera ven en la enfermedad desequilibrios espaciales y mecánicos, mientras que los de la segunda se fundamentan en los desequilibrios sustanciales y químicos.

Esto no significa que para este momento se hayan dejado de lado los postulados de Hipócrates y Galeno. Al contrario. Sus conceptos se reformulan y amplían en el desarrollo de los distintos sistemas médicos puestos en práctica a lo largo del siglo XVIII. De Hipócrates se mantiene la validez de la teoría humoral, la no intervención de la divinidad en los procesos de salud o enfermedad, y la influencia del ambiente y la herencia en los procesos patológicos (Romero, 1945: 105). De Galeno se toma la ampliación de las doctrinas humorales, incluyendo discrasias como el frío, el calor, la humedad y la sequedad, además de las enfermedades dependientes de la alteración cualitativa, como la putrefacción o la sepsis de los humores, así como el exceso de sangre o plétora, y las alteraciones del pneuma (Romero, 1945: 125). Estos diferentes elementos dieron lugar a la creación de un número de sistemas médicos que referían a otras tantas formas de interpretar y tratar la enfermedad.

Entrando en el caso específico de la Provincia de Venezuela, es pertinente dar un vistazo al material didáctico e informativo que se hallaba a disposición de los galenos y personal profesional del área de la salud, para formarse una idea sobre los conocimientos académicos que se manejaban en el ámbito médico. Según Ildelfonso Leal, en el siglo XVIII se encontraban en la Provincia de Venezuela textos como “...la Anatomía de Martín Martínez, el Idioma de la Naturaleza, por Francisco Solano de Luque (...) José de Gazola (...) con su

revolucionario libro *El mundo engañado de los falsos médicos...*, en el que se abogaba por la importancia de poseer conocimientos como "...buena filosofía, matemáticas, química, anatómica, botánica, y saber la diagnóstica, dietética, higiástica, semiótica y fisiología...", así como otras publicaciones de tiempos de Felipe II que circulaban simultáneamente a los textos del Padre Feijoo (Silva, 1985 : 52).

Sin embargo, una lista de libros no es suficiente para aclarar de cuáles conocimientos hacían uso los facultativos criollos y para subsanar esa dificultad contamos con los datos que nos proporcionan las fuentes documentales. Todavía en 1770 se puede notar en los médicos que ejercían en la Provincia de Venezuela una total adhesión con los postulados hipocráticos, tal como lo prueban las consideraciones que se hacen en torno a la petición que hace fray Miguel de Ubrique para que se le permita regresar a España en razón de sus enfermedades, y que fue sometida a la consideración de los cuatro principales médicos que ejercían su profesión en Caracas: Francisco Guasch, médico titular del Hospital San Pablo de Caracas; Xavier de Socarrás, facultativo muy conocido y de amplio prestigio en la capital; Lorenzo Campins y Ballester, futuro Protomédico y Catedrático de la Facultad de Medicina; y Juan Antonio Perdomo, pionero de la variolización en la Provincia de Venezuela. En los razonamientos que estos cuatro facultativos hacen para sustentar su opinión en torno a las dolencias de fray Ubrique y la pertinencia de su solicitud, los fundamentos hipocráticos son la única referencia utilizada (AGN, Sección Diversos, Tomo XL, 1770). En la lectura de este informe se puede percibir que la influencia de las nuevas ideas médicas aún no se había instalado en el *menáge* de conocimientos de los médicos más respetados e influyentes de la segunda mitad del siglo XVIII de la Colonia venezolana.

Habría que esperar hasta las postrimerías del ochocientos, a las lecciones impartidas por el Protomédico y Catedrático Felipe Tamariz, para observar una transformación en la forma en la que los estudiantes de medicina de la Universidad de Caracas aprenderían a abordar el episodio nosológico. Ello aparece reflejado en el análisis que hace el Dr. Blas Bruni Celli de los apuntes tomados en 1796 por José Rafael de Jesús Rodríguez, discípulo de Felipe Tamariz en la Universidad de Caracas, preparados por éste para ser dictados

durante la primera media hora diaria en el aula de clase y que esclarece los lineamientos teóricos que el maestro dictaba a sus estudiantes en la Cátedra de Medicina a finales del siglo XVIII:

“...en su obra se observan con mucho peso elementos conceptuales que lo acercan más a los Metodistas para quienes el equilibrio de los **elementos** y de los **humores** juega un papel fundamental en la conservación de la salud o en la restauración de la misma, aunque también hay en él una evidente tendencia a cultivar los preceptos de los dogmáticos o lógicos, que establecen una conexión entre **razón** y **observación** para deducir la existencia de entidades y causas posibles, aunque no visibles, y es por ello que cree firmemente en la necesidad del estudio de la Anatomía y la Fisiología como materias fundamentales para el correcto razonamiento médico. En el pensamiento de Tamariz hay un alejamiento de la Escuela Empírica que descansaba casi exclusivamente en la **observación y en la experiencia**, y quizás es ésta una de las razones para explicar su bien conocida actividad como Protomédico en la lucha contra el ejercicio médico practicado por personas que no habían tenido un debido estudio académico...”
(Bruni Celli y Muñoz, 2001: 14)

La importancia de estos apuntes estriba en que allí ya se puede ver “...desde el mismo título de los diferentes apartados, que los temas –ya más empíricos- no van a ser tratados al modo filosófico, sino al nuevo modo científico” (Bruni Celli y Muñoz, 2001: 36), lo que marca el comienzo de la autonomía entre Medicina y Filosofía en la Universidad de Caracas.

Es necesario calibrar la importancia de este punto de quiebre en los estudios médicos venezolanos, por cuanto no hay que olvidar que tanto la Universidad como el Protomedicato se encontraban unidos durante esta época de la Historia Médica venezolana, hasta el punto de que los únicos tres Protomédicos que hubo en la Provincia, fueron a su vez catedráticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caracas.

4.5. Lugares de curación y reclusión

4.5.1. Servicio a domicilio

En la Provincia de Venezuela, igual que el cualquier otro lugar de la América española, Cabildos y Gobernadores regulaban y fiscalizaban el libre ejercicio de la actividad médica durante la Colonia desde épocas tan tempranas como el siglo XVII, hasta que se logró la instauración del Protomedicato. Desde

entonces, y hasta casi finalizado el siglo XVIII existieron varias formas distintas de prestar los servicios médicos a domicilio; una de ellas era la de mantener a sueldo a un médico o cirujano para que atendiera a las necesidades de los miembros de la familia; otra era cancelando los servicios por curaciones cumplidas; y la última era cobrando según las visitas realizadas por el médico. Los medicamentos y procedimientos quirúrgicos debían pagarse aparte. Sin embargo, en el caso de la Provincia de Venezuela y desde los primeros tiempos de la Colonia se estableció que las personas de escasos recursos estaban exentas del cobro de honorarios e incluso, según Bando de Buen Gobierno dictado en 1764 por el Gobernador y Capitán General don José Solano y Bote, los cirujanos o barberos estaban en la obligación de curar de inmediato las heridas o golpes que sufriera cualquier persona, sin distingo alguno, so pena de pagar una multa de veinticinco pesos a la Real Cámara (Archila, 1961: 234).

No fue sino hasta 1793 que un grupo de médicos que ejercían su profesión en la ciudad de Caracas se reunió para definir los Aranceles extrajudiciales que regularían el valor de los servicios de médicos, cirujanos y parteros.

Los galenos que redactaron esta especie de “lista de precios” –que al mismo tiempo es una lista de los procedimientos terapéuticos que se realizaban en aquellos años-, mantuvieron la norma según la cual “...las personas pobres (...) quedaban exentas del cobro de honorarios por parte de los galenos” (Archila, 1961: 235), resolución ésta que beneficiaba, por lo menos, al 71% de la población (ver capítulo 3), que de otra manera no hubiera podido costear la atención de un facultativo. En efecto, la tarifa ordinaria por una visita médica fue de cuatro reales durante casi toda la segunda mitad del siglo XVIII –sin contar el costo de las medicinas u otros procedimientos quirúrgicos que fueran necesarios-, y según se desprende de los libros de cuentas consultados, el estipendio diario que recibía un trabajador manual que ejecutaba una labor no especializada –por ejemplo, un sirviente-, era de un real (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Unico del Hospital San Pablo, 1768; AHC, Sección Propios, Tomo 4.352, 1764), por lo que éste hubiera tenido que trabajar un mínimo de cuatro días para poder costearse una sola visita médica.

4.5.2. Hospitales

Como ya se dijo anteriormente, es a lo largo del siglo XVIII que comienza a transformarse la percepción del espacio propicio para la curación, pues la progresiva complejización de las técnicas de diagnóstico y curativas de la medicina profesional, obligan a un lugar *ad hoc* para este propósito (cfr. Foucault, 1963). Sin embargo, el concepto de hospital no era de ninguna manera novedoso, pues desde hacía siglos existían establecimientos de esta naturaleza. Es más, la normativa que cobijaba a todo el Nuevo Mundo lo preveía así:

“...se funden Hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se exercite la caridad cristiana. (...) Quando se fundare ó poblare alguna Ciudad, Villa ó Lugar, se pongan los Hospitales para pobres y enfermos de enfermedades que no sean contagiosas, junto á las Iglesias y por claustro de ellas, y para los enfermos de enfermedades contagiosas en lugares levantados, y partes que ningun viento dañoso, passando por los Hospitales, vaya á herir en las poblaciones” (Leyes de Indias, Libro Primero, Título Cuarto. *De los Hospitales y Cofradías*, ley primera)

Esta normativa fue elaborada durante el siglo XVI, momento en el que todavía se percibía al hospital como el lugar en el que se proveían los cuidados que deberían proporcionar los deudos del paciente; por ello, el hospital se concebía como el recinto adonde iban a parar los enfermos desheredados de la fortuna para ser objeto de la compasión y la caridad cristianas. En resumen, el hospital era un refugio temporal que sustituía al hogar, mientras que el personal que allí laboraba cumplía con las tareas que durante la contingencia nosológica le hubieran correspondido desempeñar a los miembros de la familia. Sin embargo, durante el siglo XVIII comienza a darse un giro en cuanto al papel del hospital y del enfermo, pues se empezó a considerar que la enfermedad ya no era más un evento familiar particular y privado, sino un acontecimiento objeto de la atención pública cuyo cuidado y resolución atañe a la sociedad en la figura de sus instituciones específicas en conjunto, sometiendo el fenómeno patológico a registro y clasificación, y a su vez clasificatorio del paciente ubicándolo en categorías que van a definir su lugar dentro del sistema médico (Foucault, 1968: 69): a los efectos de la sociedad, no es lo mismo un varioloso, que un hético, que un enfermo del estómago, y así lo revela la ubicación que la normativa le asigna al enfermo dentro del establecimiento hospitalario.

Sin embargo, esta función del hospital aun no se encuentra reflejada en la entrada que corresponde a esa palabra en el *Diccionario de Autoridades* de la Real Academia Española (1734), y que lo define como:

“La casa donde se reciben los pobres enfermos, passagéros y peregrinos, y se curan de las enfermedades que padecen, asistiéndolos á expensas de las rentas que tiene el hospital, ú de las limosnas que recogen. Unos son generales para todas las enfermedades, y otros para solo algunas que están señaladas. Lat. *Nosocomium. Aegrotorum hospitium*. RECOP. libro. 1. tit. 12. l. 24. Y los que veerdaderamente pareciere que son pobres y enfermos, sean curados en los hospitáles” (DRAE, 1734).

Como se puede leer, todavía se mantiene la categorización medieval de la institución hospitalaria, tomándola más como una obra pía que como un recurso terapéutico de utilidad social.

Como en cualquier otra colonia española, y según lo ordenaban las *Leyes de Indias*, en la Provincia de Venezuela se fundaron hospitales desde la época de la Conquista cuya función era la de recibir a los “...pobres que el derecho llama de solemnidad, que son los que no tienen con que ni donde curarse ni quien los ayude con lo necesario para ello...” (Archila, 1961: 195).

Dada la escasez de documentos no es posible citar fechas exactas, pero sí se puede afirmar que ya para mediados del siglo XVI se podía contar con los primeros establecimientos hospitalarios en Coro y Barquisimeto (Archila, 1961: 139), y hacia mediados del siglo XVIII funcionaban hospitales, con mayor o menor eficiencia, en las principales ciudades de la Provincia de Venezuela. En Caracas existieron dos establecimientos sanitarios casi hasta finales del ochocientos: el primero fue el Hospital del Señor San Pablo (a veces llamado Hospital Real), fundado en 1602 con el propósito de atender a pacientes del sexo masculino, de origen netamente religioso, pero que pasó al Patronato Real por Real Cédula en 1742. El edificio colindaba con el templo de San Pablo, en el lugar que hoy ocupa el Teatro Municipal. Más tarde, gracias a la iniciativa privada comenzó a funcionar en 1691 el Hospital de la Caridad exclusivo “...para la curación de mugeres pobres...” (Archila, 1961: 159) y que además servía como hospicio a “...las mugeres de no buen vivir...” (Archila, 1961: 160); la fábrica limitaba hacia el lado oeste con el Hospital del Señor San Pablo, por lo que formaba parte del complejo que comenzaba a formarse alrededor de la Iglesia del mismo nombre.

En cualquier caso, independientemente de que la fundación hospitalaria se efectuara bajo la figura del Patronato Real, por iniciativa de la Iglesia, o gracias a donativos de los fieles que ejercitaban así los preceptos de la caridad cristiana, el necesario mantenimiento que garantizaba el sostenimiento de estos establecimientos se podía dar por tres vías "...1º diezmos, 2º réditos de censos (hipotecas) y productos de alquileres, y 3º limosnas de los fieles..." (Archila, 1961: 436). De hecho, durante su visita Pastoral a la Provincia de Venezuela, el Obispo Mariano Martí recuerda a los párrocos en sus *Providencias* que exhorten a los fieles a que contribuyan con lo que pudieren a la manutención, a la visita y al consuelo de los enfermos, retribuyéndoseles con "...40 días de Indulgencia, y les libramos la retribución de sus limosnas..." (Martí, V, 1998: 148).

Las *Constituciones* que regulaban la vida de los centros hospitalarios de la Provincia de Venezuela emanaban de las *Constituciones Sinodales* redactadas por el Obispo Diego de Baños y Sotomayor (1687) durante el III Sínodo Diocesano. Con muy pequeñas diferencias, todas ellas señalaban las mismas directrices básicas: sólo se podía admitir a los "...pobres que el derecho llama de solemnidad, que son los que no tienen con qué ni donde curarse ni quién los ayude con lo necesario para ello..." (Archila, 1961: 193); la función del médico era la de hacer dos visitas diarias a los enfermos reclusos (a las ocho de la mañana y a las tres de la tarde) en presencia del mayordomo o enfermero, quien debía tomar nota y encargarse de la ejecución de las prescripciones del galeno en cuanto a la dieta de cada enfermo, así como de los tratamientos de los que debía ser objeto (Archila, 1961: 196); también se ordenaba cuidar diariamente de la salud espiritual de los enfermos, garantizándoseles misa, confesión, eucaristía y extremaunción (de ser el caso), recomendándose para ello tener siempre disponible un sacerdote quien también debía officiar en los entierros "...a hora competente y con la decencia que es razón..." (Archila, 1961: 196).

A los enfermos se les permitía permanecer en el hospital no más de diez días después de haberse levantado de la cama, siendo despedidos por el mayordomo pasado ese lapso por considerarse que se encontraban curados (Archila, 1961: 193). Finalmente, se obliga al mayordomo a llevar un libro de

entradas y salidas en el cual debe constar la identidad del enfermo, su filiación, lugar de origen, la enfermedad que padecía, las ropas que traía consigo, la fecha de entrada y la de salida o defunción; algunas *Constituciones* también establecen que debía llevarse un registro de los gastos que se hubieren hecho en la cura del paciente, así como de los que correspondían a su sustento (Archila, 1961: 194).

Según la información documental de la segunda mitad del siglo XVIII, el personal que laboraba en los hospitales constaba de un mayordomo nombrado por el Gobernador, quien se encargaba de la administración de los recursos del hospital; hospitaleros, practicantes, enfermeros, médicos y cirujanos, quienes a veces solapaban sus funciones, pues en los documentos se habla de “hospitalero enfermero”, “enfermero cirujano”, “cirujano médico” u “hospitalero practicante” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 19, 1767), quienes atendían lo concerniente al abastecimiento dietético y atención terapéutica de los pacientes; y, finalmente, personal de servicio como cocinera, esclavos y sirvientes quienes se encargaban de las tareas de mantenimiento del recinto hospitalario, así como de las labores de limpieza y aseo de los enfermos. En ocasiones podían hallarse aprendices o discípulos de los practicantes, quienes parecían hacer pasantías temporales en el Hospital (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811, folio 1, 1766).

4.6. Práctica médica en la Provincia de Venezuela

4.6.1. Práctica de la medicina popular

Encontramos que hasta bien avanzado el siglo XVIII era notoria la escasez de médicos universitarios o latinistas en la Provincia de Venezuela, lo que derivó en que la sociedad civil sumó sus esfuerzos a los de la Iglesia y las organizaciones a ella asociadas con el fin de buscar y encontrar los medios para resolver los episodios nosológicos, situación ésta que le dio una creciente importancia a los curanderos y comadronas que ejercían la medicina popular, actividad que era regulada y autorizada por el Consejo de Indias, los Cabildos y/o los Gobernadores en funciones (Amodio, 1998: 297).

Dentro de las comunidades de indígenas, españoles y pardos surgían personajes con la capacidad para ejercer como curanderos, y que habían adquirido sus conocimientos bien oralmente por tradiciones seculares reforzadas con elementos mágico-religiosos como rogativas o rezos, bien por haber estado al servicio de otros profesionales en el área de la salud o laborando en centros de atención (enfermeros, hospitaleros), o bien gracias a la lectura de cartillas o manuales vulgarizados en el caso de sujetos que se encontraban alfabetizados (Amodio, 1998: 298).

Los médicos titulados en universidades se oponían a las prácticas de los curanderos, pero hasta la fundación del Protomedicato en 1778 no encontraron eco ni respuesta a sus denuncias, ya que en ocasiones era grande la reputación y el poder de los que gozaban los terapeutas tradicionales, encontrándose protegidos por las autoridades gracias a la fe que en ellos tenían sus pacientes, algunos de ellos de relevancia social. Esto originó no pocos roces con los Protomédicos –con Campins y Ballester primero, y con Tamariz después-, quienes se empeñaron en hacer valer su autoridad como legitimadores de la profesión frente a las pretensiones de gobernadores y cabildantes (Amodio, 1998: 304). Esta diatriba no impidió que se sometiera a examen de competencia a un buen número de curanderos –pues se admitía que muchos de ellos se encontraban mejor preparados que los médicos europeos para enfrentar las enfermedades endémicas-, obteniendo de esta manera el título de médicos romancistas (que no hablaban latín). Sin embargo, hay que admitir que el género y el tono de la piel fueron factores que influyeron a la hora de hacer las listas de terapeutas con derecho a rendir examen ante el Protomédico en funciones, de ahí que encontremos que no se incluyó a ninguna mujer, indio o negro, siendo únicamente la fuerza del contexto social la que obligó, tanto a Campins como a Tamariz, a admitir pardos en los exámenes a pesar del deseo y la aspiración de dichos Protomédicos de estructurar un cuerpo médico conformado totalmente por blancos (Amodio, 1998: 302). El motivo para esta actitud excluyente era, principalmente en el caso de Tamariz, consecuencia de un residuo del pensamiento de la Edad Media según el cual “...quien no sabía latín era llamado iletrado y considerado ignorante, idiota y bestia animal...” (Bruni Celli y Muñoz, 2001: 33). El dominio

de esta lengua era pues, desde el punto de vista de los representantes de los grupos hegemónicos, un requisito indispensable para prepararse en cualquiera de las disciplinas que se impartían en la Universidad, así, a aquellos grupos subordinados a quienes les estaba vedado este tipo de educación institucionalizada por razones estamentales o de género, también se les pretendía negar la legitimidad en cuanto a su competencia como terapeutas.

En otra categoría se encontraban las comadronas, pues sus servicios fueron utilizados durante todo el período colonial sin someter sus conocimientos al escrutinio y control de ningún profesional, aun durante la existencia del Protomedicato. También existían comadrones o cirujanos-comadrones quienes eran profesionales del sexo masculino que intervenían en los partos que presentaban dificultades y donde era necesaria la mediación de un cirujano (cfr. Archila, 1961). Según se puede leer en el *Arancel* que se encontraba en vigencia hacia finales del siglo XVIII (1793), las complicaciones que eran resueltas por estos profesionales eran la "...extracción del feto vivo o muerto con las secundinas (...), [la] operación de sínphisis (...) de la imperforada y amputación del clítoris y miraphas, (...), [y] cesárea..." (Archila, 1961: 330).

Finalmente, entre las diferentes formas de la práctica terapéutica no institucionalizada, debemos recordar aquella que se realizaba cotidianamente en el seno de los hogares y en la que intervenían personas allegadas al entorno familiar. Este saber se nutría tanto de la tradición oral como de los conocimientos adquiridos mediante textos o cuartillas instructivas que podían adquirirse en las bodegas de la Provincia de Venezuela. En cuanto a las cartillas y pequeñas publicaciones no se tiene mayor información, pero sí se tiene conocimiento de aquellos textos médicos que, debido a su valor e importancia, fueron incluidos en los inventarios testamentarios de personas de todo tipo de profesiones y ocupaciones durante la segunda mitad del siglo XVIII.

Algunos de estos títulos, entre muchos que existían, son el *Florilegio Medicinal* de Juan de Esteyneffer (1712) (Soriano, II, 1999: 198), o el *Idioma de la naturaleza, con el qual enseña al medico como se ha de curar con acierto ciertos morbos agudos, descubierto por el Dr. Francisco Solano Luque*, de Manuel Gutiérrez de los Ríos (1736) (Soriano, II, 1999: 210), ambos utilizados

como vademeca en cuanto al uso terapéutico de raíces, hierbas y flores; el *Tractado Breve de Anathomia y de chirugia, y de algunas enfermedades, que mas comunmente suelen haver en esta Nueva España*, de Fray Agustín Farfán (1579) (Soriano, II, 1999: 199), redactado en la forma de un manual para que fuese "...vtil y prouechoso, para todo genero de gente en esta nueva España; specialmente para los q tienen su habitación y moradas en las ciudades villas é lugares donde ay falta de medicos y medicinas de botica" (Farfán, 1944 [1579]); o el *Libro de medicina llamado tesoro de los pobres*, compuesto por el Maestro Pedro Julián (1644) (Soriano, II, 1999: 215).

4.6.2. Práctica de la medicina profesional

Según consta en las *Leyes de Indias* (Libro V, Título VI, De los Protomédicos, Médicos, Cirujanos, y Boticarios, Ley iiii, Ley v, Ley vi), sólo les era permitido ejercer la medicina a aquellos profesionales que se hubieran formado o hubieran probado su competencia ante los centros de instrucción y las instituciones reconocidas por la Metrópoli, esto es, las universidades y los protomedicatos, por lo que es lícito presumir que la preparación de los galenos que practicaban la medicina en la Provincia de Venezuela cumplían con estos requisitos.

Siendo que hasta 1763 no existió la cátedra de Medicina en la Universidad de Caracas –pues durante los tres siglos de la Colonia la Corona española no le prestó ninguna atención a los estudios médicos en Venezuela-, y que no es sino hasta 1774 que se gradúan los primeros cuatro médicos en nuestra Universidad, añadiéndose a esto que hasta 1778 no existió efectivamente el Protomedicato en Venezuela, es forzoso pensar que los médicos que ejercían en el país eran originarios de otras latitudes, en su mayoría de España, y el resto de Francia, Inglaterra, Italia y otras regiones de América en donde sí existían estudios de medicina, así como protomedicato.

Hasta ese momento había en la ciudad de Caracas, entre médicos y cirujanos, veintisiete profesionales de la salud que prestaban sus servicios (Archila, 1961: 261-272), por lo que se puede afirmar que la población capitalina contaba con un médico por cada 1.660 habitantes; en La Guaira la proporción era de

1.165/1; 10.717/1 en los Valles de Aragua; 5.004/1 en Valencia; 511/1 en Puerto Cabello; y 2.940/1 en San Felipe. En este breve ejemplo se puede observar que en aquellas localidades en las que existían plazas militares debido a la existencia de los dos principales puertos de la Provincia, se contaba con una mayor cobertura profesional en cuanto a médicos universitarios se refiere, mientras que en el resto del territorio, sobre todo en los Valles de Aragua, el grueso de la población seguramente debía arreglárselas con los curanderos, curiosos y comadronas. Es de suponer que en el caso de personas prominentes que habitaran en localidades en las que no hubiera ningún facultativo disponible, existía la posibilidad de solicitar el auxilio de los médicos de más reconocida fama o más cercanos cuando se presentaban casos especiales o emergencias, tal como ocurrió por ejemplo en la ocasión en la que Juan Perdomo, pionero en el proceso de variolización en Venezuela, se trasladó hasta Barquisimeto a prestar su asistencia profesional al Obispo Diocesano de esa localidad (Archila, 1961: 266).

Aun cuando en este período todavía se puede decir que la mayoría de estos médicos se podían calificar como “clásicos”, pues “...consideraban válidas a priori...” las teorías médicas de Hipócrates y Galeno (Amodio, 1997: 100), también había algunos, entre los que destacó Felipe Tamariz como Protomédico y profesor universitario, que tocaban aspectos de la medicina clínica, como veremos más adelante cuando se trate el tema de la enseñanza en la cátedra de Medicina de la Universidad de Caracas. En efecto, las obras de Hipócrates gozaron de prestigio y fueron objeto de enseñanza hasta la primera mitad del siglo XIX (Bruni Celli y Muñoz, 2001: 21), lo que no impidió que fueran introduciéndose y tomando cuerpo los nuevos conceptos de fisiología y anatomía que tendían cada vez más a ser vistos al modo científico en lugar de al antiguo modo filosófico.

De igual manera esta tendencia científicista comenzó a transformar el concepto que se tenía de los cirujanos como gremio desde la Edad Media, abandonándose progresivamente la idea de que esta era una profesión de poco prestigio dado que involucraba trabajo manual. Igual que en el caso de los médicos existían dos tipos de cirujanos: los prácticos, que habían aprendido su oficio entrenándose a lo largo del tiempo en este menester en el trabajo con

otros médicos, y que ejercían el oficio con permiso oficial del Cabildo (romancistas); y los cirujanos “latinos”, egresados de algún centro de enseñanza superior. Cuando se instaura el Protomedicato en la Provincia se repite la misma situación que en el caso de los curanderos: los cirujanos romancistas, la mayoría de ellos pardos de sexo masculino, deben presentar examen ante esta institución, siéndoles negada esta posibilidad a los barberos sangradores, a los individuos pertenecientes a otros estamentos distintos a los pardos y a las mujeres, los cuales corrieron así con la misma suerte de la gran mayoría de los curanderos populares (Amodio, 1997: 106).

Médicos, Cirujanos y Curanderos eran auxiliados en su labor terapéutica con el concurso del Boticario. Según la Pragmática de Felipe III (1617) “...ningún médico o cirujano puede hacer en su casa purgas ni medicamentos para venderlos, sino que los manden a hacer a los boticarios examinados” (Archila, 1961: 95), sin embargo, esta normativa se ignoró en la Provincia de Venezuela por muchísimo tiempo, preparándose y vendiéndose los remedios en lugares tan disímiles como tiendas y pulperías, así como en las casas de los terapeutas. Este estado de cosas se prolongó sin sanción alguna a lo largo y ancho del territorio venezolano, pues además de que el Protomedicato no existió hasta el último tercio del siglo XVIII, la autoridad a quien correspondía velar por la calidad de los medicamentos que se vendían, en este caso el Gobernador, no cumplía con estas obligaciones con el debido rigor, por lo que en la práctica la demarcación entre medicina y farmacopea se encontraba borrosa y poco definida (Archila, 1961: 96). Aun cuando el aprendizaje y el ejercicio de la carrera farmacéutica era completamente libre, pues no requería de estudios universitarios, esta dualidad impidió que cobrara vida propia la profesión boticaria, restándole todo atractivo y provocando con ello la escasez de establecimientos formales y debidamente inspeccionados durante toda la época colonial (Archila, 1961: 334).

En ocasión de epidemias y emergencias de otra naturaleza, se apelaba al concurso de enfermeros, los cuales en estos casos se constituían en auxiliares de los médicos y curanderos, tal como se observa en las cuentas pagadas por el Cabildo caraqueño durante la epidemia de viruela que comenzó en 1764, y en donde se contempla el pago por la manutención y los servicios de un

enfermero para cuidar a los variolosos (AHC, Sección Propios, Tomo 4.352, folios 135, 136 y 138).

Al decir de Archila, “En los hospitales, hubo casos en que se utilizaron esclavas negras, siendo lógico suponer que entre ellas mismas, algunas practicasen la enfermería” (Archila, 1961: 91), y en efecto, encontramos que, según lo suscriben Domingo Alonzo del Castillo y Juan de Vega en 1767, en el Hospital San Pablo de Caracas se empleaban los servicios de enfermeros para “...asistir a los enfermos y darles lo que el médico mandara...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 70) entendiéndose por esto no sólo el suministro de los medicamentos, sino también el de los alimentos y la dieta prescrita por el galeno.

La posición de enfermero era de cierta importancia en la vida del hospital, hasta el punto de tener competencia para suplir al médico titular, tal y como se puede leer en el documento en el que el mayordomo del Hospital San Pablo de Caracas, Gonzalo Quintana Barreto, hace una lista del personal que allí labora en 1767, mencionando a Lucas Rosales Jaen como “...enfermero cirujano y médico que fue de dicho Hospital y al presente cirujano y médico de él en las enfermedades y ausencias de Don Francisco Guasque...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 19).

Pareciera que la amplitud de tareas que se le asignaban al enfermero en los Hospitales, y que iban desde la compra de los productos necesarios para el funcionamiento del recinto, suministrar la comida a los pacientes según las órdenes del médico titular, y hasta reemplazar a este profesional durante sus ausencias, le permitía participar activamente en una buena parte del proceso administrativo, así como aprender de forma práctica el arte de la Medicina. Sin embargo, la imposibilidad del mayordomo de estar al tanto de todo lo que ocurría al interior del Hospital con los enfermos dadas sus múltiples ocupaciones, unido al hecho de que aun cuando el enfermero se encontraba bajo la supervisión del Médico, éste sólo realizaba dos visitas diarias al establecimiento de salud, hacía inevitable que se dejara en manos del enfermero una considerable cuota de poder que éste usaba a discreción tanto en su beneficio personal como a favor o en contra de los pacientes, tal y como

consta en la queja que presentan los ya mencionados Castillo y Vega tanto en nombre propio como en el de sus compañeros de infortunio:

“...viendo todos los enfermos que el dicho enfermero está haciendo con los enfermos lo que quiere ultrajándolos de palabras y maltratándolos porque no les da lo que el médico receta ni tampoco gasta lo que el Señor Mayordomo manda ni asiste como debe quitándonos el alimento, nos determinamos todos a escribirle al Señor Mayordomo dando cuenta de todas las cosas que hacía el dicho enfermero, y el Señor Mayordomo mandó a el médico que visitara el Hospital a todas tres comidas a ver si era verdad, a lo cual visto el enfermero que el médico venía a registrar la comida, la hizo buena y con tal que delante del médico daba más de la cuenta por quedar bien, adonde le respondió el médico al Señor Mayordomo que era falso y nos dijo el Señor Mayordomo que el médico había dicho y visto y nos dijo que escribiéramos la verdad, de lo que había, y lo ejecutamos segunda vez, y mandó el Señor Mayordomo segunda vez al médico a que registrara la comida y entonces el enfermero le dijo al médico que era incierto todo lo que se había escrito y entonces el enfermero le dijo al médico quien había escrito el papel y entonces el médico nos dio la puerta franca por mal informado del enfermero sin acabarnos de curar...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folios 70 y 71).

O esta otra queja del mismo tenor, pero en otro establecimiento de salud:

“Martin Orzaran residente en esta ciudad con la maior venerazion que deve a V.S. dice: Ha estado de cocinero en el Hospital de la Caridad y en este tiempo ha sufrido varios desordenes que ignoraba el Sup^{te} que heran excesos para los pobres enfermos como son el de pagar las Gallinas el Mayordomo á quatro reales y el enfermero daba pollos en lugar de Gallinas, y Pollas chicas...” (AGN, Sección Intendencia General del Ejército y Real Hacienda, Tomo III, folio 222).

Estas atribuciones del enfermero, aunadas a la falta de supervisión y/o la excesiva confianza del mayordomo en su subordinado, afectaban en la práctica el tratamiento dietético de los pacientes.

4.7. Institucionalización y control de la práctica médica

Aun con los sutiles cambios que apenas asomaban merced a la nueva perspectiva de la práctica y el saber terapéutico, la Universidad, el Protomedicato y los Hospitales fueron los recursos de control de la práctica médica. La legislación referente a las casas de estudio era muy clara al respecto:

“Deseando, que nuestros vassallos gozen larga vida, y se conserven en perfecta salud. Tenemos á nuestro cuidado proveerlos de Medicos, y Maestros que los rijan, enseñen, y curen sus enfermedades, y á este fin se han fundado Catedras de Medicina, y Filosofia en las Universidades mas principales de las Indias, como parece por las leyes de su titulo” (Leyes de Indias, Libro Quinto, Título Seis, *De los Protomedicos*, ley primera).

La finalidad era la de unificar en la medida de lo posible el discurso médico no sólo desde la academia, sino también desde una institución sancionatoria que legitimara y validara tanto la práctica en los Hospitales, como la enseñanza en las universidades. Para garantizar que esto se diera, las *Leyes de Indias* preveían el ejercicio de Protomédicos Generales, cuya competencia se correspondía con la de las Reales Audiencias en las cuales éste residía, además de la asignación de Protomédicos Superintendentes quienes fungían como delegados y auxiliares de los primeros.

Los Protomédicos Generales tenían como funciones, según las *Leyes de Indias* las de recopilar, evaluar y clasificar aquellos saberes a los que tuvieran acceso en los lugares en los que residían y que considerasen que pudieran ser de utilidad a los fines curativos, así como examinar y dar licencia de ejercicio de la medicina a médicos, cirujanos, boticarios, barberos y algebristas de las provincias dependientes de la Real Audiencia de su jurisdicción que así lo solicitaren. También tenían la facultad de acudir a los Oidores de la Real Audiencia y al auxilio de la justicia ordinaria que pudieran proporcionar el gobernador, los corregidores y los alcaldes, en los casos en los que alguien ejerciera cualquier oficio relacionado con la salud sin la licencia correspondiente.

Dándole continuidad al Protomedicato como una institución de control de la medicina que se había instaurado por primera vez en el Reino de Aragón en 1285, se procedió a fundar los primeros de ellos en Iberoamérica, específicamente en México (1517) y en Lima (1536) (Amodio, 1998: 301). En la Provincia de Venezuela el Protomedicato se crea por Cédula Real del 14 de mayo de 1777 a instancias del médico mallorquí Lorenzo Campíns y Ballester; esta institución contribuyó, junto con la Universidad, a estructurar y otorgarle prestigio a la profesión médica en Venezuela mediante el expediente de “...formar un cuerpo médico respetable y blanco” (Amodio, 1998: 302). Para ello existían dos herramientas fundamentales: una, eran las exigencias de

admisión para cursar estudios médicos en la Cátedra de Medicina, y que sólo permitían la entrada de estudiantes que pudieran probar su limpieza de sangre; y la otra, era el examen que debían rendir los curanderos (en su mayoría pardos o indios) ante el Protomédico para obtener la legalización de su profesión.

Esto era así en teoría, aun cuando hay testimonios, como el del Gobernador don Joseph Carlos de Agüero (1776), según el cual existían “...curanderos que sobresalían más que el mismo Campins...” (Amodio, 1998: 302) debido a que éste desconocía el clima, las enfermedades y los medicamentos del país, motivo que unido a la ya mencionada escasez de médicos, daban razones suficientes para que muchos de estos terapeutas continuaran ejerciendo su profesión bajo la autorización y protección de algunos Cabildos y Gobernadores, trayendo esto como consecuencia la preservación de cierta libertad en el ejercicio terapéutico “...desde una perspectiva cultural y teórica diferente” (Amodio, 1998: 310), sin jerarquías, sin gremios, y sin controles centralizados.

Quizá se pueda apreciar mejor la realidad cotidiana de la práctica médica en la Provincia de Venezuela en la lectura de la Real Provisión escrita en defensa del ex esclavo José Romualdo de Silva y Arrechadera, terapeuta debidamente autorizado por el Protomedicato desde 1789 y quien residió en la Villa de Calabozo durante la última década del siglo XVIII, en razón de una causa que se le seguía por la acusación de haber matado a una esclava por “impericia en la medicina y la cirugía” (AGN, Sección Reales Provisiones, Tomo III, folio 118).

En el referido documento y de acuerdo a la descripción que sus defensores y apologistas hacen de Romualdo, se pueden constatar las cualidades que se apreciaban y buscaban en un médico: “...genio afable y humilde, p^f cuya razon ha merecido q^e lo atiendan y lo favorezcan con su cariño y trato, y la piedad con la q^e mira los enfermos con particularidad los Pobres, a quien no solo vicit sin interes, sino q^e les suministra los medicam^{tos} y alimentos en su propia casa, sin haver oido jamas, q^e alguno se le haya muerto sin confesion...” (AGN, Sección Reales Provisiones, Tomo III, folio 118 vuelto), rechazándose a los “...desacertados en sus curaciones, faltos de caridad p^a con los Pobres, o de costumbres corrompidas, y de mal exemplo...” (AGN, Sección Reales

Provisiones, Tomo III, folio 119), así como a aquellos galenos que debido a su incompetencia no eran capaces de identificar a tiempo los brotes de la temida viruela, impidiendo así que se tomaran las medidas preventivas que constaban en las Ordenanzas.

Asimismo, en el documento se evidencia que en las poblaciones pequeñas era común que los médicos fungieran también como boticarios, dejando de lado la regulación que prohibía expresamente que un mismo sujeto ejerciera simultáneamente ambas profesiones, pues "...la necesidad forma su ecepcion de la regla, e impone nueva ley..." (AGN, Sección Reales Provisiones, Tomo III, folio 119), aduciendo con mucha sensatez que:

"...en todas las poblaciones del distrito, cada curioso compra aquellos remedios mas usuales, y q^e no se pueden suplir con yerbas simples p^a hacer uso de ellos en los Lances ocurrentes p^r q^e en un caso pronto, y q^e no se espera, no se le ha de venir a esta Ciudad en solicitud de remedios, siendo mayor el precio de su condicion, y muriendose entre tanto, el q^e padece, y tampoco se puede obligar a ningun vecino a q^e ponga botica, careciendo, y aunque no careciera del conocim^{to} de las drogas medicinales ni creo habra boticario q^e se anime a ponerla en una Poblacion corta con el fondo de quinientos p^s lo q^e menos, exponiendose a perder su mayor pre lo uno p^r q^e con el demaciado calor se corrompen con facilidad, y lo otro p^r q^e no es su expendio con abundancia p^r los pocos enfermos q^e resultan en aquellos Países de Temperie y clima tan sano, q^e es casualidad ver en un mes un entierro..." (AGN, Sección Reales Provisiones, Tomo III, folio 119).

Este estado de cosas se mantuvo en líneas generales hasta aproximadamente 1827, momento en el cual, bajo la dirección de José María Vargas, se comienzan a reformar definitivamente, tanto los estudios universitarios, como la normativa de la práctica médica (Amodio, 1998: 310).

5. La alimentación en las Indias coloniales

Por ser completamente desconocidos y novedosos para los europeos, la casi totalidad de los productos alimentarios que se consumían en América en el momento del contacto no habían sido “nombrados” y “clasificados” por los autores latinos que los conquistadores tomaban como modelo para significar los alimentos, por lo que debieron ser semantizados por el nuevo grupo hegemónico dominante según su imaginario, sus experiencias y la información que recolectaban entre las poblaciones autóctonas. De esta triple vertiente surgió un nuevo saber que insertó a los alimentos americanos en el sistema clasificatorio dietético europeo de acuerdo al modelo médico Occidental.

De igual manera y aun cuando en un primer plano no se visibilizara, los grupos autóctonos que poblaban el continente también pasaron por un proceso de semantización e inserción de los productos introducidos por los conquistadores en su sistema clasificatorio. Con el devenir del tiempo estos dos saberes desembocaron, con un cierto grado de coherencia, en un régimen alimentario común que ya a finales del siglo XVIII comenzaba a ser distintivo de la identidad de los pobladores de la Provincia de Venezuela.

Por otra parte y como ya se ha expresado suficientemente, tanto el modelo médico americano como el modelo médico europeo coincidían en el punto de que la enfermedad era “caliente”, por lo que entre ambos grupos no podía haber discusión alguna en cuanto a que los alimentos terapéuticos debían ser “fríos”, o en el peor de los casos “templados”, poniéndose así de relieve otra coincidencia en cuanto al procedimiento para lograr este objetivo: en ambos modelos se consideraba que la exposición al sereno de la noche, así como la dilución, infusión, o mezcla en agua de los productos alimenticios, producía el deseado efecto de “enfriamiento”.

No obstante, los alimentos americanos no corrían con buena fortuna desde el punto de vista del modelo terapéutico hegemónico debido a la creencia generalizada entre las nuevas élites de que los productos de estas tierras se caracterizaban por ser “...cálidos y húmedos...” (Farfán, 1944 [1592]: 2), por lo

que los alimentos “fríos” o “templados” –esto es, preferentemente los provenientes de Europa-, eran los más adecuados a los propósitos curativos.

Sin embargo, aún cuando procediesen del Viejo Continente, no todos los alimentos poseían las mismas cualidades térmicas, pues leyendo *Acerca de la materia medicinal* de Dioscórides, traducido del latín al español por el médico Andrés Laguna en 1555, se puede inferir claramente cómo se organizaba la categorización desde el punto de vista hipocrático-galénico. En términos generales, en el caso de los productos animales había tres factores que determinaban el grado de “calidez” o “frialidad”: la edad (a más joven, más “frío”), el tamaño (cuanto más grande, más “cálido”) y el hábitat (el animal terrestre era más “cálido” que el acuático). De esta manera, las aves acuáticas como el ánade, el ganso o el pato, eran más “frías” que la gallina, el pollo o el pavo; sin embargo, el pato era más “frío” que el ganso en razón de su tamaño, mientras que el pollo era más “frío” que la gallina en razón de su edad (Dioscórides, 1555). Siguiendo estas mismas indicaciones, Farfán recomienda en su *Tractado breve de medicina* el uso de pollo, ternera, cabrito o pescado como alimentos terapéuticos en la mayor parte de los procesos nosológicos (Farfán, 1944 [1579]: 4).

En cuanto a los productos vegetales, la gran mayoría eran considerados como “fríos”, y aun cuando por alguna excepción no fuera así, bastaba con someterlos a los ya mencionados procesos de dilución, infusión o cocción para controlar y someter su temperatura, dado que no tenían tanto “calor” interno como los alimentos de origen animal.

5.1. Productos locales

El primer hombre que fungió como cronista de América, Cristóbal Colón, hizo en sus viajes una relación de los alimentos desconocidos que halló en estas tierras: maíz y ají en 1492, piña en 1493, batata y cacao en 1502. Poco tiempo después, en 1499, Américo Vesputio dio cuenta de la yuca y el jobo. De esta reducida lista de siete alimentos, cuatro de ellos fueron de gran importancia en la dieta colonial: el maíz y la yuca como alimentos básicos, el ají como condimento y el cacao como bebida (Vélez Boza, 1993: 256).

5.1.1. Maíz

Conocido en la nomenclatura científica como *Zea mays*, fue y sigue siendo el alimento básico de casi todas las sociedades americanas. Es lo que los españoles de la época colonial llamarían el “mantenimiento” del hombre prehispánico, es decir, un elemento básico, esencial e insustituible de las comidas debido a que participa cotidianamente en la dieta con un alto impacto cualitativo y cuantitativo: es el “cimiento de la comida” (Warman, 1988: 18).

En el momento del contacto entre los indígenas americanos y los europeos, el maíz se cultivaba desde los “...45 grados de latitud norte, donde hoy se encuentra Montreal, Canadá, hasta los 40 grados de latitud sur (...) al sur de Santiago de Chile...” con un rendimiento promedio de 150 a 1 en los años buenos y 70 a 1 en los años malos, uniéndose a este alto rendimiento la ventaja de tener un ciclo corto de ocupación de la tierra, ya que se pueden obtener entre dos y tres cosechas al año, más la facilidad de conservación por largo tiempo, y una sencilla preparación para el consumo por no requerir de complejos equipos o complementos para su procesamiento (Warman, 1988: 25-33), existiendo “...cinco grupos mayores de maíz: dentado, de grano duro, harinoso, dulce y de palomitas” (Coe, 2004: 33), cada uno de ellos para un uso específico.

El cronista Juan de Cárdenas, describe así el procesamiento y consumo del maíz en la zona de México:

“...sobre una piedra se muele y sobre esa misma se amasa y se hace pan, sin llevar más sal, levadura ni leudo, ni otro recaudo que un poco de agua fría, al momento se tuesta o cuece sobre una cazuela o comal de barro, y así caliente se come con todo gusto y regalo del mundo...” (Cárdenas en Warman, 1988: 32).

Gilij, por su parte, es un poco más gráfico en cuanto al aspecto del pan de maíz al sur del continente:

“...coger la harina de maíz, ponerla en una tutuma y allí mismo, mezclándola con agua, amasarla en pasta. Pero después de haberla amasado dentro, la sacan de la tutuma, y con las manos la aplanan a modo de hogazas redondas, que de ordinario son del grueso del dedo pulgar, y de como medio palmo de diámetro. Así se hacen las arepas de maíz cariacó. El yucatán, como es mas duro, se cuece ligeramente para hacer arepa, y se muele a modo de cacao” (Gilij, 1992: II-206).

Aun cuando la arepa y la tortilla eran las formas más frecuentes en las que se consumía el maíz, gracias a cronistas como Sahagún, Garcilaso de la Vega y Cobo, entre otros, conocemos la existencia de otras preparaciones como por ejemplo la cocción de la masa de maíz utilizando vapor para hacer tamales o *humintas*, la cocción de los granos de maíz en agua para hacer atoles que se mezclaban con otros ingredientes, así como la chicha, el maíz tostado (*camcha*) o cocido y secado al sol para sazonar guisos (*cocopa*) (cfr. Coe, 2004).

Es de esperar que un alimento tan versátil y de tal importancia para la subsistencia de las poblaciones de todo un continente, estuviera fuertemente simbolizado por la comunidad que dependía de él hasta el punto de que en la cultura maya

“...prácticamente toda ceremonia registrada desde el nacimiento –cuando el cordón umbilical era cortado sobre una mazorca de maíz- hasta la muerte –cuando se colocaba un poco de masa de maíz en la boca del difunto- incluía el maíz” (Coe, 2004: 178).

Y esta conducta no era casualidad, pues para los mayas, el hombre estaba hecho de maíz, ya que “Sólo cuando los dioses fabricaron de masa de maíz a la gente fue que los verdaderos hombres fueron creados” (Coe, 2004: 26).

Los españoles reconocieron inmediatamente el lugar que ocupaba el maíz en las culturas americanas, equiparándolo al que el trigo tenía para ellos mismos, gracias a que las características morfológicas del cereal facilitaban y favorecían esta analogía. Sin embargo, como grupo hegemónico dominante, seguían considerando al pan de trigo jerárquicamente superior al “pan de maíz” como mantenimiento (Lovera, 1998: 59), aun cuando el consumo de éste último en América fuera más generalizado y extendido que el de aquél.

Desde el punto de vista dietético, no se pudieron encontrar referencias explícitas en cuanto a su valor terapéutico. Farfán, por ejemplo, lo cita una sola vez como alimento a administrar en la forma de atole a los enfermos de “tabardete” (calentura) por ser “...frio, y [quitar] la sed” (Farfán, 1944 [1592]: 251). Sin embargo, hay que tomar con cautela esta afirmación de Farfán, pues es probable que la clasificación del atol de maíz como “frío” se deba más a la preparación como atol que a las propiedades simbólicas que se le adjudicaban a este cereal en sí mismo, pues según el mismo Hipócrates especificaba:

“Los que investigaron (...) descubrieron las papillas, mezclando con mucha agua algunos de los elementos fuertes y suprimiendo así su fuerza mediante la mezcla y la cocción” (Hipócrates, 1990: 143).

Desde el punto de vista moral el maíz era considerado por el conquistador europeo como un cereal “adúltero” debido a que necesita del polen de las plantas vecinas para poder ser fecundado, mientras que el trigo era un cereal “virtuoso” debido a que “se fecunda solo, porque las flores son bisexuales” (Toussaint-Samat, 2, 1987: 127).

5.1.2. Yuca

La variedad dulce (*Manihot dulcis*), llamada boniato, fue cultivada en la costa del Perú desde el 2.000 a.C.; tenía una importancia secundaria y se consumía asada directamente al fuego o sobre una parrilla hecha de ramas. Por otra parte el casabe, de mucha mayor relevancia como mantenimiento de las poblaciones prehispánicas de la zona selvática tropical, se obtenía de la variedad amarga (*Manihot utilissima*), cultivándose en las tierras bajas húmedas y tropicales de Venezuela y Colombia por lo menos desde el 3.000 a.C (cfr. Coe, 2004: 36-40).

El cultivo de esta planta, tanto la variedad dulce como la amarga, es sumamente sencillo, pues consiste únicamente en enterrar esquejes del tallo en la tierra y esperar a que se produzcan múltiples raíces que pueden cosecharse en muy corto plazo. La yuca ha sido particularmente importante en las regiones tropicales debido a su “...fácil almacenamiento en forma de harina o casabe, o sencillamente dejando los tubérculos sin cosechar, lo que evita la necesidad de usar silos” (Seijas y Wagner, 1979: 6).

Sin duda que la variedad dulce no podía conservarse por mucho tiempo, pero los pueblos autóctonos de la zona tropical de América descubrieron un método que, aun siendo complicado, servía eficazmente para transformar la variedad amarga –con un alto contenido de ácido cianhídrico (*yare*), sumamente tóxico-, en un alimento sumamente práctico y útil para la supervivencia, adquiriendo gran importancia no sólo como mantenimiento de ciertos grupos indígenas, sino también como una excelente fuente de calorías para los soldados

españoles que llevaban a cabo la empresa de la conquista y poblamiento del Continente, debido a que podía conservarse en buenas condiciones por prolongados períodos de tiempo y era de fácil transporte (Coe, 2004: 36-37).

Según la descripción de Gilij, el “pan de los orinoquenses” lo elaboraban las mujeres cultivando, cosechando, pelando y rallando la yuca amarga sobre tablas con piedras agudas cortantes encajadas en su superficie, hasta convertirla en una pasta que se introduciría en unas “canastillas” cilíndricas (*sibucán*) que, colgadas de un horcón, permitían exprimir y recoger el venenoso ácido cianhídrico (*catare* o *yare*) que goteaba de la masa. Seguidamente se procedía a secarlo y pasarlo por un cedazo ralo (*manare*), obteniendo así la *catavía* o masa con la que se hacía el pan. Dándosele forma con la mano, se colocaba la masa en la superficie del budare calentado sobre un fogón formado por tres piedras (topias), extendiéndosela en forma ovalada o alargada, y apretándola “...con una paleta de concha de tortuga...”, dándole vuelta para que terminara de cocinarse. El pan resultante tenía un diámetro de “...dos palmos...” y la altura “de un dedo meñique” (Gilij, II, 1992: 200-205).

El producto así elaborado, podía consumirse tanto recién hecho como secado al sol, en cuyo caso se remojaba ligeramente con agua. También podía consumirse la *catavía* bien desmenuzada y “...cocida en cazuelas, agitándola continuamente” para hacer platos semejantes a las menestras (Gilij, II, 1992: 205).

En cuanto al valor simbólico de este alimento, nos dice Lovera que “Si bien tuvo cierta aceptación en los grupos dominantes, el casabe fue considerado siempre un alimento inferior”, ubicándosele en el último lugar jerárquico entre los panes que se hallaban disponibles durante la época colonial (Lovera, 1998: 74), quizá ante la dificultad de establecer alguna analogía entre un tubérculo y la categoría “pan”. A pesar del buen servicio que el casabe prestó a los españoles en sus empresas militares, éstos llegaron a compararlo con el serrín de la madera llamándolo “pan de palo” y sólo era consumido por “...la fuerza de la costumbre o del hambre (...) a falta de los alimentos acostumbrados” (Gilij, II, 1992: 205).

Según reporta Butt Colson, algunos grupos autóctonos americanos de la zona tropical utilizan aun hoy el casabe como alimento dietético para mantener al paciente durante los episodios de desequilibrio:

“La dieta para un enfermo no muy grave es *eki totsá*, un puré hecho de casabe desmenuzado puesto en agua tibia. O se puede comer un poco de casabe duro, tostado ligeramente, en forma de bizcocho. Se bebe agua en un poco de *kassiri* fermentado ligeramente, la bebida ordinaria hecha de yuca amarga (*Manihot* spp.)” (Butt Colson, 1978: 7).

5.1.3. Ají

Todos los tipos de ají, o chile como se le llama en México, pertenecen a las especies *Capsicum*, familia de las solanáceas igual que los tomates y las papas, siendo tres los grupos más utilizados en la América prehispánica: el *Capsicum pubescens*, resistente al frío y probablemente domesticada en el altiplano boliviano y peruano; el *Capsicum annuum*, domesticada en el valle de Tehuacán entre el 7.200 a 5.200 a.C. y que se consumía en las tierras bajas de Sudamérica, las Antillas y Centroamérica; y el *Capsicum baccatum*, domesticado en las tierras bajas de Bolivia y utilizado en la América del Sur tropical (Coe, 2004: 100).

Es innegable el papel del ají como sazonador de los platos americanos, pues aun cuando este fruto “...provee de grandes cantidades de vitaminas A y C...”, - igual que muchos otros vegetales-, tiene como propiedad más resaltante la presencia de un irritante llamado capsaicina que no sólo era grato a los indígenas, sino también muy apreciado por los españoles, ya que los platos fuertemente especiados –principalmente con pimienta-, se consideraban durante la Edad Media como un privilegio de las clases dominantes dado el alto precio de esta especia, y el ají proporcionó una manera fácil, económica y accesible de transformar los platos del campesino común en una experiencia que hasta ese momento sólo estaba reservada a los individuos más pudientes (Coe, 2004: 103).

El ají era utilizado terapéuticamente por algunos grupos indígenas como remedio para los resfriados, las gripes, las bronquitis, la pulmonía y la tos ferina, ubicándose en la categoría “caliente” (Butt Colson, 1978: 17). Desde

la óptica Occidental, no era aconsejable en los procesos curativos pues “...es muy ventoso, y siempre daña al hígado...” (Farfán, 1944 [1592]: 105).

5.1.4. Cacao

El *Theobroma cacao* se encontraba en terrenos que tuvieran “...sombra, protección contra el viento y un clima caliente y húmedo, así como un suelo bien drenado” (Coe, 2004: 87), pues estas eran las condiciones para que prosperara. La variedad silvestre se encuentra en lugares tan disímiles como la amazonía y la costa de Honduras, lugar en donde Colón lo vio por primera vez en el año de 1502 en el curso de su cuarto viaje.

En la América prehispanica el cacao se consumía, bien chupando la pulpa blanca que recubre las semillas tal como lo hacían los indígenas de las cuencas del Amazonas y el Orinoco –lugar donde se encontraba la mayor parte de las variedades silvestres-, o bien en forma de bebida como lo hacían los habitantes de Mesoamérica; en el primer caso el fruto se encontraba a disposición de todo aquel que quisiera probarlo, mientras que en el segundo caso el cacao era un bien tan costoso ypreciado que no sólo estaba muy lejos de ser consumido cotidianamente por la mayoría de la población, sino que se utilizaba como moneda para las transacciones comerciales de manera que “Las vainas de cacao se empaquetaban en bultos de 24.000 unidades, y éstos se constituían en la medida estándar del dinero, con los que los mejicanos y los mayas pagaban sus impuestos” (Ritchie, 1981: 150).

Es de suponer que el descubrimiento de la técnica para procesar chocolate debió darse en algún lugar de Mesoamérica, consistiendo en recoger las bayas maduras y dejarlas fermentar por varios días para producir los necesarios cambios químicos en las semillas, las cuales se dejaban secar después de quitarles la pulpa que las recubre. A continuación las semillas se tostaban, pelaban y molían varias veces en un metate, para terminar dándole forma a unas pequeñas tortas que podían ser almacenadas para preparar posteriormente la bebida (Coe, 2004: 89), la cual se hacía añadiéndole agua tibia a las tortas de chocolate y aireando la mezcla pasándola de un recipiente a otro con el fin de formar una nata espumosa que se dejaba a un lado; se

repetía el procedimiento, colocándose al final la nata así obtenida encima de la bebida. La calidad del chocolate era directamente proporcional a la cantidad de nata espumosa que se hubiera logrado. A esta preparación podían añadirse los más disímiles aditamentos: chile, maíz molido, vainilla, esencias florales, entre otros (Coe, 2004: 155).

Al decir de Humboldt, “Sábese que los españoles por lo general se espantan de la mezcla de la vainilla con el cacao, por irritar el sistema nervioso. Por esto el fruto de esta bella Orquídea es desdeñado en la Provincia de Caracas” (Humboldt, III, 1985: 180). Abundando aún más en cuanto a la forma del consumo del cacao en la Provincia de Venezuela, Joseph Luis De Cisneros especifica que “El cacao que se consume en el País (...) unos lo toman en Chocolate, otros (y son los más) sin Canela, ni Azucar, solo con Papelón, que es una especie de Azucar prieto...” (De Cisneros, 1981 [1764]: 127).

Para los europeos el cacao fue un alimento que al comienzo les produjo desconcierto al tiempo que lo gustaban con desenfreno, ya que además de ser la primera bebida estimulante de la que tuvieron conocimiento que fuera completamente diferente a las bebidas alcohólicas, también les fue difícil clasificarlo dentro de los esquemas por ellos conocidos dificultándoseles el determinar si podían consumirlo o no durante los ayunos y abstinencias que exigía la religión Católica. Ante la duda, los colonos acudieron al Papa Gregorio XIII, el cual declaró en 1572 y 1585, que el chocolate podía consumirse durante la Cuaresma pues era una bebida y por ello no rompía el ayuno, siempre y cuando no estuviera mezclado con otros productos (Coe, 2004: 91).

En el caso de la Provincia de Venezuela es importante distinguir entre tres bebidas que se elaboraban con el cacao como principal ingrediente: el “chorote”, el “cacao” y el “chocolate”. En efecto, hasta bien entrado el siglo XIX podemos encontrar cómo los escritores sobre la materia gastronómica distinguen estas preparaciones según la variedad y cantidad de sus componentes. El “chorote” era una bebida muy fluida “...resultante de la mezcla de pasta de cacao sólo con agua” (Cartay, 2005: 90). Por otra parte, el cacao se elaboraba:

“...calentando el agua hasta hervir con el azúcar o papelón correspondiente y después se le echa la cantidad de pastillas convenientes, se les deja aun hervir y al quitarle del fuego se bate bien con molinillo” (Diez, 1895: 318).

En tanto que el “Chocolate” contenía otros productos añadidos tales como canela, vainilla y/o almendras y azúcar en lugar de papelón que, como apuntó Humboldt, no eran muy del agrado de los caraqueños de entonces. Aun a finales del siglo XIX, se conceptuaban ambas bebidas como “...muy agradables y nutritivas...” (Diez, 1895: 319), aunque se creía que la bebida de “Chocolate” era más digestiva que la de “Cacao”, en razón del tipo de edulcorante que cada una contenía.

Además de los alimentos principales ya descritos, también es necesario mencionar otros que, aun cuando no eran indispensables en la dieta de los pueblos prehispanicos, sí fueron acompañamientos de consumo regular, como por ejemplo la caraota y la auyama “...de que hay de varias especies; todas (...) muy tiernas y de ordinario sirven en la olla por verduras, y también para ensalada; y muchas de ellas se comen asadas, y son muy sabrosas” (Caulín, 1987 [1779]: 50).

5.2. Productos peninsulares

Los conquistadores, como era de esperar, intentaron reproducir en la medida de lo posible la dieta a la que se encontraban habituados, por lo que trajeron consigo aquellos elementos que consideraron indispensables para su supervivencia en el Nuevo Mundo. Igual que trajeron víveres suficientes para su consumo durante la travesía, también transportaron semillas para garantizar el bastimento de las posibles colonias que pudieran fundarse en las tierras descubiertas, así como animales domésticos que pudieran proveerlos de lo necesario. Revisando nuevamente los diarios de Colón, encontramos que entre 1492 y 1502 se introdujeron en América el pepino, la lechuga, el melón, la naranja, el limón, la caña de azúcar, el ganado (caballar, bovino, porcino, caprino) y las aves de corral. El trigo, a pesar de su importancia por ser el mantenimiento por excelencia del hombre europeo, no se menciona en las crónicas que tratan sobre la Provincia de Venezuela hasta 1578 (Vélez Boza, 1993: 257).

Se puede decir que la carne, el trigo y la caña de azúcar, fueron los alimentos introducidos que tuvieron mayor repercusión en la dieta consumida en América y específicamente en la Provincia de Venezuela. Sin embargo, había también otros productos que marcaban y caracterizaban el régimen alimentario del español, como el vino y el aceite de oliva, que aun no pudiendo producirse de forma tan extensa y generalizada como los tres ya mencionados, sí marcaban la identidad culinaria del peninsular. Bulbos como ajo, cebolla, cebollín y ajo porro; tubérculos como la zanahoria y el nabo; las frutas cítricas en general y hortalizas como la berenjena, el pepino y la col, distinguen desde muy temprano la dieta del conquistador (Lovera, 1998: 40).

5.2.1. Carne

El ayuno y la abstinencia como forma de mortificación y sacrificio gratos a los ojos de Dios, nos permite inferir la importancia de la carne en la cultura occidental, por ello, los navegantes españoles no se aventuraron a la conquista de América sin estar seguros de poder contar con este importante insumo para su dieta, aun cuando este producto no era de consumo generalizado y cotidiano entre la población europea de la época en general, reservándose sólo para ciertas festividades y como medio de diferenciación social (Contreras, 2002: 228).

La alta valoración que los europeos le daban a este alimento “...tanto en términos nutricionales como organolépticos y sociales” (Contreras, 2002: 230) se justificaba probablemente porque se trataba de un bien escaso en sus lugares de origen. Es de hacer notar que la tasa promedio de conversión de proteína vegetal en proteína animal es de “...9,75 unidades de proteína vegetal para producir 1 de proteína animal. La carne de vacuno es la de menor eficiencia con un índice de conversión de 15 por 1, la carne de pollo de 5,6 por 1” (Contreras, 2002: 235), por lo que producir la cantidad de carne necesaria para cubrir los requerimientos de toda la población europea de la época era una empresa que requería un gran esfuerzo, dadas la extensión y características de las tierras. Como apunta Toussaint-Samat “...la carne de buey, de ternera y de cordero, fue una excepción (...) Sólo se sacrificaba el animal cuando verdaderamente no podía más” (Toussaint-Samat, 2, 1987: 27).

Sin embargo, en el Nuevo Mundo la cría de animales domésticos, y principalmente de ganado mayor, se vio favorecida por extensiones casi ilimitadas de tierras aptas de forma natural para el pastoreo, -como por ejemplo los Llanos del Virreinato de Santa Fe y de la Provincia de Venezuela, así como las dilatadas Pampas del Virreinato de La Plata-, donde el ganado se criaba casi sin proporcionarle cuidados de ningún tipo. Así, encontramos que en México (1580) la carne valía una octava parte que el pan, en Perú se consumían seis libras semanales de carne por persona en 1664 y en la Provincia de Venezuela ya la carne era el plato más común a mediados del siglo XVI. A comienzos del siglo XVII, era evidente que la ingesta de carne no constituía privilegio alguno en la mayoría de las sociedades americanas (Contreras, 2002: 230).

Al decir de Caulín, en la Nueva Andalucía:

“...se encuentran innumerables Hatos de Ganado (...) Bacuno, que multiplica con abundancia en toda la distancia de los llanos, que se dilatan desde la falda de la Serranía, y en extremos de la Montaña, que corre la Costa, hasta las Barrancas del Orinoco...” (Caulín, 1987 [1779]: 33).

Este alimento podía expendirse en los mercados locales tanto fresco como en forma de tasajo, o carne seca ligeramente salada, preparándose esta última cortando el lomo en bandas delgadas, dejándoselas secar después de cubrirlas con una ligera capa de sal. Al decir de Humboldt “Un buey o una vaca adulta, de un poco más de 25 arrobas no da sino 4 ó 5 arrobas de tasajo o *tasso*” (Humboldt, V, 1985: 170), y aun así, el costo de la carne era tan bajo, que incluso era inferior al del pan de trigo.

Desde el punto de vista de la dietética, la medicina hipocrática desaconsejaba explícitamente la ingestión de carne bovina en la primera etapa de las viruelas, además de en los casos de erisipela, gota, y fiebres cuartanas. En general no había otras objeciones para su consumo, antes bien se recomendaba administrarla cuando el paciente se encontraba en estado de extrema flaqueza, pero en disposición física de ingerirla (Farfán, 1944 [1592]).

5.2.2. Trigo

Este cereal es considerado como una parte esencial de la dieta de las culturas occidentales: es más, sin él, estas culturas simplemente no existirían. En

efecto, el proceso de sedentarización, la formación de ciudades, la complejización de las sociedades hasta llegar a la estratificación, y la domesticación de los animales, entre otras cosas, tienen su punto de partida en el cultivo del trigo durante la Revolución del Neolítico (Ritchie, 1986: 28). Por ello no es de extrañar el valor simbólico que tiene el pan en Occidente, hasta el punto de que el mismo Dios cristiano se encuentra representado en él cada vez que el sacerdote consagra la hostia durante la misa (Lovera, 1998: 59).

Durante siglos la palabra “pan” ha sido en Occidente el sinónimo de alimento en general, por lo que es natural que los europeos intentaran el cultivo de este cereal en el Nuevo Mundo desde los inicios de la Conquista. Sin embargo, la diferencia en la calidad de la tierra y en las condiciones climáticas, unido a las plagas desconocidas que era necesario combatir para proteger las cosechas de trigo, dificultaron mucho la labor de los agricultores (Lovera, 2006: 105), añadiéndose a esta situación que la harina que se obtenía en estas tierras era de inferior calidad a la europea, hasta el punto de que siempre se hizo una diferenciación entre la “harina de trigo de la tierra” y la “harina de trigo de la mar” (Arcila Farías, III, 1992: 747).

Medicamente, para las afecciones del estómago se prescribía “Al principio de la comida dos onças de Miel cozida con Pan, es admirable remedio, y deshaze las Ventosidades” (Farfán, 1944 [1592]: 7); pan rallado para el catarro, romadizo, tos antigua y asma (Farfán, 1944 [1592]: 63); migajon de pan, mojado en agua para vencer la adicción al vino (Farfán, 1944 [1592]: 165);

5.2.3. Caña de azúcar

En Europa durante la Edad Media, el azúcar se consideraba un artículo exótico que se administraba como remedio, pero ya en el siglo XVI los extensos cultivos que existían en México, el Caribe y Brasil, lo habían convertido en un alimento accesible, por lo menos para el poblador de América (Ritchie, 1986: 155).

Aun cuando la caña de azúcar se introdujo en el Nuevo Mundo desde muy temprano, este cultivo tardó un poco en desarrollarse debido principalmente a dos razones: una era que requería de grandes inversiones, tanto en tecnología como en medios de acarreo e infraestructura (trapiche o ingenio, pailas,

tanques, hornos y destiladeros); y la otra era la gran cantidad de personal necesario para llevar adelante todo el proceso de producción y procesamiento de la materia prima hasta llegar al producto final (Rodríguez, I, 1992: 271), el cual podía ser azúcar, papelón o aguardiente. La esclavitud era la principal mano de obra que se empleaba en la actividad azucarera.

Para tener una idea más precisa en lo referente a las características de la producción y el consumo de la caña de azúcar en Tierra Firme, vale la pena seguir las notas de Humboldt:

“La fabricación de azúcar y su cocción y depuración son muy imperfectas en Tierra Firme, porque no se le fabrica más que para el consumo interior, prefiriéndose, para la venta por mayor, el *Papelón* tanto al azúcar refinado como al azúcar mascabado. Este papelón es un azúcar impuro, hecho en muy pequeños panes, y de un color moreno pajizo, estando mezclado con melaza y materias mucilaginosas. El ser más pobre come papelón, como en Europa se come queso. Se le atribuyen generalmente propiedades nutritivas. Fermentándolo en agua, da el *Guarapo*, brevaje favorito del pueblo” (Humboldt, III, 1985: 131).

5.3. Síntesis culinaria

La fuerza de las circunstancias obligó a los conquistadores a acoger temporalmente tanto los alimentos como las técnicas culinarias del Nuevo Mundo con el fin de lograr la empresa de poblamiento de las tierras descubiertas. Sin embargo, esto no implicó la renuncia a su identidad alimentaria, sino que fue motivo para su progresiva y lenta transformación al verse obligados a adaptarse a la disponibilidad de los productos de la tierra así como a los saberes tecnoculinarios de las personas encargadas del procesamiento y la elaboración de los platos consumidos, quienes normalmente pertenecían al estamento de los pardos, los esclavos o los indígenas.

En cuanto la situación lo permitió, los conquistadores trataron de proveerse de aquellos productos que eran habituales en la dieta peninsular, y ello sólo era posible por dos vías: por la completa y total adaptación de estos cultivos al nuevo medio ambiente en calidad y cantidad suficiente como para aprovisionar a todos los que los requirieran, o a través de la importación desde la Península

de aquéllos productos imposibles de producir o de calidad inferior cuando se cosechaban en el Nuevo Mundo. Dado que el medio ambiente podía no favorecer la primera opción, y cabía la posibilidad de que la segunda no fuera siempre viable o práctica –ya por razones económicas, ya por razones logísticas-, los nuevos pobladores se vieron en la necesidad de reformular los viejos saberes utilizando nuevos elementos y, a veces, nuevas técnicas (Coe, 2004: 318).

Fue así cómo en la medida en la que el conquistador se convirtió en colonizador, comenzó a formarse una nueva cultura alimentaria ajustada a las condiciones del continente americano en general y a las de los distintos microambientes regionales en particular, lo que se puede confirmar no sólo en las actas emitidas por los diferentes Cabildos en cumplimiento de una de las funciones de esta institución, en las que se evidencia la preocupación por vigilar y proteger la producción y distribución de los alimentos más utilizados por los pobladores del lugar (AHC, Sección Carnicerías, Tomo 4.352), sino también en las recetas distintivas de cada una de las regiones y que se concretan en los platos que hoy consideramos típicos de las distintas zonas geográficas del continente. El proceso que comenzó con el primer asentamiento que se fundó en La Española en 1492, culmina en todo el Continente hacia mediados del siglo XVIII con sociedades claramente consolidadas y diferenciadas entre sí en todos sus rasgos culturales, incluido el aspecto alimentario (Carrera Damas, 1980: 27).

Un vistazo a la síntesis que se había construido en la Provincia de Venezuela a lo largo de los siglos nos lo proporcionan cinco listas de alimentos: la regulación para la venta por los Alcaldes Ordinarios de Valencia en 1764 (Lovera, 1998: 236), el informe resultante de la inspección hecha por los Alcaldes Ordinarios de Caracas a los almacenes de la Guipuzcoana y a los mercados con motivo de garantizar el abasto durante la Cuaresma del año 1780, además de las cuentas de la manutención de los enfermos en los degredos durante la epidemia de viruela de 1764 (AHC, Sección Carnicerías, Tomo N° 4.287, s/f), la relación de gastos del Convento de la Inmaculada Concepción de Caracas, de fecha diciembre de 1753 (Lovera, 1998: 238) y las cuentas de la compra de víveres del Hospital San Pablo de Caracas (AGN,

Sección Real Hacienda, Tomo 811 y Tomo Único). Ellas nos dan una idea de la oferta alimentaria que existía en los mercados durante la segunda mitad del siglo XVIII en la Provincia de Venezuela:

Carnes: longanizas, carne de ternero adobada, carne de puerco adobada, tocino, carne fresca, carne seca, gallina, pollo;

Pescados: pargo seco, lisas, lebranches, róbalo, mero, pescados de los llanos, anchoas, arenques, bacalao, salmón;

Panes y cereales: pan de trigo, pan de maíz, pan de horno, casabe, bizcochuelos de harina de yuca, rosquetes, harina de trigo de la tierra, harina de la mar, gofio, arroz pilado, arroz sin pilar;

Edulcorantes: azúcar blanca, azúcar prieta, melado doble, miel de purga, miel de abejas cocida, miel de abejas cruda, papelón;

Legumbres: frijoles, caraotas, judías, quinchonchos, tapiramos, garbanzos;

Aceites y mantecas: aceite de Castilla, sebo en rama, sebo labrado, manteca de vaca, manteca de Flandes, mantequilla, manteca de puerco;

Especias y saborizantes: canela, clavo, pimienta, comino, gengibre, anís, ajonjolí, vinagre de Castilla;

Láctos: leche, queso de la tierra, queso de Flandes, queso de Irlanda;

Frutas secas y conservas: pasas, ciruelas pasas, almendras, higos, nueces, avellanas, conserva en tabla, alcaparras, alcaparrones, aceitunas;

Verduras y hortalizas: ajos, cebollas de cabeza, papas, tomates, apio, coles;

Frutas: plátanos grandes, plátanos dominicos, cambures;

Bebidas espirituosas: aguardiente de la tierra, aguardientes de Navarra, Cataluña y Andalucía; vinos de Málaga, Moscatel, Lucena, San Lucas, Tintillo de Rota, Pajarete, Rioja, Zaragoza y Tudela; sidra y mistela;

Varios: huevos, cacao en grano, cacao labrado, sal.

Es de hacer notar que en esta oferta de alimentos no aparecen artículos que según las fuentes (cfr. Lovera, 1998) se utilizaban regularmente en las preparaciones culinarias –como ají, hierbas aromáticas y otras verduras-, debiéndose probablemente a que era común que la mayoría de las viviendas o

establecimientos comunitarios dispusieran de pequeños huertos y árboles frutales que surtieran de esos productos (Troconis, 1992: 126).

Como indica Lovera, en Venezuela el régimen alimentario que se consolidó a lo largo del siglo XVIII se mantuvo con pocas variaciones hasta mediados del siglo XX tanto en sus elementos básicos como en las técnicas de preparación, lo cual nos permite acceder a las recetas más emblemáticas de la cocina venezolana (Lovera, 1998: 67).

6. Salud y alimentación en el Hospital San Pablo de Caracas

6.1. El hospital de San Pablo en el siglo XVIII según las *Constituciones* (el hospital legal) y según la práctica cotidiana (el hospital real)

6.1.1. Infraestructura y equipamiento

El visitante que hubiera querido acercarse desde la Plaza Mayor de Caracas hasta el Hospital San Pablo durante la segunda mitad del siglo XVIII, no tenía más que recorrer tres cuadras hacia el sur y una hacia el oeste. Al llegar en sentido norte-sur, lo primero que se ofrecía a la vista del caminante era una Plazuela con el mismo nombre que tenían la Parroquia, la Iglesia y el Hospital, y donde se ubicaba una fuente de agua cercana a la quebrada Caroata, corriente que discurría apenas a cien metros al oeste de la edificación y que era posible franquear gracias al Puente de San Pablo.

Según el plano de la ciudad de Caracas levantado en 1775 (Brewer-Carías, 2006: 42) (Figura 6.1), se observa que la Parroquia San Pablo de Caracas constaba de 42 manzanas, de las cuales sólo las 13 que se ubicaban al este de la quebrada Caroata se encontraban total o parcialmente ocupadas; las otras 29 –según el plano vacías, y que se corresponden con el área en donde actualmente se encuentra la urbanización El Silencio-, se hallaban en el margen occidental de la mencionada corriente de agua hacia las afueras de la ciudad en sentido suroeste, alineadas con lo que se conocía entonces como la carretera hacia Antímano y que actualmente es la avenida San Martín.

Si, como es de suponer, el ordenamiento urbano de la ciudad de Caracas respondía a las *Ordenanzas de descubrimiento, nueva población y pacificación de las Indias* –promulgadas por Felipe II en 1573-, en los alrededores de la Plaza de San Pablo, por ser una plaza secundaria, no podía haber casas de familia, pues las regulaciones estipulaban que los solares que rodeaban estos espacios públicos debían utilizarse “...para fabrica de yglesia y casas reales y propios de la ciudad y edifiquense tiendas y cassas para tratantes...” (*Ordenanzas de descubrimiento, nueva población y pacificación de las Indias*,

artículo 126, en Brewer-Carías, 2006: 217). Es de hacer notar que aun en la actualidad se mantiene el uso de ese espacio como una plaza pública, pues se corresponde con lo que se conoce como Plaza Caracas, ubicada entre las dos torres del Centro Simón Bolívar.

Tanto el templo, como el Hospital del Señor de San Pablo y el de la Caridad, conformaban un complejo que ocupaba una manzana casi completa. Como dato particular, es de hacer notar que la Iglesia de San Pablo no cumplía con la tradición canónica, originada en la Iglesia oriental, según la cual el ábside de la fábrica debía orientarse hacia el este, de manera tal que el oficiante se encontrara mirando hacia Jerusalén (Oriente) al momento de efectuar la consagración de la hostia durante la misa (Brewer-Carías, 2006: 217, 250). La Iglesia de San Pablo tenía su ábside orientado hacia el sur, característica que comparte con la totalidad de los templos que formaban parte de los establecimientos religiosos comunitarios de la ciudad de Caracas según se observa en el plano de 1775 (Brewer-Carías, 2006: 42), lo que hace pensar que esta pauta, a pesar de los reglamentos canónicos, sólo fue aplicada a los templos mayores como La Pastora, La Candelaria, Altagracia, San Mauricio y Catedral. Graziano Gasparini nos ofrece una descripción de parte de la construcción:

“La Iglesia de San Pablo (...) era de una sola nave con una modesta fachada de dos cuerpos. Dos medias columnas a cada lado, encuadraban el vano con arco de medio punto. Un entablamiento rico en molduras relacionaba los soportes. El segundo cuerpo remataba en un frontispicio de forma triangular decorado con pináculos piramidales. En línea con la fachada, una maciza torre de dos cuerpos separaba la iglesia del hospital real, que quedaba contiguo” (Gasparini, 1976: 257)

La planta física del Hospital San Pablo de Caracas propiamente dicha, constaba de una edificación adosada a la fachada oeste de la Iglesia y que cumplía en su ubicación con las *Ordenanzas de descubrimiento, nueva población y pacificación de las Indias* que indicaban que en las poblaciones de tierra adentro o mediterráneas:

“...el hospital de no contagiosos se debía edificar en el claustro del templo; y el de contagiosos a la parte del cierzo –viento septentrional- que diese al mediodía (en la parte norte, para que goce del sur)” (*Ordenanzas de descubrimiento, nueva población y pacificación*, artículo 124, en Brewer-Carías, 2006: 252).

El visitante que traspusiera la puerta de entrada podía seguir dos caminos (Figura 6.2) (Archila, 1961: lámina N° 13): o bien circular por un larguísimo zaguán de alrededor de cincuenta metros de longitud, que remataba en el límite sur de la edificación donde se hallaban dos cementerios: el de los adultos y el de párvulos; o bien podía doblar hacia la derecha, y a unos diez pasos de la puerta de entrada encontrábase con un pequeño corredor que enfilaba hacia el recinto hospitalario.

Una vez allí se tenían dos opciones, o se seguía hacia el patio principal cuyos corredores empedrados de lajas servían de antesala a la Enfermería de la Tropa (de cerca de 340 m², de acuerdo a cálculos propios) seguida de la Sala de Unciones, o se accedía a la Enfermería o Sala Principal, lugar este de unas cincuenta varas de largo por ocho varas de ancho (unos 334 m², de acuerdo a cálculos propios) y en donde la mayor parte de los enfermos pobres de solemnidad que eran admitidos padecían sus dolencias. El Cuarto de Practicantes se hallaba entre las tres estancias a los fines de atender con la mayor diligencia a los enfermos ubicados en cualquiera de las salas.

En el extremo suroeste de la Sala Principal había una puerta que daba acceso a lo que podría llamarse el área de servicios del Hospital. Allí, alrededor de un patio interior en el que existía una fuente de agua fresca que llenaba un par de tanques, se ubicaban las cocinas, dos cuartos para el personal de servicio y el Cuarto de los Hécticos, al lado del cual había una puerta que daba acceso a la huerta, de tamaño considerable (670 m², según cálculos propios), ubicada al fondo en el extremo sur de la edificación.

Cada una de las camas que se encontraban tanto en la Sala Principal como el Cuarto de los Hécticos estaban delimitadas e identificadas por "...barandillas pintadas en las paredes con sus tarjetas de madera con números y advocaciones pintadas al óleo" (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 26, 1767).

Algunas de estas obras se debían a los buenos oficios del mayordomo del Hospital San Pablo de Caracas nombrado en 1759, don Gonzalo Quintana Barreto, quien desde el momento en el que se le confirió el cargo emprendió la remodelación, restauración y mantenimiento de la planta física del Hospital. En 1767, en un minucioso informe suscrito por los subordinados (enfermero,

hospitalero y practicante) del mayordomo Quintana Barreto, se describen algunos aspectos del mobiliario y la estructura del establecimiento:

“...ha fabricado y hecho dicho Mayordomo un corredor techado de madera caña y teja encalado empedrado sus pilares planchas cames y alcayatas colgaderos argollas puerta de cedro de dos manos con cerradura llave y palanca, escalones para salir por (roto) de la sala principal para la despensa cocina demás una cocina de tapias con el mismo techo, chimenea fogón huecos para petos ventanas encalada y empedrada puerta de dos manos con cerradura, llaves y aldaba Mesa con cajón, piedra de moler picados y sufri(roto) y demás ministerios y la cocina la redujo a despensa como para petos y demás anexos y necesarios. El patio interior empedrado y la acequia de el encañada con dos tanquecillos y las paredes de dicho patio dádole lechada, el cuarto común compuesto con el descargo limpieza y aseo necesario. El cuarto de los eticos en la misma conformidad con abundante ropa y un corredor (tachadura) el corral con un lienzo de tapias nuevo con la acequia encañada” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 21, 1767).

Uniendo la información que nos proporciona el plano de la planta del Hospital San Pablo de Caracas de 1757 (Figura 6.2.) (Archila, 1961: lámina N° 13) con la prolija relación que hace Quintana Barreto de la forma cómo se emplearon los recursos del Hospital para dotar ocho camas, se puede hacer una aproximación de cómo debía ser la disposición interna del mobiliario hospitalario en relación con el espacio disponible y las actividades que se realizaban.

Según el informe presentado por el mayordomo Quintana Barreto en 1767 (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 25), existían en el Hospital para esa fecha cuarenta y cinco camas, un catre y dos colchones que, según su uso, estaban distribuidos así: treinta y ocho camas para enfermos comunes, dos camas para enfermos de distinción, dos más para el hospitalero y el practicante, tres en el cuarto de los hécticos, un catre para los enfermos con “cámaras” o “angustias” y dos colchones para los sirvientes. En cuanto a las características de las camas, cuarenta de ellas se pueden describir como unos catres de cuero, de un metro de ancho por dos metros de largo, equipados con un colchón relleno con tres cargas de paja y forrado con una tela cruda de rayas, amén de dos almohadas, también rellenas de paja, de un metro de largo por cuarenta centímetros de ancho y forradas de la misma manera que el colchón. El equipamiento se completaba con cuatro sábanas de brin blanco de

4,75 metros de largo cada una para envolver el colchón por ambas caras, dos fundas de almohada del mismo material, además de una colcha de hilo y lana “isleña”. El menaje utilizado para el servicio de los enfermos constaba de un vaso humilde de barro vidriado colocado sobre una banqueta para que el paciente pudiera hacer sus necesidades fisiológicas, un escupidero también de barro, una mesita tipo azafate cubierta con una servilleta de tela de colete de 0,8 m x 0,8 m, una cuchara de cuerno, platos, alcarraza y escudillas de barro criollo vidriado. Cada pieza de lencería estaba identificada con un rótulo de seda verde (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 19 vto., 1767). En términos pecuniarios, el costo de equipar de una cama de enfermo de la forma descrita significaba para las cajas del Hospital un desembolso de 33 pesos y 5 reales (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 44).

Las dimensiones de los enseres ya descritos nos dan un espacio ocupado por cada enfermo de unos 4 m² aproximadamente, sin contar el espacio necesario para circular. Si consideramos que, según cálculos propios hechos sobre el plano (Figura 6.2.), la Sala Principal era un espacio rectangular de 41,8 m de longitud por 6,7 m de ancho que debía contener treinta y ocho camas, necesariamente éstas debían colocarse alineadas a lo largo de las paredes en dos hileras enfrentadas entre sí, dejando un pasillo de 2,7 m de ancho entre ellas para poder transitar.

Los enfermos que ocupaban las camas adosadas a la pared norte de la Sala Principal tenían a sus espaldas las cinco ventanas que iluminaban el aposento, mientras que los que ocupaban las camas adosadas a la pared sur podrían haber visto hacia la calle y la Plazuela de San Pablo de no haber sido por piezas de tela de liencillo que, clavadas en un bastidor colocado en los batientes de las ventanas, cubrían éstas para impedir las miradas extrañas, al tiempo que preservaban la habitación del polvo de la calle y los mosquitos.

Posiblemente una vez al año, cada mes de enero, estas mismas ventanas se abrían para que los enfermos –después de regalarse con la comida especial que les era ofrecida por la generosidad del Mayordomo-, pudieran recrearse con la música, los cohetes y las candeladas que formaban parte de la fiesta de la que se podía disfrutar una vez concluidas las celebraciones religiosas –sermón, misa, procesión y vísperas-, que cada año se hacían ese día en honor

a San Pablo Eremita, patrón del Real Hospital, y las cuales se desarrollaban en la Plazuela de San Pablo, que previamente había sido objeto de limpieza y ornato (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813, 1768).

Los héticos no podían gozar de ese espectáculo anual, pues el espacio que les correspondía era una habitación de 40 m² aproximadamente, con una puerta hacia el patio interior –alrededor del cual estaban los servicios-, y otra hacia el huerto. Allí cabían holgadamente las tres camas correspondientes – una con colchón y almohada de lana, las otras dos con colchones y almohadas de paja-, con el ya referido menaje común a todos los enfermos.

En cuanto a las camas de distinción, no existe mayor información en lo relativo a su ubicación, pero examinando el plano del Hospital se puede constatar que ciertamente no faltaban estancias en las cuales colocarlas. Este tipo de cama era de armadura de tablas, colgaduras de cielo y rodapié, con colchones forrados rellenos de lana, dos colchas finas –una morada y otra roja-, sábanas finas espigueteadas, dos almohadas forradas en tela fina de color rojo guarnecidas con encajes, y varios cojines del mismo color encarnado. Los enseres constaban de banqueteta, vaso humilde, escupidera, azafate y alcarraza iguales a los de las camas comunes, mientras que las servilletas eran de tela fina guarnecida con flecos, la cuchara de estaño, y los dos platos y la escudilla de loza fina (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 19 vuelto).

Como se puede notar en la descripción precedente, la calidad de los tejidos utilizados en la lencería de las camas, así como la presencia o ausencia de color en la misma, probablemente tenían como finalidad principal la de marcar el estatus del enfermo: las telas de mayor calidad eran las que tenían un color más vivo, por lo que ello indicaba la categoría y distinción del paciente. Asimismo, al contrario de lo que ocurre actualmente, las paredes también debían tener algo de color, dadas la barandilla pintada y tarjeta de madera que la delimitaba e identificaba, así como la advocación a alguna imagen religiosa que fuera propicia tanto para la curación, como para el consuelo del enfermo en medio de su sufrimiento. Probablemente estas diferenciaciones y especificaciones tan minuciosas tenían como objeto el de recrear, en la medida de lo posible, el ambiente al que estaba habituado cada tipo de paciente en el interior del espacio de curación.

6.1.2. Admisión: entradas y salidas

Ahora bien, ¿quién podía ser admitido en el Hospital San Pablo de Caracas? Como ya se dijo anteriormente, el Hospital se regía de acuerdo al articulado de las *Constituciones* (cfr. Archila, 1961) redactadas al efecto, según las cuales se debía recibir a hombres pobres de solemnidad, cristianos, libres, que careciesen de los medios necesarios para curarse y que residiesen en la zona de influencia del Hospital; el médico debía declarar qué tipo de dolencia padecía el enfermo, si era contagiosa o no, y dependiendo de ello definir la ubicación y el tratamiento que iba a recibir el paciente dentro del recinto hospitalario. Hasta ahí llegan las directrices normativas en cuanto a admisiones: no se hacen distinciones explícitas según la edad, el estamento o la dolencia, pues sólo hay cuatro condiciones, no ser esclavo ni indio encomendado, ser pobre de solemnidad, bautizado en la fe católica y estar realmente enfermo.

Con el fin de llevar un control de que estas normas se cumplían, las *Constituciones* obligaban a llevar un registro de entradas y salidas de enfermos del Hospital, libro este que comenzó a llevar el mayordomo don Gonzalo Quintana Barreto, y en el que se asentaba "...el nombre, día, mes y año en que entro en dho Hosp^l, y el de en que muriere el enfermo y el correspondiente inventario de los bienes y ropa que el susodicho enfermo codugere a el..." (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797, folio 1, 1759). Además de lo que se afirma en la primera página del *Libro de Entradas y Salidas*, en la mayoría de los registros aparece señalada la dolencia que padecía cada individuo, su lugar de origen, el estamento al que pertenecía, su estado civil, y la filiación; en unos pocos casos se encuentra alguna nota explicativa adicional, como por ejemplo, si el paciente fue transferido al Cuarto de Hécticos, si le fue asignada una cama de distinción, si el enfermo abandonó el Hospital por propia voluntad, o si fue expulsado sin haber sanado.

A juzgar por la información aportada por los documentos, hasta la llegada del mayordomo Quintana Barreto los pacientes gozaban de cierta libertad de movimientos para circular dentro del recinto hospitalario, al punto de que incluso tenían la posibilidad de entrar y salir del edificio por las noches, así

como la de permitir la entrada de personas ajenas a la institución sin que hubiera nada ni nadie que se los impidiera (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 24, 1767), de ahí que a la llegada del susodicho funcionario no sólo comenzaran a abundar las cuentas en las que se pagaba por la compostura de puertas y la instalación de cerraduras, sino que también se procedió a tomar medidas administrativas y a habilitar espacios para garantizar que hubiera personal que pernoctara en el Hospital y vigilara lo que acontecía en el recinto a esas horas.

Antes de continuar con el tema de las admisiones, es necesario aclarar dos cosas con respecto a la información obtenida; la primera es que, dado que estamos trabajando con datos producidos en una etapa protoestadística, es muy precaria la precisión de la información que aparece en los distintos documentos relativos al número de pacientes reclusos en el Hospital, pues dependiendo de cuál de ellos se escoja, el número de enfermos atendidos en un momento determinado puede variar sustancialmente. Por ejemplo, según el *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814), el día 20 de mayo de 1769 se le administró alimentos a 43 pacientes, mientras que en el *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) consta que sólo había 35 pacientes admitidos y registrados para esa misma fecha. Esta es una discrepancia que hay que tomar en consideración al momento de hacer los cálculos respectivos, pero que es completamente previsible y normal en información de esta naturaleza. La segunda consideración es que tanto para el *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) como para el *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) se utilizaron los datos correspondientes a los pacientes que se encontraban en el Hospital San Pablo de Caracas entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769, ya que el deterioro que presentaba el *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* sólo permitió obtener la data correspondiente al mencionado período, y era necesario que se correspondiera la información de uno de los libros con la del otro.

Según el procesamiento de los datos que se obtuvieron del *Libro de Entradas y Salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) de los enfermos recibidos entre el 1º agosto de 1768 al 31 de julio de 1769 en el Hospital San Pablo de Caracas, se puede decir que el paciente “tipo” de este recinto hospitalario era un individuo blanco (44%), soltero (71%) y originario del interior de la Provincia (34%) (Figuras 6.3, 6.4 y 6.5).

Si se compara la población que conforman los pacientes del Hospital con la base poblacional de los individuos de sexo masculino que habitaban la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII según los datos que aparecen en el *Compendio* de la visita pastoral realizada por el obispo Mariano Martí (Martí, 1998), podemos inferir que la población del Hospital no es representativa de la base poblacional. En efecto, mientras que entre la población de la Provincia los pardos eran mayoría, en el Hospital esta mayoría estaba constituida por los blancos (Figura 6.6.); lo mismo puede decirse en cuanto al estado civil: el porcentaje de solteros que están ingresados en el Hospital, supera casi en un 17% al porcentaje de solteros de la población (Figura 6.7.).

Este hecho es digno de ser tomado en consideración, ya que el Hospital nunca funcionó al tope de su capacidad durante el período estudiado, por lo que es poco probable que la disparidad de cifras entre la base poblacional y los pacientes del Hospital se debiera a algún tipo de preferencia o discriminación, en el hipotético caso de haber tenido que escoger a unos pocos de entre muchos solicitantes. De igual manera tampoco parece plausible que las condiciones exigidas por las *Ordenanzas* hospitalarias fueran la causa por la que los miembros de ciertos estamentos sociales se privaran del uso de las instalaciones sanitarias, ya que habiendo en el área de influencia del Hospital cerca de tres religiosos por cada mil habitantes, y sabiendo que cerca del 71% de la población se encontraba en situación de pobreza (ver capítulo 3), es poco probable que fuera representativa la cantidad de individuos que no cumplieran con los requisitos previstos en las *Ordenanzas*.

Una posible explicación de lo anterior es que tal vez el Hospital no era percibido por ciertos grupos sociales como un dispositivo eficiente de curación, al contrario de lo que ocurría con los que pertenecían al estamento de los

blancos, quienes no sólo hacían un uso mayoritario de él, sino que también forzaban la normativa establecida cuando contaban con cierta posición social de importancia, haciendo que personas a su cargo y que no cumplían con los requisitos de admisión, fueran ingresadas en el establecimiento para su curación. Finalmente, también puede ocurrir que los datos ofrecidos por el obispo Martí en su *Compendio* (Martí, VI y VII, 1998) sean poco precisos, por lo que no reflejen la verdadera situación demográfica de la Provincia.

Por otra parte, en los datos recogidos se muestra que aunque existía la prohibición expresa de recibir en el Hospital esclavos o indios encomendados, vemos cómo esta norma se aplicaba de una forma flexible, pues aun cuando ocurriera muy esporádicamente, no se puede obviar que en la práctica sí se llegó a admitir esclavos haciendo uso de ciertas influencias y corriendo a cargo de los amos el coste de la estadía, tal como se ilustra en esta nota de cobro:

“...cobré de Dⁿ Andres de Ibarra por mano del D^r Dⁿ Gabriel de Ibarra p^r la curación, Medicam^{tos} alimentos, Medicos, practicante, enfermero, sirvientes, cama, y demas q^e omito q^e ocasiono Thomas Villanueva, moreno criollo de dho Ibarra en el tiempo contado desde 4 de Julio hasta 12 Ag^{to} de dho año q^e estuvo en dho Hosp^l por orⁿ del S^{or} actual Then^{te} de Gov^{or} y salio sano dho esclavo de la enfermedad con q^e dentro...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813, folio 35, 1768).

En cuanto al tiempo de permanencia de los internos en el Hospital, éste era extremadamente variable, pues podía oscilar entre medio día y más de cuatro años, como lo ilustran los casos de Juan José de Lioz, quien ingresó el 15 de abril de 1769 “enfermo de muerte” falleciendo ese mismo día, y el de Tomás Álvarez Blanco, quien ingresó el 4 de marzo de 1769 por sufrir “dolores en todo el cuerpo” y falleció en el Hospital el 12 de octubre de 1773, contabilizándose en su haber un total de 1.317 días continuos e ininterrumpidos de atención médica, lo que nos indica que no se rechazaba a los enfermos crónicos. Más allá de estos casos particulares, en términos generales el 20% de los pacientes permanencia entre 2 y 11 días, mientras que el 15,38% entre 22 y 31 días.

Las altas eran ordenadas por el médico, aun cuando en última instancia la estadía en el Hospital podía depender de lo que el Gobernador, el Mayordomo y el Hospitalero, en ese orden, consideraban que era lo adecuado según las *Ordenanzas* del establecimiento, tal como lo ilustra el caso de Juan de Vega y Domingo Alonzo del Castillo, quienes fueron expulsados por el mayordomo

debido a la queja que éstos formularon por escrito contra el hospitalero, siendo uno de ellos readmitido gracias a los buenos oficios del gobernador, mientras que al otro se le negó el reingreso (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 70, 1767). Finalmente, tampoco faltaban los casos en los que los enfermos se iban por su propia voluntad sin mayores explicaciones, o por miedo a contraer la viruela.

Tabla 6.1.

Enfermedad	Frecuencia	%
N/I	61	19,00
viruela	60	18,69
gálico	42	13,08
llaga	27	8,41
estómago	16	4,98
herida	10	3,12
dolores de huesos	9	2,80
pecho	8	2,49
dolores	7	2,18
evacuaciones	7	2,18
hidropesía	7	2,18
héctica	6	1,87
calenturas	6	1,87
hinchazón ext. Inf.	5	1,56
dolores en el cuerpo	5	1,56
barriga	4	1,25
piernas	3	0,93
costado	3	0,93
mal de Chagas	2	0,62
otras	33	10,28

Fuente: Cálculo propio según datos obtenidos del *Libro de entradas y salidas* del Hospital San Pablo de Caracas (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), del 1º de agosto de 1768 al 31 de julio de 1769.

Sobre la frecuencia con la que se presentaban las enfermedades que se atendían en el Hospital San Pablo (Tabla 6.1), la que tenía el mayor porcentaje era la viruela, cosa que no es de extrañar, pues hay que recordar que en el período de recolección de los datos la población de la Provincia de Venezuela estaba atravesando por un episodio epidémico que se prolongó por casi diez años (ver capítulo 4).

Según el *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), la efectividad del Hospital San Pablo de Caracas como recurso curativo era bastante bueno, ya que el 64,79% de los individuos eran dados de alta. Claro está, cuando se desglosa este número de acuerdo a los resultados obtenidos según las enfermedades que con mayor frecuencia se atendieron en

ese centro de salud, las cifras son muy variables (Tabla 6.2); por ejemplo, de los 60 enfermos de viruela que recibieron cuidados en el Hospital entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769, se dio de alta al 61,67% -cónsono con la tasa de curación esperada en este tipo de dolencia, aun en época moderna (Lentnek, 2007)-, mientras que falleció el 100% de los 6 enfermos de hética o tuberculosis que fueron atendidos, cosa que es altamente improbable que ocurra en la actualidad.

Tabla 6.2.

Enfermedad		N/I	Casos dados de alta	Casos de fallecidos	Total casos
viruela	N	0	37	23	60
	%	0,00	61,67	38,33	100,00
gálico	N	1	33	8	42
	%	2,38	78,57	19,05	100,00
llaga	N	1	19	6	27
	%	3,70	70,37	22,22	100,00
estómago	N	0	9	7	16
	%	0,00	56,25	43,75	100,00
herida	N	0	7	3	10
	%	0,00	70,00	30,00	100,00
dolores de huesos	N	0	5	4	9
	%	0,00	55,56	44,44	100,00
hética	N	0	0	6	6
	%	0,00	0,00	100,00	100,00

Fuente: Cálculo propio según datos obtenidos del *Libro de entradas y salidas* del Hospital San Pablo de Caracas (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), del 1º de agosto de 1768 al 31 de julio de 1769.

6.1.3. Cuidados generales a los enfermos

Como era lo usual en la sociedad colonial, las *Constituciones* (cfr. Archila, 1961) que regían el funcionamiento del Hospital San Pablo de Caracas privilegiaban la caridad cristiana y el undécimo mandamiento impuesto por Cristo de amar al prójimo como a uno mismo, antes que cualquier otra consideración; las enseñanzas cristianas se suponía debían impregnar el ánimo de los que atendían y curaban a los enfermos, de manera que una de las previsiones más importantes era el cuidado del alma:

“Que los enfermos, al tercero día de entrados en el Hospital, hayan confesándose y recibido la Sagrada Comunión, si fueren capaces; y si hubiere peligro, sea con más brevedad” (Archila, 1961: 197).

Darle la misma importancia, tanto al aspecto religioso como al material, fue también el criterio que prevaleció en la práctica en el trato hacia los enfermos en los centros hospitalarios, tal como lo atestigua la minuciosidad con que este aspecto se detalla en el informe entregado al Tribunal de Gobierno en 1767, según la declaración jurada de los hospitaleros y practicantes del Hospital San Pablo:

“...en lo espiritual, dirigiéndoles y aconsejándoles e instruyéndoles para que guarden los preceptos de Dios Nuestro Señor y de la Santa Iglesia y cumpla con sus obligaciones comunes de cristianos y particulares de su estado y ejercicio haciéndoles que continúen los Santísimos Sacramentos de la penitencia, la eucaristía según les mandase el confesor haciéndoles que ocurran a la explicación de la doctrina cristiana y misiones en los tiempos que se practican en esta ciudad para que se consigan el fin para el que fueron criados” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 20 vuelto, 1767).

Por lo que se puede ver, el adoctrinamiento no sólo no se detenía ante el lecho de los enfermos –antes bien se afianzaba la labor evangelizadora con la continua exposición apostólica a la que estaban sometidos los internos-, sino que también se trataba de hacer que el enfermo no olvidara que el lugar que ocupaba en la sociedad así como que el curso del padecimiento que sufría, derivaban de la voluntad divina.

Por otra parte, las disposiciones que contemplaban el aspecto terapéutico se limitaban a directrices generales que indicaban el cuidado que debía proporcionar el médico, el cual tenía por obligación, según las *Constituciones*

“...que todos los días haga dos visitas, una por la mañana a las ocho y por la tarde a las tres, y que se halle presente con él, a la visita, el mayordomo o la persona que estuviere en el hospital con su orden, y tome por escrito lo que el médico mandare dar de comer a cada enfermo y los beneficios que se le han de hacer y a que horas, lo cual se cumpla puntualmente anteponiendo esto a otra cualquier obra y cosa que se ofreciere por grave que sea” (Archila, 1961: 195).

Es muy limitada y general la información que suministran las *Constituciones*, por lo que no es posible hacerse una idea de la totalidad de las actividades que se llevaban a cabo cotidianamente para atender a los enfermos, situación que se puede subsanar parcialmente revisando los libros de cuentas en donde constan los gastos que comportaban estas tareas menudas, por ejemplo, en lo que atañía al aseo y limpieza de los enfermos. La adquisición de dos tinajas para

dar baños, más la entrega semanal a cada enfermo de 20 gr aproximadamente de jabón y el pago por la hechura en varias ocasiones de "...paños de manos..." de 1,5 m de largo (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único Hospital San Pablo, folio 19, 1770), nos habla del aseo corporal que con cierta regularidad se les procuraba a los pacientes; el frecuente pago efectuado a lavanderas por concepto del lavado de la ropa de los enfermos indica que esta era una tarea regular que no hacían los sirvientes o esclavos del Hospital; sin embargo, las alcayatas que se instalaron entre el dintel de la puerta de la cocina y el de la despensa para colocar un cordel en el que se pudiera secar la ropa empapada por los sudores de los enfermos héticos, indica que la limpieza no llegaba al extremo de lavar la lencería a diario (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811, folios varios, 1764).

En lo tocante a los medicamentos, éstos provenían de la botica del médico de turno, y las cuentas sólo especifican el suministro de aguardiente criollo, vino y vinagre, dejando sin detallar el resto de las medicinas administradas a los enfermos (AGN, Sección Diversos, Tomo XXXVII, folio 14, 1770).

Distinto es el caso de la alimentación, pues los libros de cuentas expresan minuciosamente la cantidad adquirida y el monto pagado por cada uno de los artículos consumidos tanto por el personal como por los pacientes del Hospital San Pablo, y que cubrían la dieta regular así como la prescrita por el médico para cumplir con el cometido de curar a los pacientes. Como se verá más adelante cuando se hable del personal profesional y auxiliar que trabajaba en el Hospital, el procesamiento de estos datos permite hacer un seguimiento general sobre el trato que recibían los enfermos en el Hospital San Pablo de Caracas, así como establecer una relación desde la que se pueda evaluar qué significaban estos números en términos de la calidad de la atención recibida en este centro de salud tanto nutricionalmente, como desde el de la atención que estaba en capacidad de ofrecer el personal que allí laboraba.

La importancia que el mayordomo Quintana Barreto le daba a la alimentación y la dietética en favor de los enfermos se expresa en un registro que el funcionario ordena llevar titulado *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* identificado con el número 814 en la Sección Real Hacienda del AGN, en el que debían aparecer claramente señaladas y

precisadas las dietas prescritas por el médico para cada enfermo, permitiendonos así establecer la combinación de alimentos y las raciones que conformaban las dietas terapéuticas recibidas por los pacientes del Hospital San Pablo, lo cual será materia a analizar más adelante. Este tomo sólo se llevó desde el 1 de agosto de 1768 hasta el 19 de junio de 1770, pues según palabras de Quintana Barreto,

“Este dho formulario o arreglamiento recetario de alimentos y demas q^e contiene, no prosigue su continuacion a causa de mis diarios habituales y graves enfermedades y demas q^e omito para la liquidación y glosamiento, al principio de heste, lo q^e le encargaba y le conferia a los personeros dha liquidacion y glosamiento y p^r q^e no lo executaban con la conformidad correspondiente se uso y no se prosiguió el contenido de heste con arto dolor, y sentimiento mio p^r no poderlo Yo practicar p^r lo q^e deajo espuesto y p^a q^e conste lo firmo p^a los efectos q^e aya lugar./ Caracas, junio 19 de 1770” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814).

6.1.4. Personal

Según las *Constituciones*, las principales responsabilidades del mayordomo eran la administración del hospital; la selección, nombramiento y supervisión del personal terapéutico, así como la evaluación que se le debía hacer a cada enfermo para determinar si cumplía con los requisitos para ser atendido como paciente del establecimiento hospitalario (Archila, 1961: 37). Sin embargo, como vemos de los comentarios escritos de puño y letra del mismo Quintana Barreto citados en el párrafo anterior, una cosa decía la normativa, y otra distinta era la realidad.

En la mayoría de los hospitales de la Provincia de Venezuela se cumplía escasamente con la regulación emanada de las *Constituciones Sinodales*, tal como lo revela la inspección realizada por el obispo Mariano Martí en su *Visita Pastoral* (Archila, 1961: 517, 518); y el Hospital San Pablo de Caracas, aun cuando fuera el más grande y mejor organizado de todos ellos, no era la excepción a la regla.

Para el período que nos ocupa, 1760 a 1770 aproximadamente, el mayordomo en funciones era don Gonzalo Quintana Barreto a quien le fue conferido el cargo el 30 de abril de 1759 por nombramiento hecho por don Felipe Remires

de Estenos, gobernador de la Provincia. En una carta en la que se dirige al presbítero Juan Joseph Zurtayza, Quintana Barreto deja para la posteridad una breve semblanza de sí mismo. Nacido en Caracas en 1705, se precia a sí mismo de ser "...Hijo Dalgo executoriado en contradictorio juicio desendiente de sangre real y p^r ello de la primera claze y distin^{on} de esta Ciu^d..." (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 51, 1767). Igualmente, admite haber sido llamado por sus superiores y jueces para "...empleos y negocios de circunstancias y confianza..." (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 51 vuelto, 1767), razón por la cual fue convocado a ejercer el cargo de mayordomo del Hospital San Pablo. Y hay que decir que no defraudó las expectativas que sus superiores pusieron en él, pues entre 1759, fecha en la que recibió el cargo, y 1767, fecha de uno de los informes presentados ante la Real Hacienda, Quintana Barreto había aumentado los fondos del establecimiento de 28.191 pesos y seis maravedíes con una renta anual de 3.961 pesos, cinco reales siete y un cuarto maravedíes, a un fondo de 35.530 pesos, seis y medio reales, con una renta de cerca de 6.000 pesos anuales, es decir, en ocho años incrementó los fondos del Hospital en un 26% y las rentas en un 52%, lo cual habla muy bien de la capacidad administrativa de don Gonzalo. Cierto es que en los primeros años Quintana Barreto tuvo que aportar fondos de su propio peculio para cubrir los gastos más perentorios, pero no es menos cierto que ya para la fecha del documento que nos ocupa (1767) la acuciosidad del mayordomo había logrado que se revirtiera la situación a su favor de tal manera que admitiera que "...según las cuentas dadas, quedaba alcanzando el Hosp^l al Mayordomo..." (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 25 vuelto).

El documento también nos revela un dato que puede ser la clave tanto para la minuciosidad con la que se ocupaba de detalles inusuales en aquella época, como para explicar ciertas situaciones que se sucedían *intra* muros del Hospital: Quintana Barreto era sordo, y por lo visto ello era el motivo por el que muchas solicitudes y reclamos se encontraban por escrito, tal como se puede leer en la queja presentada por Domingo Alonzo del Castillo y Juan de Vega, en donde expresan que "...entrado Ramón Siso de enfermero nos dijo el señor Mayordomo que si él no cumpliera con su obligación que le avisáramos por

escrito de lo que hubiere por falta de su oído...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 70, 1767). Evidentemente que esta circunstancia, unida a lo que se consideraba una avanzada edad para la época y sometido a “...graves enfermedades...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814), obligábale no sólo a extremar la minuciosidad en el manejo administrativo del Hospital, sino también a delegar y confiar en otros ciertas responsabilidades, como por ejemplo la supervisión del personal. El retrato de nuestro mayordomo lo remata el orgullo de confesarse y proclamarse a sí mismo pobre, beato y hermano lego de la “...orden tersero de penitencia que Nro Amantissimo Padre Santo Dom^o de Guzman fundo...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 54).

En suma, así era como entendía Gonzalo Quintana Barreto las responsabilidades de su cargo, así como la fuente de donde emanaba la autoridad a él conferida:

“Los Mayordomos de los R^s Hosp^{les} comparticularidad de esta Cap^l Ciu^d de Caracas son elextas p^r el Rey N^{ro} Señor quien tiene Suprema autoridad economia, q^e el Todopoderoso a depositado en sus manos p^a proteccion de sus vasallos y respecto de su corona p^r lo q^e estan facultados dhos Mayordomos para dirigir y Governar todo lo q^e comprehende comun y particular, material, y formal la economia de ellas y en su virtud atajar, impedir, no consentir y oponerse a qualquiera accion, posesion, o uso q^e se quiera tomar o introducir, y solam^{te} el S^{or} Gov^{or} esta facultado p^a corregir impedir las acciones, operaciones e intenciones de los Mayordomos siendo estas regulares” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 50, 1767).

Y cumpliendo con estas directrices, Quintana designó como médico al doctor Francisco Guasch –del cual no se tienen mayores referencias personales ni académicas (Archila, 1961: 263)-, con un salario anual de 150 pesos, asignándosele como responsabilidad única y exclusiva la atención profesional de los pacientes, labor que cumplió en el Hospital San Pablo de Caracas desde 1760 hasta 1772 (Archila, 1961: 263). Los ingresos del facultativo se complementaban con el suministro de los remedios que él mismo recetaba y abastecía de su propia botica, rentándole esta actividad una cantidad que ascendía a más de 2.000 pesos anuales (AGN, Sección Diversos, Tomo XL, folio 3, 1770); como ya se dijo, el galeno nunca tuvo injerencia en los asuntos administrativos ni en la selección del personal auxiliar del Hospital, es decir, de

los enfermeros, hospitaleros o practicantes, pero sí debía girarles instrucciones acerca de los procedimientos que debían seguir en la ejecución de los tratamientos y la dieta a ser administrada a los pacientes, pues eran ellos los que se encontraban en la institución continua e ininterrumpidamente.

Como personal auxiliar en el Hospital San Pablo entre 1767 y 1769 se contaba con hospitalero, practicante, discípulo del anterior, uno o dos sirvientes, cocinera y/o hospitalera, y uno o dos esclavos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813). Los nombres mencionados en los documentos relacionados con estas actividades entre 1767 y 1770 son los de Sebastián José Pacheco como hospitalero encargado del abastecimiento del Hospital; Juan Nepomuceno Núñez, practicante admitido como médico en 1778 al rendir examen ante el Protomedicato; Domingo Esteban Gallegos, practicante, igualmente presentó examen ante el Protomedicato y fue calificado como cirujano romancista; Lucas Rosales Jaén, cirujano y suplente de Guasch en sus ausencias. Es difícil determinar las épocas exactas en las que cada uno de ellos prestó sus servicios y cuál era la responsabilidad y las actividades precisas que atañían a cada uno, dado el solapamiento de funciones que ya se ha mencionado.

De lo que sí se puede tener certeza es de que el hospitalero era quien recibía del mayordomo los recursos necesarios para la compra de los víveres con los cuales se alimentaban tanto los pacientes como el personal terapéutico auxiliar (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811, Tomo 813 y Tomo Único del Hospital San Pablo), así como que fue a partir de la gestión de Quintana Barreto que se habilitaron camas para que hospitalero, practicante, enfermeros, sirvientes y esclavos, pudieran pernoctar dentro del recinto hospitalario, ahorrando de esta manera recursos monetarios al Hospital por concepto de alquiler de habitaciones para ellos y evitando que quedaran "...dichos enfermos a la inclemencia..." (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 24, 1767).

El significado que tenía para el Hospital en términos económicos el contar con dicho personal se puede evaluar según el salario anual que devengaba cada uno de estos trabajadores: 300 pesos para el Hospitalero, 144 pesos para el practicante y 48 pesos a cada uno de los sirvientes (AGN, Sección Diversos, Tomo XL, folio 13, 1770). Al no aparecer monto alguno pagado a enfermeros propiamente dichos, es de suponer que estas tareas deben haber sido

realizadas por cualquiera de los empleados del Hospital, ayudándose para ello con los esclavos, tal y como sugiere Archila que ocurría en muchos hospitales de la Provincia (Archila, 1961: 539).

El paquete de beneficios que obtenían los trabajadores del Hospital no se limitaba únicamente a una remuneración en “plata corriente”, alimentación y alojamiento, sino que también incluía un interés especial por el destino futuro de sus almas, pues en las cuentas podemos hallar un gasto de 2 pesos por concepto de la compra de ocho bulas para el personal del Hospital, a razón de dos reales cada una (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo de Caracas, folio 255). Según Arístides Rojas, esta era una práctica común durante la segunda mitad del siglo XVIII –cuando la ciudad de Caracas “era un convento”-, pudiéndose adquirir estas mercedes en el marco de una celebración que se llevaba a cabo cada dos años el día de San Juan y en la que se adquiría por el módico precio de dos reales la *Bula de la Santa Cruzada*, artefacto mediante el cual “...se conseguían admirables gracias, entre otras las de ser absuelto de toda especie de crímenes...” (Rojas, 2002: 14).

En cuanto a la calidad de la atención recibida por los pacientes del Hospital San Pablo en términos de la relación pacientes/personal, es pertinente hacer un sencillo cálculo que puede arrojar luces sobre este aspecto. En 1767 se atendió una media de 25 pacientes diarios, mientras que en 1768 fue de 29, 32 en 1769 y 34 en 1770. Aun cuando se observa un incremento de los pacientes al tiempo que se mantiene constante la cantidad de personal profesional y auxiliar, es de suponer que un aumento tan pequeño no debió mermar sustancialmente la calidad de la atención que se prestaba en el Hospital, ya que en términos del día a día de la atención hospitalaria, tres o cuatro personas adicionales no debieron suponer un problema significativo.

6.2. Curación y medicinas

Hacia los años 1768-1769, la medicina hipocrática galénica se encontraba en plena vigencia entre los médicos autorizados por los diferentes cabildos de la Provincia de Venezuela, siendo uno de sus más notables representantes para esa época, según lo refieren los documentos (AGN, Sección Diversos, Tomo

XL, 1770) el doctor Lorenzo Campins y Ballester, quien para esa fecha se encontraba dedicado al proceso de institucionalización y regulación de la profesión médica en la Provincia de Venezuela, mediante el expediente de fundar la Cátedra de Medicina en la Universidad de Caracas (1763), e instaurar el Protomedicato (1777), previa autorización de la Corona, enmarcando ambas instituciones en los conocimientos de filosofía adquiridos en la Universidad de Luliana en el Reino de Mallorca, y los de medicina en la Universidad de Gandía en Valencia (Archila, 1961: 264). En efecto,

“Del saber médico de Campins se puede solamente inferir su interés hacia Hipócrates, que derivaba de sus estudios en Gandía. Para sus clases, donde impartía elementos de higiene, fisiología, patología y terapéutica, nunca utilizó libro alguno, aun cuando en Caracas la circulación de textos médicos fue abundante durante el siglo XVIII (cf. Amodio, 1997^a). Utilizaba en sus clases unos cuadernos de apuntes que se había traído de España y que, presumiblemente, eran los mismos que había anotado cuando estudiante” (Amodio, 1998^b: 300).

Dos décadas después, en la *Physiologia, prima medicinae pars* (1796) que dictaba Felipe Tamariz –sucesor de Campins-, a sus alumnos de la Cátedra que tenía en la Universidad de Caracas podemos leer en la primera lección una serie de nociones básicas que, por lo menos en estos aspectos, también eran sostenidas por la medicina hipocrática y galénica:

“...el médico, para proceder adecuadamente como ministrante de la naturaleza, necesita de tres herramientas, que son tres, a saber la Dietética, Cirugía y Farmacia. Dietética es el arte que enseña el modo de administrar saludablemente la comida y bebida o el régimen de vida. Es de dos clases: en los sanos y en los enfermos (...); en los enfermos por la comida y bebida y otros medicamentos administrados por medio de los alimentos acostumbrados. La Cirugía es el arte que enseña el modo de curar enfermedades mediante operación manual. Farmacia es el arte que enseña el modo de preparar los medicamentos, tanto los simples como los compuestos” (Tamariz en Bruni Celli y Muñoz, 2001: 103)

Completando la idea precedente, Tamariz continúa:

“Medicamento es lo que, aplicado a nuestro cuerpo, es capaz de alterarlo. Es de dos clases: uno actual, y otro potencial. Actual es aquel que es tal cual se dice. Potencial es el que no es en acto tal cual se dice, pero puede serlo. Uno es simple, otro compuesto. Simple es aquel en cuya composición no interviene otro distinto de él. Compuesto aquel en cuya composición interviene otro” (Tamariz en Bruni Celli y Muñoz, 2001: 129).

Los procedimientos terapéuticos que se usaban en el Hospital San Pablo de Caracas no diferían sustancialmente de los que Campins y Tamariz practicaban y enseñaban, cada uno en su momento, en la Universidad, así como tampoco eran muy diferentes de los que se utilizaron en el resto de la América colonial; la dietética y la farmacia eran los tratamientos preferidos, pues aun a finales del XVIII la cirugía era utilizada principalmente para hacer sangrías y atender abscesos superficiales, pues los médicos se enfrentaban a “...los tres grandes peligros de la cirugía: el dolor, la hemorragia y la infección” (Archila, 1961: 322).

Así pues, se seguía utilizando la técnica naturista hipocrática según la cual se empleaban “...desobstruyentes, fundentes, discutivos, diluyentes, incisivos e inviscuantes” (Archila, 1961: 361). A su vez, Juan de Jesús y Matos, paciente del Hospital San Pablo, asegura que “...sudores, purgas, pildoras, mercuriales, ungüentos diferentes...” eran algunos de los tratamientos que recibían los enfermos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 786, folio 79), faltándole sólo mencionar la sangría –procedimiento terapéutico por excelencia en todo tipo de procesos nosológicos-, para completar la lista de las principales técnicas terapéuticas del siglo XVIII.

Entrando en la clasificación de medicamentos “potenciales” hecha por Tamariz en su Cátedra de la Universidad, el vino, el aguardiente y el vinagre, como ya se mencionó, eran muy utilizados como medicamentos por el médico Francisco Guasch, tal como lo recomendaba Hipócrates en los *Aforismos* (Hipócrates, 1990: 356). En la misma categoría entrarían también algunos artículos que encontramos en los libros de cuentas del Hospital San Pablo, en donde consta la adquisición de productos alimenticios con el propósito expreso de hacer emplastos, tales como los de pan de trigo (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo, folio 30, 1769), los de cebollas (*ídem*, folio 64), y los de azafrán con arroz (*ídem*, folio 35). Esta información es consecuente con la enumeración que hace Archila de las formas más comunes de administrar las sustancias medicamentosas en la terapéutica del ochocientos:

“Aceites, Aguas, Alcoholes, Bálsamos, Cocimientos, Colirios, Conservas, Electuarios (o Confecciones), Elixires, Emplastos, Emulsiones, Espíritus, Extractos, Infusiones,

Jarabes, Mieles y Oximieles, Píldoras, Pociones, Polvos, Resinas, Tinturas, Trociscos, Ungüentos y Vinos medicinales...” (Archila, 1961: 359).

6.3. Dietas del Hospital San Pablo

Sobre lo que debían contener las dietas a suministrarse a los enfermos en los hospitales, sólo disponemos de dos fuentes que nos pueden dar una idea de lo que se instruía al respecto. Una es la recomendación del obispo Mariano Martí (1783) según la cual la dieta del enfermo debía incluir

“...pan de trigo, atoles, gallinas, bizcochos, huevos, sopas y chorote, a excepción de los galicosos que a estos se les ha dado los cuarenta días de dieta carne asada y bizcocho o casabe” (Martí en Archila, 1961: 516).

En cuanto al personal del hospital, éste debía contentarse con carne, pan de maíz y chorote. La segunda fuente, bastante más extensa y específica, es el texto de las *Ordenanzas* del Hospital San Lázaro elaboradas el 30 de septiembre de 1760 y en las que se dispone:

“...un coco de cacao endulzado con papelón, y un pedazo de carne azada, y un pan de maíz de los que se venden en esta ciudad a ocho por un real o un quartillo de pan de trigo, y lo mismo será la sena a las ocho de la noche; y la comida ha de ser a las doze del día, una olla de carne de baca bien aderezada con las berduras y vituales de que usa el paiz y un principio de carne frita con platanos maduros y miel de caña dulce de postre con el pan necesario de maiz, casabe o de trigo (...) para los enfermos de gravedad (...) se les alimentará con gallinas, y otros mantenimientos delicados, y de sustancia conforme el medico lo ordenare” (Archila, 1961: 587).

Ahora bien, como ya se ha dicho en el caso específico del Hospital San Pablo, las dietas suministradas a los enfermos estuvieron claramente asentadas durante el período comprendido entre el 1 de agosto de 1768 hasta el 19 de junio de 1770 en el *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814), según las indicaciones del médico designado, Francisco Guasch, tal como lo establecían las *Ordenanzas* del Hospital. Sin embargo, estos datos no son más que la teoría de lo que se le debía suministrar a los enfermos, pues la realidad está reflejada en la relación de cuentas que para ese mismo lapso anotó el hospitalero en funciones en el *Libro de Cuentas* del Hospital San Pablo (AGN, Tomo Único del

Hospital San Pablo de Caracas). Así pues, es desde estos dos documentos que se va a hacer la aproximación etnográfica a la dieta terapéutica.

6.3.1. Tipo, accesibilidad y disponibilidad

Como ya se dijo, el Hospitalero en funciones era el encargado de adquirir los artículos necesarios para el consumo alimentario del personal y los pacientes del Hospital San Pablo, y lo más probable es que lo hiciera en la Plaza Mayor en los espacios habilitados para ello. La lista de mercado, con muy pocas excepciones, fue casi la misma cada semana desde 1766 hasta 1769, y estaba conformada de la siguiente manera:

Cereales: pan de maíz (arepa), pan de trigo, harina, bizcochuelos, arroz, cebadilla, fideos.

Leguminosas: garbanzos.

Hortalizas: casabe, cebollas, “recado” de olla.

Frutas: almendras, pasas, higos.

Edulcorantes: azúcar, papelón.

Grasas y aceites: manteca, unto.

Carnes: bovino, gallina, pollo, pichón, redaño.

Leche y Quesos: leche de vaca, leche de burra, queso en botijuela.

Otros: huevos, cacao, sal, anís, canela, comino, mostaza, azafrán, agua de azahar, dulce.

Los elementos que nunca faltaron en ninguna de las listas fueron la carne de bovino (fresca o seca), gallinas, “pan de maíz” (arepa), pan de trigo, azúcar, harina, huevos, agua de azahar, sal, canela, manteca y “dulce”. Leche, cacao, papelón y casabe no se adquirían de manera regular, es más, el suministro de leche se volvió prácticamente inauditable cuando a mediados de 1768 el hospitalero adquirió por ocho pesos una burra “...para dar leche a los enfermos de dho R^l Hosp^l...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813, folio 22). Sin embargo, en base a las compras realizadas con anterioridad a esta

eventualidad, se estima que los enfermos consumían una cantidad aproximada de 600 cc diarios, es decir, el equivalente a unos tres vasos.

En cuanto al papelón y el casabe, no hay registro de haberlos comprado durante todo 1767 y 1768. Otro es el caso de la manteca, pues aunque fue comprada invariablemente cada semana de los cuatro años registrados, no se especifica la cantidad adquirida durante 1768 y 1769, por lo que se tomarán como referencia para nuestro estudio las cantidades adquiridas durante los dos años precedentes.

El caso del queso es muy particular, pues aunque fue prescrito por el médico en un total de 206 ocasiones entre el 1 de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769, no consta que se haya adquirido un solo gramo del mismo en ese lapso; es más, sólo aparece la compra de una “botijuela” de queso –aproximadamente 5,9 Kg (Alegrett, 1992: 125)-, en la cuenta correspondiente a la semana que va del 1 al 11 de enero de 1767. Esto no puede menos que llamar la atención, ya que no se trataba de un artículo de difícil acceso y/o disponibilidad, tal como lo demuestra el hecho de que se contaba entre los mantenimientos más básicos y económicos –al nivel del pan de maíz, el papelón y la carne-, según consta en documentos relativos al abastecimiento de las plazas de mercado, así como de tropa, hospitales y presidios (AHC, Sección Propios, Tomo 4.287, 1780; AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, Tomo IV, folio 306, 1786).

Esta cuestión obliga a pensar en que es posible que se diera la circunstancia de que este producto, como también parecía ocurrir en el caso del cacao y el papelón, fueran suministrados por los familiares de los enfermos (en caso de tenerlos), o que este artículo fuera proveído bajo el expediente de “donaciones” hechas por personas caritativas al Hospital, aun cuando es necesario decir que no se ha encontrado ningún dato en ningún documento que apoye cualquiera de estas dos hipótesis, más allá de las exhortaciones hechas por el obispo Martí en sus *Providencias* (Martí, V, 1998: 102) en las que intenta estimular a los fieles a que hagan este tipo de donaciones a cambio de indulgencias, tal como lo establecían las *Constituciones Sinodales*, por lo que se puede pensar que esa era la forma más común de proveerse de ciertos alimentos que no aparecen en las cuentas, pero sí de forma regular en las dietas prescritas.

Como detalle puntual, es de hacer notar que hubo un breve período –del 29 de enero de 1769 hasta el 15 de abril del mismo año-, en el que se especifica claramente la inclusión de una cierta cantidad semanal de lomos entre la carne que habitualmente se adquiría para el consumo; casualmente, durante este mismo lapso se encontraba internado en el Hospital por segunda vez en un año y como “enfermo de distinción” aquejado de una “puntada” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797), el hermano del mayordomo Gonzalo Quintana Barreto, “S^r don Blas Barreto”, quien fallece precisamente la misma semana en la que cesa el suministro de lomos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo, 1769). Es difícil deducir con exactitud el significado real de esta compra, completamente atípica durante los cuatro años que se registraron; posiblemente pudo obedecer a una injerencia del Mayordomo en cuanto a la compra de víveres con el objeto de mejorar la calidad de la alimentación recibida por su hermano, igual que pudo deberse a una deferencia que el hospitalero quiso tener con un familiar tan cercano de su empleador, o también es probable que tal compra se hiciera a petición del mismo enfermo. Cualquiera haya sido el motivo de incluir lomos en la compra semanal, ello no incrementaba de manera significativa el costo o la cantidad de la carne fresca adquirida en ese lapso.

Aparte del detalle de los lomos, a lo largo de los cuatro años sobre los que se recopilaron datos de la adquisición de alimentos -1766 hasta 1769-, no se pudieron detectar importantes variaciones en cuanto a la disponibilidad y/o accesibilidad del abastecimiento alimentario; ni siquiera se pudo percibir que lo hubiera en algún momento a lo largo de ese lapso. Lo único que se puede comentar es que la carne salada –un poco más costosa y menos nutritiva-, en ocasiones sustituía parcialmente a la fresca, sobre todo en los meses de marzo, abril y mayo, probablemente debido a una variación estacional del abastecimiento urbano.

En las excavaciones arqueológicas efectuadas por Vargas y Sanoja en 1992 en el área de lo que antiguamente fue el Hospital San Pablo de Caracas, en el sitio del actual Teatro Municipal, se hicieron algunos hallazgos que pueden arrojar luz sobre el tipo de carne que se consumía en el Hospital. Hacia el límite sur de la edificación, en el área que correspondía al cementerio, parece

haber existido un basurero que se encuentra asociado a los estratos del siglo XVIII; entre los elementos hallados había huesos de vacuno con señal de corte que “...parecen provenir de costillas, a juzgar por su forma plana y poco espesor. Algunos especímenes, sin embargo, parecen haber sido logrados de huesos largos” (Vargas, Sanoja, et. al., 1998: 145) lo cual sugiere, no sólo la preparación de carne bovina en el lugar, sino que los cortes correspondientes a estos huesos son los que se obtienen de los cuartos delanteros de la res, tal como se aprecia en la Figura 6.8.

De aquí que se puede inferir que la mayor parte de los cortes utilizados para los diferentes platos, aun cuando no marcan ninguna variación en cuanto al valor nutricional, sí lo hacen en cuanto a las técnicas de preparación, pues los cortes procedentes de los cuartos anteriores del animal, excepto el “solomo de cuerito”, son los más duros y correosos, por lo que sólo se hacen comestibles mediante largos períodos de lenta cocción en un elemento líquido y/o técnicas de ablandamiento mecánico (cfr. Cartay, 2005: 78). La preparación determina la forma del consumo, de ahí que se explique y justifique que a los enfermos se les suministrara solamente cucharas y escudillas a modo de cubiertos y vajilla, ya que es altamente probable que una buena parte de las comidas fueran presentadas en la forma de un guiso, potaje o sopa, en las cuales la carne se encontrara troceada.

La ración de carne que se consumía en el Hospital San Pablo, y por tanto su valor macronutricional (Figura 6.9.), se pueden calcular fácilmente al dividir la cantidad de carne adquirida, según el *Libro de Cuentas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo), entre el número de raciones suministradas diariamente durante el período 01-08-1769 / 31-07-1769 a los pacientes y personal del Hospital, de acuerdo a la información contenida en el *Formulario y arreglamento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814).

En los cálculos se decidió asumir que los carniceros de la Plaza cumplían con la *Ordenanza* del Cabildo de Caracas (AHC, Sección Carnicerías, Tomo 4287, s/f) según la cual la carne bovina a ser expendida en los mercados de la ciudad no debía contener más de un tercio de hueso, por lo que a la cantidad neta de este producto adquirido por el Hospitalero se le restó un tercio de su peso

como correspondiente al máximo de hueso permitido en los cortes; esto se hizo con el propósito de aproximarnos al consumo mínimo del que podía disponer la población del Hospital San Pablo de Caracas. Así pues, al dividir 6.863.025 g de carne bovina (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo) entre 10.729 raciones –sumadas entre las administradas tanto a los pacientes como al personal del Hospital (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814)-, da un resultado de 426 g por porción diaria de carne bovina por persona.

Muy diferente es el caso del abastecimiento de gallina, pues este era un alimento que se adquiría vivo, por lo que el Hospital disponía de “...un sercado para tener las gallinas de dho Hosp!...” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813, folio 22, 1768) para mantener allí a las aves que se comparaban semanalmente. Aunque este alimento era muy apreciado desde el punto de vista nutricional (Figura 6.10) y terapéutico, tenía un costo sumamente elevado, ya que una gallina, -que rinde aproximadamente 2 Kg de carne según experiencia personal-, costaba entre 3 y 4 reales, lo que fácilmente equivalía al estipendio de tres o cuatro días de labor de un trabajador no especializado.

La inaccesibilidad de la gallina debió ser una constante hasta bien entrado el siglo XX, ya que el poeta y costumbrista Aquiles Nazoa compuso en su oportunidad el poema *Costumbres que desaparecen* en el que habla sobre el lujo que constituía para las familias caraqueñas de la primera mitad del siglo pasado el consumo de una gallina (Nazoa, 1975: 375-376). Es de suponer que hasta la implementación masiva de los procesos industriales de producción avícola, no le fue posible al caraqueño disponer regularmente de este producto, por lo que es probable que la gallina se adquiriera más a los fines de consumir sus huevos que su carne.

La cantidad de gallina adquirida en el período comprendido entre el 01-08-1768/31-07-1769 fue de 3.370.000 g (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo) a ser repartidos entre 5.474 raciones suministradas exclusivamente a los enfermos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814), lo cual da una porción diaria de 616 g por persona, esto es, 1.685 gallinas adquiridas en los mercados de la ciudad durante el período mencionado.

En cuanto al consumo de cereales en la forma de “panes”, el hospitalero se atenía a las instrucciones de las *Ordenanzas*: el de maíz (2.623.725 g entre 10.729 raciones) aportaba una ración diaria aproximada de 245 g (Figura 6.11) para alimentar al personal y los enfermos sanos y convalecientes, y el de trigo sólo para los enfermos (2.401.553,63 g entre 6.069 raciones), suministrándoseles porciones de 396 g diarios (Figura 6.12.). Cada uno de ellos acompañaba la “carne” que le correspondía de acuerdo al destinatario: gallina con el pan de trigo (dieta básica de los enfermos), carne bovina con el pan de maíz (dieta básica de los sanos y los convalecientes).

La leche, adquirida diariamente, era un alimento del que el Hospital se abastecía de una manera distinta a la de todos los demás insumos. Hay registros de compra tanto de leche de vaca como de leche de burra, y aun cuando en octubre de 1768 se adquirió una burra (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813, folio 22, 1768), ambas variedades se siguieron comprando extra muros del Hospital. Según la escasa información que se pudo obtener al respecto, no obstante la leche de burra venía a ser la versión descremada y deslactosada de la época colonial (Figuras 6.13 y 6.14), el rendimiento de una burra “lechera” es (y debía serlo también para esa época) bastante bajo, por lo que seguramente el hospitalero se vió en la necesidad de seguir comprando este alimento, bien para compensar el faltante, o bien porque se requería de la leche de vaca para otro tipo de enfermos. Hacia finales del siglo XIX se conceptuaba a la leche de burra como:

“...más difícil de conseguir, contiene más agua, azúcar y sales insolubles; por esto es menos nutritiva aunque sí es más fácil de digerir, por lo que conviene a los estómagos delicados, á los que padecen catarros crónicos, y se aplica en la tisis pulmonar” (Diez, 1895: 52).

En el apartado de los contornos o acompañantes de los alimentos principales, éstos se encuentran englobados en los libros de cuentas en el término genérico de “recado”, el cual consistiría en un:

“Conjunto de diversos vegetales, tales como papa, ñame, ocumo, apio, yuca, batata, vainitas, repollo, zanahoria, auyama, que se usa en la preparación del sancocho” (Cartay, 2005: 209).

Esto dificulta determinar con exactitud la cantidad y variedad de los vegetales y hortalizas utilizados en la preparación de los alimentos consumidos por los enfermos y el personal del Hospital.

6.3.2. Preparación del alimento

Según los documentos, los alimentos eran preparados por una cocinera que lo mismo podía ser una esclava, como podía ser la mujer del hospitalero (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 813; Tomo Único del Hospital San Pablo), lo cual define a nuestro agente culinario como una mujer parda o negra que seguramente dominaba los rudimentos básicos de la cocina local gracias a destrezas y técnicas aprendidas por tradición y perfeccionadas en la práctica, dado que los platos que se servían en el Hospital –sancocho, sopa, atol, arepas y carne frita o guisada-, no respondían precisamente a preparaciones con un alto grado de sofisticación; antes bien se trataba de los alimentos que consumía cotidianamente la mayoría de la población (cfr. Lovera, 1998: 124).

En cuanto a los instrumentos utilizados para la preparación de los alimentos, encontramos una variedad que no difería sustancialmente de los que se utilizaban corrientemente en las cocinas de la época colonial. La lista la componen instrumentos como bateas, tinajera, ollas vidriadas, ollas de hierro, picadero de carne, almirez de bronce, cuchillos, pailas de cobre estañadas para los atoles, paletas de madera, lumbres labradas para el fogón con madera, lebrillos, totumas, múcuras, barriles, así como escaparates para el almacenamiento (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo, folios varios).

En lo que respecta a la forma de preparación, aun cuando hay constancia de que a la Provincia de Venezuela llegaron por lo menos dos recetarios a finales del siglo XVIII –*Nuevo Arte de Cocina* de Juan de Altimiras, publicado en 1745 y *Arte de repostería* de Juan de la Mata, en 1747-, (Lovera, 1998: 162) es poco probable que hayan ejercido alguna influencia en la mayoría de las cocineras que se afanaban diariamente en los fogones. Si además consideramos que para esa época aún no funcionaba ninguna imprenta en la Provincia, sería acertado suponer la total inexistencia de literatura autóctona que nos ilustre

sobre las recetas que se utilizaban para preparar los alimentos de consumo diario entre mediados y finales del siglo XVIII en la Provincia de Venezuela. Lo que sí hay son ciertas referencias que pueden ayudarnos a reconstruir, aunque sea parcialmente, las técnicas y procedimientos seguidos en su elaboración. Nuevamente los libros de cuentas del Hospital San Pablo (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811; Tomo 813 y Tomo Único del Hospital San Pablo) y el *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) con el auxilio de referencias de fuentes secundarias como la *Historia de la alimentación en Venezuela* (Lovera, 1998), nos ayudan en la tarea.

El *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) nos señala en su página introductoria cuáles eran los alimentos que se suministraban con regularidad a los enfermos, asignándosele a cada uno una letra que lo identificara en el registro:

“La G dice Gallina, la C Carne, y la A atole, la / L leche, la S sanc^{cho} y sopas, la B bizcochuelo / la X dice Alta, con que el enfermo salga / estaría bueno./La R quiere decir refrescos / La H quiere decir huebos / la P quiere decir pichón / Dieta quiere decir que no coma aquel enfermo / (roto) / (roto) / (roto) / (roto) quiere decir chocolate” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814).

De la lista precedente, es el atol la preparación que se encuentra mejor documentada en las fuentes primarias relativas al Hospital, ya que por lo menos desde el siglo XVII se lo consideraba como “...comida muy regalada, saludable y fácil de digerir, y que se da así a los heridos como a los enfermos de calenturas” (Cobo en Lovera, 1998: 234); la Real Academia de la Lengua lo definía en aquella época como:

“Bebida que usan mucho los Mexicános, que no consiste sino en echar en agua un poco de maiz cocido, exprimir aquella lechecilla, colarla y echarla azúcar. Es voz Mexicana usada tambien en España. Lat. *Potio quadam Mexicanis usitata*” (DRAE, 1726).

Descripción esta que guarda una enorme semejanza con la tisana de cebada que Hipócrates recomienda en *Sobre la dieta en las enfermedades agudas* (Hipócrates, 1990: 364 y 366). Sin embargo, al contrario de lo que se podría pensar, en el Hospital San Pablo no se usaba el maíz o algún subproducto de la yuca para preparar este plato, así como tampoco se usaba la cebada prescrita por Hipócrates; en su lugar el cereal empleado era el trigo en forma

de harina, el cual se cocinaba en una “...olla bidriada...” con agua de azahar y azúcar (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811, folio 32, 1765; Tomo 813, folio 44, 1768).

Gracias a los datos del *Libro de Cuentas* del Hospital San Pablo (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo), es posible calcular la cantidad de harina de trigo que se empleaba en la preparación del atol, ya que allí se especifica claramente que la adquisición de este producto era a los propósitos de confeccionar este plato. Si consideramos que se suministraron 2.960 raciones de atol a lo largo del año que corre entre el 1 de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769, y se adquirieron 209.760 g de harina en ese mismo lapso, podemos concluir que se utilizaron 70,86 g de harina por ración diaria.

Además de esto, en los documentos consta que el atol se endulzaba con azúcar, por lo que asumiremos que por lo menos el 50% de la cantidad de este producto que se adquirió era utilizado para preparar este plato, mientras que el resto se usaba para “refrescos”, para el “chocolate”, o alguna otra preparación que lo requiriese. De ahí que de los 334.995 g comprados por el Hospitalero, aproximadamente 167.497,5 fueron usados para endulzar el atol, por lo que cada ración contendría cerca de 28 g de azúcar. Finalmente, tal como consta en los documentos, la preparación se saborizaba con una cantidad no determinada de agua de azahar.

El atol y la gallina eran a la dieta terapéutica, lo que la purga y la sangría eran al tratamiento médico quirúrgico; ambas eran las preparaciones que se suministraban con mayor frecuencia a los enfermos, combinadas en varias dietas. El valor de la gallina como alimento terapéutico llega a un punto tal que el caldo de esta ave se incluye bajo la denominación de *Juscili Pulti Gallinacei Simplicis* como un medicamento más en la *Tarifa de Boticas* elaborada el 11 de marzo de 1783 por los médicos más destacados de la ciudad de Caracas, valorándose en 4 reales el caldo hecho con una sola gallina o pollo (Archila, 1961: 569). Por esta razón, aunque no encontramos evidencia alguna que así lo confirme, es muy probable que en el Hospital la gallina fuera cocinada en la forma de un hervido, utilizándose el caldo resultante como uno de los componentes para hacer sopa, que era la preparación que realmente prescribía el médico del Hospital San Pablo en la dieta terapéutica, debiendo consistir en

un “...plato compuesto de pan, y caldo, que se saca á las mesas en lugar del caldo” (DRAE, 1739).

Y si la gallina era la principal fuente de proteínas de los enfermos de gravedad, la carne bovina lo era de los pacientes con enfermedades leves o en fase de recuperación, igual que del personal que laboraba en el Hospital. En las *Ordenanzas* del Hospital San Lázaro se habla de “un principio de carne frita”, sin embargo, no es probable que una sola botijuela de manteca semanal, equivalente a 5,9 lt, fuera suficiente para freír los 137.000 g de carne promedio que se adquirirían en el mismo período, imposibilitando además que quedara un remanente que seguramente era necesario para procesar otras preparaciones culinarias. Lo más factible es que una parte de la carne se cocinara frita, otra se empleara en hacer el sancocho, y otra se cocinara a la manera de la chanfaina, tal como se deduce de los ingredientes que aparecen en los libros de cuentas, esto es, en este último caso, sofriendo en un poco de manteca la carne aderezada con sal, pimienta, comino, vinagre, papelón, tomates y cebollas, añadiéndosele posteriormente agua, y dejando hervir la preparación lentamente hasta que la carne se ablandara. Probablemente se le añadiera a la olla una mezcla de pan o bizcocho endurecido –lo que se llamaba “cuajo”-, para espesar el guiso (Lovera, 1998: 85 y 286), tal como parece haber sido el uso, según se colige de la lista de mercado de la semana que va del 3 al 9 de abril de 1768, en la que se gastaron tres reales y medio en insumos “p^a cuajar la olla” (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo Único del Hospital San Pablo, folio 28).

Tanto la carne bovina y la de gallina, como el “redaño” (vísceras con las que se elabora el mondongo) que también se encuentra en la lista de alimentos adquiridos por cuenta del Hospital, son productos que encajan con algunos de los componentes del sancocho, plato que fue prescrito por el médico del Hospital San Pablo un total de 1.158 veces a lo largo de un año como parte de la dieta terapéutica. Sin embargo, las recetas tradicionales del sancocho suelen incluir elementos como por ejemplo yuca, ñame, apio y auyama, que es probable que se englobaran en las cuentas bajo el rubro de “recado”, por lo que no solamente se hace difícil determinar qué era realmente lo que se entendía por sancocho según las cocineras venezolanas del siglo XVIII, sino también

cuál era el valor nutricional real de este alimento, no dejándonos otra opción que elaborar una estimación muy general basada en los cálculos ofrecidos por Lovera (1998: 85).

El “refresco” fue otro elemento que se prescribió frecuentemente a los pacientes del Hospital. El recetario de Juan de Altimiras contiene una fórmula para el refresco en la que se indica que por cada vaso de agua saborizada con limón, canela o azahar, se debe añadir y disolver una onza de azúcar (cfr. Altimiras, 1981: 128). Aunque no hay garantías de que esa fuera la composición del “refresco”, es de suponer que el valor medicamentoso o dietético de la bebida, más allá del componente energético que constituía el azúcar, dependiera de las propiedades del saborizante utilizado. Dados los insumos adquiridos por el Hospital San Pablo, los únicos saborizantes posibles fueron la canela, el comino, el anís y el azahar.

Otra bebida que consumían diariamente tanto los sanos como los enfermos era la de “cacao”, la cual, como ya se acotó antes, es preciso no confundir con el “chorote” o con la bebida de “chocolate”, prescribiéndose esta última como alimento terapéutico sólo seis veces en todo el año.

Por último, hay que mencionar el “bizcochuelo” que, según la Real Academia de la Lengua “...en comidas de Indias, han inventado hacer cierto modo de pasteles de esta massa, y de la flor de su harina con azúcar, bizcochuelos y melindres que llaman” (DRAE, 1726).

En cuanto al “pan de trigo” y al “pan de maíz” (arepa), no parece necesario desarrollar elaboradas discusiones, ya que estos alimentos no eran susceptibles de sufrir grandes transformaciones en la cocina del Hospital.

Caso distinto es el de los huevos, de los que no es posible deducir qué era lo que se hacía exactamente con ellos, pues aun cuando se compraba una cantidad considerable cada semana –un huevo por paciente por día, o alrededor de 230 unidades semanales-, sólo aparecen prescritos en 80 ocasiones en la dieta terapéutica. Lo más que se puede asumir es que se seguían las recomendaciones de Dioscórides para hacerlos más digeribles, es decir, a mayor cocción, más “fríos” y más beneficioso para el enfermo; cuanto

más blandos o crudos, más “calientes”, poco alimenticios y perjudiciales para el enfermo.

6.4. Dieta, enfermedad y curación

Como lo establecían la casi totalidad de las *Constituciones* y *Ordenanzas* que regulaban la vida dentro de las instituciones hospitalarias, los alimentos se consumían tres veces al día, siendo “...la sena a las ocho de la noche; y la comida ha de ser a las doze del dia...” (Archila, 1961: 587). Según la información documental, los platos ya servidos se llevaban a la sala respectiva para colocarlos en el azafate correspondiente a cada enfermo, utilizando la servilleta a modo de mantel. La bebida del común de los pacientes era agua de tinajero que se servía en alcarrazas, además de los “refrescos” que se les administraba a los enfermos a quienes se les hubiese prescrito esta bebida (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811, Tomo 813 y Tomo Único del Hospital San Pablo).

En cuanto al contenido de los platos, hay que recordar las *Ordenanzas* del Hospital San Lázaro, en las que se especifica quién come qué cosa. Allí queda claro que tanto el “pan de maíz” (arepa) como la carne bovina se administraban tres veces al día tanto a los pacientes como al personal del Hospital: estos dos artículos, junto con la bebida de cacao preparada con papelón, podrían clasificarse como componentes de la dieta “regular”, o del individuo sano/convaleciente. En el caso de los enfermos, el médico regulaba la ración que se debía administrar en cada comida (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814). A los efectos de facilitar posibles cálculos posteriores útiles para nuestro estudio, se hizo un promedio con las raciones administradas a cada paciente cada día, dando como resultado una cifra que llamaremos “promedio”: por ejemplo, media ración en el desayuno, una ración en el almuerzo y media ración en la cena, da un promedio diario de 0,67; es decir, $(0,5 + 1 + 0,5) / 3 = 0,67$. Este procedimiento nos permite calcular con mayor facilidad la cantidad de la dieta normal –“pan de maíz”, carne bovina, cacao y papelón–, y por tanto el valor nutricional que se administraba a cada enfermo cada día. El propósito de esta “dieta regular” era el de mantener y conservar el equilibrio del organismo, no el de recuperarlo.

Elaborando un cruce de datos entre los diferentes alimentos y el promedio de raciones suministradas de la dieta regular (Tabla 6.3), se pudo observar que entre ambos había una relación inversamente proporcional, es decir, en la medida en la que se reducían las raciones, aumentaba la presencia de ciertos alimentos. Ese sería el caso del atol, el cual prácticamente no se administraba cuando la dieta regular se daba a ración completa; antes bien, en el 66,79% de las ocasiones en las que se ofreció atol a los enfermos, esta acción iba acompañada de una reducción de la dieta regular en un promedio de 0,50. El alimento que demuestra con más fuerza esta tendencia es la sopa, la cual se suministró en un 97,30% de las ocasiones cuando la ración de la dieta regular era 0. Al contrario, la carne bovina era el alimento casi exclusivo de los casos en los que se administraba la ración diaria completa, hecho que se presentó en un 72,46% de las ocasiones. La gallina, por otra parte, se puede clasificar como un alimento “medio”, igual que el sancocho, ya que la primera se administró en un 56,81% de los casos junto con un promedio de 0,50 de la dieta regular, mientras que el segundo registra un promedio de 0,50 de la dieta regular en un 64,11% de los casos. La leche podría ubicarse como un alimento “medio-alto”, pues se administró en un 46,24% de las ocasiones con un 0,83 en promedio de la dieta regular.

Tabla 6.3.

Cruce de datos entre los alimentos y las raciones suministradas									
Alimento		Ración de la dieta regular (carne+pan de maíz+cacao+papelón)							Total
		0	0,17	0,33	0,50	0,67	0,83	1	
carne	N	0	0	3	219	30	1.126	3.625	5.003
	%	0,00	0,00	0,06	4,38	0,60	22,51	72,46	100,00
gallina	N	5	2	34	3.110	12	2.233	78	5.474
	%	0,09	0,04	0,62	56,81	0,22	40,79	1,42	100,00
atol	N	427	0	14	1.977	2	534	6	2.960
	%	14,43	0,00	0,47	66,79	0,07	18,04	0,20	100,00
leche	N	41	0	0	161	2	246	82	532
	%	7,71	0,00	0,00	30,26	0,38	46,24	15,41	100,00
sopa	N	324	0	0	9	0	0	0	333
	%	97,30	0,00	0,00	2,70	0,00	0,00	0,00	100,00
sancocho	N	264	0	10	743	0	138	4	1.159
	%	22,78	0,00	0,86	64,11	0,00	11,91	0,35	100,00
bizcochuelo	N	96	0	0	117	0	24	57	293
	%	32,42	0,00	0,00	39,93	0,00	8,19	19,45	100,00
refresco	N	121	0	12	1.019	7	961	228	2.348
	%	5,15	0,00	0,51	43,40	0,30	40,93	9,71	100,00
queso	N	42	0	1	82	1	60	20	206
	%	20,39	0,00	0,49	39,81	0,49	29,13	9,71	100,00
pichón	N	10	0	0	2	0	0	0	12
	%	83,33	0,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	100,00

chocolate	N	1	0	0	5	0	0	0	6
	%	16,67	0,00	0,00	83,33	0,00	0,00	0,00	100,00
huevos	N	48	0	0	18	0	4	10	80
	%	60,00	0,00	0,00	22,50	0,00	5,00	12,50	100,00
arroz	N	1	0	0	7	1	8	8	25
	%	4,00	0,00	0,00	28,00	4,00	32,00	32,00	100,00
higos	N	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
pasas	N	0	0	0	0	0	3	1	4
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00	25,00	100,00
pasas e higos	N	0	0	0	5	0	13	27	45
	%	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	28,89	60,00	100,00
garbanzos	N	0	0	0	3	0	0	0	3
	%	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00

Fuente: Cálculos propios según datos del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) durante el período comprendido entre el 1 de agosto de 1768 hasta el 31 de julio de 1769.

En términos generales y atendiendo a la frecuencia con la que se administraron las diferentes dietas a los pacientes, se pueden identificar dos grandes bloques de menús dietéticos suministrados: el de Carne, con una frecuencia del 37,97%, y el de Gallina con una frecuencia del 13,16%, acumulando entre ambos un 51,13% del total de los menús consumidos por los pacientes. Cuando se analiza la estructura de estos menús en cuanto a su origen y a los macronutrientes que los componen, se evidencia qué es lo que hace que uno de ellos sea terapéutico y el otro no (Figuras 6.15, 6.16, 6.17 y 6.18). Como se puede observar, la dieta terapéutica se caracteriza por un aumento en la cantidad de alimentos de origen vegetal, así como en el aporte de carbohidratos, mientras que la grasa disminuye de forma inversamente proporcional.

Por otro lado y desde un enfoque más específico, utilizando la información de las *Ordenanzas* y uniéndola a los datos de las compras de víveres efectuadas por el hospitalero (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 811 y Tomo Único del Hospital San Pablo), más las prescripciones del médico (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814), tenemos no solamente los elementos de la dieta terapéutica, o del individuo convaleciente/grave –la cual estaba compuesta por pan de trigo, gallina, atol, sancocho, sopa, bizcochuelo, leche, refresco-, sino también la cantidad y el valor nutricional de la misma, gracias a los totales de cada uno de los alimentos que fueron adquiridos según consta en las cuentas semanales.

La administración de la dieta terapéutica, o del individuo convaleciente/grave, estaba orientada a restaurar el equilibrio perdido durante las distintas etapas de la experiencia nosológica, de ahí la importancia de las características del consumo que el enfermo hacía de cada uno de estos menús terapéuticos, el cual venía dado necesariamente por el discurso y las prácticas que manejaba el médico en relación a la dolencia específica padecida por el enfermo y a las propiedades de los alimentos. Así, el cruce de los datos provenientes tanto del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) como del *Libro de Entradas y Salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) nos revela la dieta terapéutica aplicada a cada enfermedad específica, cosa que se logró hacer en un total de 72 casos de los más de 200 que fueron atendidos en el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

Las enfermedades que se lograron vincular con una dieta específica fueron la viruela, el gálico, la héctica en su fase terminal, las llagas, las calenturas, enfermedad del pecho, las evacuaciones y la enfermedad del estómago.

En el caso de la viruela, se prescribieron 31 menús terapéuticos diferentes, siendo mayoritariamente 0,50 el promedio de la ración de la dieta regular (Tabla 6.4); la combinación gallina, sancocho y refresco (GSR) fue el menú terapéutico que se administró con más frecuencia a los enfermos (32 veces, 14%).

Tabla 6.4.

Enfermedad	Promedio de la ración de la dieta normal						Total	
	0	0,33	0,50	0,66	0,83	1		
viruela	N	20	2	96	0	51	59	228
	%	8,77	0,88	42,11	0,00	22,37	25,88	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

En la estructura de los macronutrientes de la dieta administrada a los enfermos de viruela, podemos ver perfectamente cómo el aumento de carbohidratos en desmedro de las proteínas y las grasas, marca el período crítico de la dolencia (Figuras 6.19, 6.20 y 6.21). En efecto, recordemos que la fase más contagiosa y peligrosa de la viruela es aquella que transcurre entre la primera y la segunda

semana desde el momento en el que aparece la erupción, específicamente entre el cuarto y onceavo día desde el momento en el que se manifiesta el padecimiento, siendo esta probablemente la razón por la que se prescribe una dieta más “fría” durante estos días, recurriendo para ello al aumento de carbohidratos.

A los pacientes con gálico (sífilis), se les prescribió un total de 24 menús terapéuticos diferentes, siendo administrada mayoritariamente (42,47%) la ración completa en la dieta regular (Tabla 6.5); la combinación gallina y atol (GA) fue el menú terapéutico que se suministró con más frecuencia a los enfermos (37 veces, 12,67%).

Tabla 6.5.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal					Total	
		0	0,33	0,50	0,66	0,83		1
gálico	N	23	0	93	1	51	124	292
	%	7,88	0,00	31,85	0,34	17,47	42,47	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

La misma variabilidad en los menús refleja la variabilidad de síntomas, propios de la lenta progresión de la sífilis, por ello es muy difícil encontrar algún tipo de regularidad en la dieta, dada la remota posibilidad de hallar dos o más pacientes en el Hospital que se encontraran exactamente en el mismo estadio nosológico al mismo tiempo.

Las llagas probablemente se trataban más con medicamentos tópicos y cirugía que con recursos dietéticos, pues aun cuando se suministraron 20 menús diferentes, el 62% de las prescripciones se ciñó simplemente a los menús de Carne (C) y Gallina (G) a secas, oscilando el promedio de la dieta regular entre 1 y 0,50 (Tabla 6.6).

Tabla 6.6.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
llaga	N	26	1	70	0	50	89	236
	%	11,02	0,42	29,66	0,00	21,19	37,71	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglo* respectivo a las raciones de alimentos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

Los enfermos del estómago recibían una dieta terapéutica poco variada, pues el 30,86% era gallina (G), y el 19,53% gallina y atol (GA), de entre 19 Menús distintos, 15 de los cuales incluían la gallina y 10 la leche. El promedio de la dieta regular era mayoritariamente de 0,83 (Tabla 6.7).

Tabla 6.7.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
estómago	N	11	6	107	0	116	16	256
	%	4,30	2,34	41,80	0,00	45,31	6,25	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglo* respectivo a las raciones de alimentos (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

La variedad de enfermedades que tienen como síntoma el dolor de estómago, hace imposible hallar regularidades que se puedan vincular con el curso de cualquier padecimiento, sin embargo, llama la atención la presencia recurrente de la leche como alimento terapéutico –sobre todo si era la de burra, con un bajo contenido en grasa-, lo cual lleva a pensar en el uso de este alimento como alivio a los síntomas de la gastritis o úlceras gástricas.

En el caso del tratamiento a los héticos, la regularidad más notable es la inevitable presencia de la leche en la dieta administrada a cualquiera de los enfermos. Por otra parte, la gran variabilidad de la dieta en relación con los escasos días que estos enfermos permanecían en el Cuarto de los Héticos (4 ó 5 todo lo más), sugiere que el objetivo principal de los 12 menús ofrecidos en estos casos era más el de mantener al enfermo lo más cómodo posible suministrándole sólo aquello que le apeteciera o pudiera ingerir, que el comprobadamente inútil propósito de curar. Dado el estado de gravedad e

inminente fallecimiento de estos pacientes, la dieta regular a ración completa prácticamente no se suministraba (Tabla 6.8). La constante para estos enfermos era el atol, siendo el menú preferido el de atol, leche, sancocho y refresco (ALSR) (22,73%).

Tabla 6.8.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
héctica	N	9	0	13	0	0	0	22
	%	40,91	0,00	59,09	0,00	0,00	0,00	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

Para los enfermos del pecho parecía ser la gallina el alimento preferido, combinado con atol (GA, 22,12%) y en ocasiones refresco (GAR, 15,04%). De los 22 menús que se pudieron identificar relacionados con este padecimiento, apenas un 7% de ellos incluyó la carne bovina administrada en una ración promedio de 0,50 de la dieta regular (Tabla 6.9) en más de la mitad (55,75%) de los días. Aquí también se presenta el mismo caso de la enfermedad de estómago: un mismo síntoma puede explicar muchas enfermedades distintas, por lo que la evolución del paciente era lo que dictaba al médico el curso de acción a seguir en materia dietética, de allí que las regularidades sean casi inexistentes.

Tabla 6.9.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
pecho	N	14	2	63	1	30	3	113
	%	12,39	1,77	55,75	0,88	26,55	2,65	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

En el caso de las evacuaciones, era muy poca la variedad de menús suministrados –solamente 7-, y se componían mayoritariamente de gallina y atol (GA, 47,83%), y gallina y sancocho (GS, 17,39%). La dieta regular se administraba en un promedio de 0,50 el 69,57% de las ocasiones (Tabla 6.10).

Tabla 6.10.

EnfTipo		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
evacuaciones	N	4	0	16	1	2	0	23
	%	17,39	0,00	69,57	4,35	8,70	0,00	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

Con esta enfermedad sucede lo mismo que con la del estómago y el pecho: es difícil encontrar regularidades, añadiéndose a esto que sólo se pudo vincular la enfermedad de evacuaciones con dos pacientes, por lo que sería aventurado hacer inferencias de cualquier tipo.

En las calenturas, la dieta de carne bovina (C) –o dieta regular-, era el menú preferido, pues se administró un 51,26% de las veces en ración completa (45,38%) (Tabla 6.11). Es decir, a los enfermos de calenturas se les daba la dieta del sano/convaleciente, variando el menú con un aumento notable en la cantidad de carbohidratos durante lo que se puede suponer eran los episodios febriles, dada la regularidad con la que se presentan las variaciones macronutricionales, tal como se observa en el caso específico del paciente Francisco de Mesa (Figura 6.22).

Tabla 6.11.

Enfermedad		Promedio de la ración de la dieta normal						Total
		0	0,33	0,50	0,66	0,83	1	
calenturas	N	0	0	43	1	21	54	119
	%	0,00	0,00	36,13	0,84	17,65	45,38	100,00

Fuente: Cálculo propio según los datos obtenidos del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814) y del *Libro de entradas y salidas* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 797) durante el período comprendido entre el 1º de agosto de 1768 y el 31 de julio de 1769.

Así, de acuerdo a lo expuesto se puede apreciar que es factible hablar de una dieta terapéutica más o menos constante en el caso de enfermedades infecto-contagiosas como la viruela, la cual sigue un curso ya clínicamente experimentado y bien conocido por los médicos tratantes de la época, al igual como podía ocurrir en el caso de las calenturas. Ambas enfermedades son predecibles, por lo que dieta terapéutica y etiología iban de la mano: las grasas disminuían y los carbohidratos (alimentos de origen vegetal) aumentaban en la medida en que lo hacía la gravedad de los síntomas, esto es, en los términos

médicos utilizados en la época, se intentaba no perturbar en lo posible la “cocción” de la enfermedad, antes bien, la idea era permitir que la alimentación dejara paso libre al padecimiento para que se extinguieran por sí mismos los “malos humores” causantes del desequilibrio. Las proteínas y las grasas “alimentaban” los malos humores producidos por la carne del paciente, de ahí que se tratara en lo posible de reducir ambos macronutrientes a su mínima expresión: recordemos el refrán que se toma por válido aun hoy en día, “carne cría carne”, y según la creencia terapéutica de la época, al disminuir la producción de “carne” en el organismo del paciente, la enfermedad carecería de “alimento” para progresar y eventualmente terminaría extinguiéndose.

La dieta correspondiente a las “llagas”, concuerda igualmente con la aseveración precedente: si “carne cría carne”, ¿qué mejor para este padecimiento que una dieta rica en proteínas y grasas? Precisamente, lo que el paciente necesitaba era “criar carne” sana allí donde no la había, por lo que es perfectamente coherente la administración de raciones completas de la dieta regular compuesta por carne bovina, “pan de maíz”, cacao y papelón, ocasionalmente reforzadas con raciones de carne de gallina, sobre todo si se diera el caso –no descartable en absoluto-, de que se presentara una ligera fiebre que ameritara una reducción temporal en la cantidad de grasas y proteínas.

Caso distinto era el de los hecticos, pues aunque había médicos que se ufanaban de haber curado a este tipo de pacientes (Farfán, 1944 [1592]: 9), lo cierto es que los registros del Hospital desmienten categóricamente esas afirmaciones: un diagnóstico de hectica era una sentencia de muerte. Obviamente se intentaba mejorar la situación de estos enfermos, por lo que se administraba leche de burra, lo que por tradición se consideraba beneficioso en el curso de esta afección. Sin embargo, la variabilidad en el resto de los componentes de los menús de los hecticos, indican que no se seguía un patrón determinado.

Por otro lado, en el caso del resto de las enfermedades, -que en su totalidad no eran sino indicios de otros padecimientos-, los menús ofrecidos eran tan variables como los síntomas, sobre todo cuando la permanencia del enfermo en el hospital era muy larga. Probablemente apelábase a la observación y al

ensayo y error, en una suerte de experimentación en la cual el médico tratante escogía una alternativa entre una gama de posibilidades dietéticas que habían tenido éxito en el pasado según su propia experiencia y que se adecuaban al estado diario del paciente.

Desde el punto de vista de los macronutrientes, aun cuando se organizaban y reorganizaban los diferentes alimentos para lograr distintos menús, el resultado final era muy similar: la proporción entre proteínas, grasas y carbohidratos se mantenía bastante regular. Este equilibrio se rompía de dos maneras, o comenzaba un aumento progresivo de las proteínas y las grasas con una subsecuente dada de alta del enfermo, o se producía el proceso inverso, aumentándose la cantidad de carbohidratos, y concluyendo eventualmente con el fallecimiento del paciente.

7. Conclusiones

Como se citó casi al comienzo, el comiente se construye comiendo (cfr. Fischler, 1995: 69), y comiendo también construye los cimientos de su curación tanto física como culturalmente, así pues, en el desarrollo de la investigación pudimos constatar que el saber experto y el saber común se concatenaban *intra* muros del recinto hospitalario en este propósito. En efecto, en este caso, médico y cocinera participaba en la elaboración de la dieta hospitalaria, cada uno con su respectivo saber, teniendo como articulación necesaria entre ambos al hospitalero en funciones, el cual actuaba como puente o intermediario entre uno y otro, tanto en su papel como aprendiz del médico del Hospital San Pablo (saber especializado), como en su labor como suplidor de los elementos necesarios para elaborar los menús respectivos, al tiempo que giraba las instrucciones pertinentes a la cocinera (saber común). Asimismo, el hospitalero era también quien colaboraba directamente con el mayordomo del Hospital en lo atinente a las labores administrativas concernientes a las obligaciones de su cargo, lo cual le confería un poder sobre el manejo del Hospital que, aun cuando no constara institucionalmente, sí era efectivo en la práctica cotidiana.

Aquí se pone de relieve que el saber experto institucionalizado puede estar, y de hecho está sometido a ajustes y adaptaciones que lo adecúan a la sociedad que pretende servir, es así como la dietética se encuentra atravesada, tal como lo demuestra la relación “Médico – Hospitalero – Cocinera”, por discursos pertenecientes a los dos ámbitos de saberes, y si bien es cierto que el médico prescribía una dieta que se correspondía en líneas generales con el orden dietético del modelo médico occidental, conformado casi exclusivamente por los alimentos introducidos por los conquistadores, no es menos cierto que al momento de la adquisición de los mismos en el mercado local, el hospitalero también ponía en juego la cuota de poder que le correspondía seleccionando las variaciones que le eran posibles dentro del marco referencial más amplio prescrito por el médico. A su vez, la cocinera hacía lo propio al introducir en la preparación de cada uno de los platos rasgos distintivos e identitarios que respondían a la ya consolidada tradición culinaria de la Provincia de Venezuela, dando lugar a un orden dietético propio.

De esta manera, podemos constatar que el control de la práctica dietética se diluía en la realidad entre varias figuras: desde el mayordomo, quien tenía como labor la selección del personal que iba a tomar decisiones en este campo, y que manifestaba su interés en este tema al sugerirle al personal hospitalario la utilización de formas de registro y control de la dieta terapéutica, como nos lo revela la efímera existencia del *Formulario y arreglamiento respectivo a las raciones de alimentos* (AGN, Sección Real Hacienda, Tomo 814); pasando por el médico Francisco Guasch quien daba los lineamientos generales de la dieta a ser admitida a los pacientes; siguiendo con el hospitalero, quien determinaba, de acuerdo a su criterio y a los recursos económicos a su alcance, la calidad de los alimentos adquiridos; y concluyendo con la cocinera quien, según los instrumentos y los insumos a su disposición, así como de acuerdo a su saber culinario, tomaba decisiones que le daban un carácter distintivo a la dieta a ser consumida por los enfermos.

Como una variación al orden dietético occidental, es de hacer notar que aun cuando el modelo médico hegemónico transplantado originalmente favorecía el consumo de animales jóvenes como depositarios de un alto poder terapéutico, ello no era percibido así en el orden dietético surgido en la Provincia de Venezuela, y prueba de ello son las quejas formuladas por el suministro de pollos en lugar de gallinas en el Hospital San Pablo de Caracas, considerándose esto como un elemento desventajoso para la curación (AGN, Sección Intendencia del Ejército y Real Hacienda, Tomo III, 1777, folio 222). Esta diferencia constituye un rasgo distintivo en el orden dietético de la Provincia de Venezuela, al igual que lo es el hecho de que se obviaran las prescripciones de la casi totalidad de los textos médicos según los cuales el atol debía prepararse con maíz o cebada, sustituyéndose estos cereales en el Hospital San Pablo de Caracas por la harina de trigo, elemento que no se encuentra prescrito en ninguno de los textos de medicina hipocrática que circulaban en la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII. Sin embargo, estas dos variaciones se dan únicamente a nivel de las prácticas, por lo que no afectan la estructura del marco referencial del orden dietético del modelo médico occidental.

Desde el punto de vista de los elementos constitutivos de los menús suministrados, los habitantes de la Provincia de Venezuela de la segunda mitad del siglo XVIII parecían considerar que la carne de gallina era la que ostentaba el mayor valor de uso y valor simbólico como dispositivo terapéutico, siguiéndose de esta manera con los lineamientos impuestos por el modelo médico occidental. Igualmente el aumento en el suministro de carbohidratos y alimentos de origen vegetal que “enfían” los menús administrados, es cónsona con la creencia del modelo médico occidental, igual que con la del modelo médico de los pueblos indígenas.

Uno de los elementos que conforman el universo simbólico bajo el cual se desarrollan todas las acciones dietético-terapéuticas del Hospital San Pablo de Caracas para este momento, es sin duda el que se corresponde con los lineamientos de la Iglesia Católica Apostólica y Romana. El hecho de que el establecimiento sanitario se encontrara adosado a la fábrica de la Iglesia de San Pablo es más que revelador de esta situación: advocaciones a los santos, administración inmediata a los pacientes de sacramentos como la confesión y la comunión, así como la posibilidad de poner a disposición de los dolientes el Viático (extremaunción) a toda hora del día o de la noche, muestran que estas prácticas religiosas se ofrecían como recursos de importancia en el imaginario colectivo como complemento necesario para resolver los episodios de desequilibrio. Tanto si se daba la curación, como si no se daba, parte de la labor que se esperaba del médico era que éste utilizara su pericia para determinar en qué momento era pertinente y necesario recurrir al auxilio de la religión a fin de garantizar la salvación del alma del enfermo.

Aun más, esta relación del Hospital con la estructura de la Iglesia no se ceñía únicamente al aspecto litúrgico, sino que, tal como quedó de relieve en esta investigación, también se extendía al suministro de alimentos por parte de los devotos como forma de ganar indulgencias, creándose de esta forma una red de suministro y distribución de alimentos a cambio de favores espirituales, que debería ser investigada más a fondo a través de los documentos que reposan en el Archivo Arzobispal de Caracas y que registran las actividades de las diferentes cofradías religiosas que hacían vida en la ciudad de Caracas, al igual que las obras de caridad efectuadas por algunos feligreses a título personal.

Como entes institucionalizados, tanto la Iglesia como el Hospital hacían su parte en el intento de mantener y perpetuar las creencias del modelo médico occidental vigente, mediante el recurso de interpretar el marco referencial dietético de acuerdo a las condiciones locales; pero, por otro lado, era en la cocina del Hospital –lugar en donde se preparaban los alimentos según un saber cotidiano-, que se mantenían vivas las creencias de la sociedad.

Finalmente, llama la atención el hecho de que las características demográficas de la población atendida en el Hospital no coincidan con las de la base poblacional de las zonas aledañas a la ciudad de Caracas, lo que hace pensar en varias hipótesis que deberían ser sometidas a estudio en futuras investigaciones. Una de ellas podría ser que el Hospital San Pablo no era percibido como un dispositivo confiable y eficiente de curación por parte de algunos de los grupos que podrían haber tenido acceso a las instalaciones hospitalarias por cumplir con las condiciones básicas de admisión; otra es que la poca precisión de los datos obtenidos en esta etapa protoestadística provoquen una distorsión que impida ver la realidad demográfica tanto del Hospital como de la Provincia de Venezuela; o bien puede ser que el proceso que las autoridades seguían para admitir a los enfermos en el Hospital San Pablo de Caracas, favoreciera a un grupo por encima de otros en base a criterios que estarían aún por investigarse. Cualquiera que haya sido la circunstancia que haya dado lugar a esta discrepancia demográfica, puede que sea la clave para revelar la efectividad del Hospital San Pablo de Caracas como institución influyente y operativa a los fines de estructurar la sociedad de la Provincia de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII.

Bibliografía

- Aizpúrua Aguirre, R. (1992): "Comercio Interior". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 760-765. Caracas: Fundación Polar.
- Aizpúrua Aguirre, R. (1992): "Municipios". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 1031-1036. Caracas: Fundación Polar.
- Alegrett, JR. (1992): "Pesos y Medidas". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo III, pp. 122-126. Caracas: Fundación Polar.
- Alegría, C. (1967): *Historia de la Medicina en Venezuela*. Caracas: Talleres Gráficos del Departamento de Educación Social.
- Altimiras, J. (1981): *Nuevo arte de cocina*. Barcelona: Tusquets.
- Amodio, E. (1995): "Los nombres del cuerpo". En *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, N° 1, 119-146. Caracas.
- Amodio, E. (1997): "Curanderos y médicos ilustrados. La creación del Protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII". En *Asclepio*, N° 1, 95-129. Madrid.
- Amodio, E. (1998): "La tan apetecible profesión de médico. De Campins a Vargas: la constitución de la élite médica en Caracas, 1750-1850". En *Tierra Firme*, N° 62, 293-319. Caracas.
- Amodio, E. (2005): "Extranjero en un país ajeno. Construcción del pasado y realidad histórica desde una perspectiva antropológica". En *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, N° 2, 141-157. Caracas.
- Amodio, E. (2006a): *Cultura, comunicación y lenguaje*. Caracas: IESALC, UNESCO.
- Amodio, E. (2006b): *Producción y transmisión del saber: oralidad, escritura e imágenes*. Caracas: IESALC, UNESCO.
- Archila, R. (1961): *Historia de la medicina en Venezuela en la época colonial*. Caracas: Tipografía Vargas.
- Arcila Farías, E. (1992): "Compañía Guipuzcoana". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 778-781. Caracas: Fundación Polar.
- Arcila Farías, E. (1992): "Contrabando". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 867-870. Caracas: Fundación Polar.
- Arcila Farías, E. (1992): "Hacienda". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 423-429. Caracas: Fundación Polar.
- Arcila Farías, E. (1992): "Trigo y Harina". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo III, pp. 747-748. Caracas: Fundación Polar.
- Barthes, R. (1970): "Elementos de semiología". En Roland Barthes, Claude Bremond, Tzvetan Todorov y Christian Metz, *La Semiología*, pp. 15-69. Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Bencomo Barrios, H. (1992): "Fuerzas Armadas". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 218-225. Caracas: Fundación Polar.

- Bencomo Barrios, H. (1992): "Milicias". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 927-929. Caracas: Fundación Polar.
- Berger, P. y T. Luckmann. (2001): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bethencourt M. y E. Amodio. (2006): *Lenguaje, ideología y poder*. Caracas: IESALC, UNESCO.
- Blaivas, A. (2005): "Tuberculosis". En *Medline Plus*, Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, fuente: <http://www.nlm.nih.gov> (15 de agosto del 2007)..
- Bloch, M. (1949): *Introducción a la historia*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica.
- Brewer-Carías, A. (2006): "La ciudad ordenada". Caracas: Crítica.
- Brito Figueroa, F. (2000): *Historia económica y social de Venezuela. Una estructura para su estudio*. Tomo I. Caracas: EBUC.
- Bruni Celli, B. y A. Muñoz García. (2001): *Felipe Tamariz. Physiologia Prima Medicinae*. Caracas: UCV, Facultad de Medicina.
- Butt Colson, A. (1978): *Oposiciones binarias y el tratamiento de la enfermedad entre los Akawaio*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Carrera Damas, G. (1980): *Una nación llamada Venezuela*. Caracas: Monte Ávila.
- Cartay, R. (2005): *Diccionario de cocina venezolana*. Caracas: Alfadil.
- Casanova, J. (1991): *La Historia Social y los historiadores*. Barcelona: Crítica.
- Caulín, A. (1989) [1779]: *Historia de la Nueva Andalucía*. Tomo I. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Coe, SD. (2004): *Las primeras cocinas de América*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Comelles, J. y Á. Martínez Hernáez. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Contreras Hernández, J. (1993): *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema.
- Contreras, J. (2002): "Los aspectos culturales en el consumo de carne". En MG. Arnáiz (coord.), *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*, pp. 221-248. Barcelona: Ariel.
- Cunill Grau, P. (1992): "Provincia de Caracas". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 570-572. Caracas: Fundación Polar.
- De Cisneros, JL. (1981) [1764]: *Descripción exacta de la Provincia de Venezuela*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- De Miguel, JM. (1980): "Introducción al campo de la antropología médica". En M. Kenny y JM. De Miguel, *La antropología médica en España*, pp. 11-40. Barcelona: Anagrama.
- Del Rey Fajardo, J. (1992): "Educación". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 20-24. Caracas: Fundación Polar.
- Del Rey Fajardo, J. (1992): "Misiones". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 947-953. Caracas: Fundación Polar.

- Diez, MA. (1895): *Tratado de la alimentación*. Caracas: Tipografía El Cojo.
- Dioscórides Anazarbeo. (1555): *“De la materia medicinal, y de los venenos mortíferos. Traduzido de lengua griega, en la vulgar Castellana, & ilustrado con claras y substanciales Annotationes, y con las figuras de innumerables plantas exquisitas y raras, por el doctor Andrés Laguna, Médico de Julio III. Pont. Max”*. En *Colección Digital Complutense*, Universidad Complutense de Madrid, fuente: <http://cisne.sim.ucm.es> (4 de julio del 2007).
- Dubos, R. (1975): *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Farfán, A. (1944) [1592]: *Tractado breve de Medicina*. Madrid: Ediciones Cultura Hispánica.
- Fischler, C. (1995): *El (h)omnívoro*. Barcelona: Anagrama.
- Flamarion, C. y H. Pérez. (1981): *Los métodos de la historia*. Barcelona: Crítica.
- Fontana, J. (1982): *Historia: análisis del pasado y proyecto social*. Barcelona: Crítica.
- Foster, G. (1980): *“Relaciones entre la medicina popular española y la latinoamericana”*. En M. Kenny y JM. De Miguel (eds.) *La antropología médica en España*, pp 123-147. Barcelona: Anagrama.
- Foucault, M. (1963): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno.
- Gasparini, G. (1976): *Templos coloniales de Venezuela*. Caracas: Armitano.
- Geertz, C. (1992): *“Historia y Antropología”*. En *Revista de Occidente*, N° 137, 55-74. Madrid.
- Geertz, C. (1996): *Antropología Simbólica*. Barcelona: Gedisa.
- Gil, F. y R. Corleto. (2003): *El Real Patronato Indiano*. En *Textos del Magisterio Latinoamericano*, fuente: <http://webs.advance.com.ar> (30 de mayo del 2007).
- Gilij, FS. (1992): *Ensayo de Historia Americana*. Tomo II. Caracas: Petróleos de Venezuela.
- Ginzburg, C. (1979): *“Señales. Raíces de un paradigma indiciario”*. En A. Gargani (ed), *Crisis de la razón*, pp. 55-99. México: Siglo XXI.
- Gómez Parente, O. y X. Cáceres. (1992): *“Conventos”*. En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 878-884. Caracas: Fundación Polar.
- González Antías, A. (2005): *“Abastecimiento y usura en el mercado de Caracas a finales del siglo XVIII”*. En *Crónica de Caracas*, N° 91, pp. 108-121. Caracas.
- González de Luca, ME. (1992): *“Contrabando”*. En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 867-874. Caracas: Fundación Polar.
- González, H. (1992): *“Iglesia Católica”*. En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 514-519. Caracas: Fundación Polar.
- Goody, J. (1995): *Cocina, cuisine y clase*. Barcelona: Gedisa.
- Guerra, F. y MC. Sánchez Téllez. (1990): *“Las enfermedades del hombre americano”*. En *Quinto Centenario*, N° 16, 19-53. Madrid.
- Hipócrates. (1991): *Tratados Hipocráticos*. Tomo I. Barcelona: Gredos.

- Humboldt, A. (1985): *Viaje a las Regiones Equinociales del Nuevo Continente*. 5 tomos. Caracas: Monte Ávila.
- Izard, M. y N. Wachtel. (1996): "Historia y Antropología". En P. Bonte y M. Izard (eds), *Diccionario de Etnología y Antropología*, pp. 346-350. Madrid: Akal.
- Juliá, S. (1989): *Historia social / Sociología histórica*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Klukhohn, C. (1949): *Antropología*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica.
- Laín Entralgo, P. (1961): *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona: Salvat.
- Landaeta Rosales, M. (1963): *Gran recopilación geográfica, estadística e histórica de Venezuela*. Tomo I. Caracas: BCV, Colección Cuatricentenario de Caracas.
- Le Goff, J. (1991): *El orden de la memoria*. España: Paidós.
- Leal, I. (1992): "Universidades". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo III, pp. 774-779. Caracas: Fundación Polar
- Lemmo, A. (s/f): *Etnografía y fuentes históricas*. Caracas: Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela.
- Lenclud, G. (1996): "Método etnográfico". En P. Bonte y M. Izard (eds), *Diccionario de Etnología y Antropología*, pp. 491-492. Madrid: Akal.
- Lentnek, A. (2007). **Viruela**. En *Medline Plus*, Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, fuente: <http://www.nlm.nih.gov> (15 de agosto del 2007)..
- Levi, G. (1993). *Sobre Microhistoria*. Madrid: Alianza
- Lévi-Strauss, C. (1964): *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C. (1968): *Antropología Estructural*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, C. (1978): *Mito y significado*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lévi-Strauss, C. (1991): "Introducción a la obra de Marcel Mauss". En *Sociología y Antropología*, pp 13-42. Barcelona: Tecnos.
- Lévi-Strauss, C. (1997): *Antropología estructural II. Mito, sociedad, humanidades*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- López, JE. (1992): "Criollos". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 934-936. Caracas: Fundación Polar.
- López, JE. (1992): "Pardos". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo III, pp. 34-35. Caracas: Fundación Polar.
- Lovera, JR. (1998): *Historia de la alimentación en Venezuela*. Caracas: CEGA.
- Lovera, JR. (2006): *Gastronáuticas. Ensayos sobre temas gastronómicos*. Caracas: Fundación Bigott.
- Lucena Salmoral, M. (1992): "Mestizaje". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 918-919. Caracas: Fundación Polar.

- Manara, B. (1998): *El Ávila. Biografía de una montaña*. Caracas: Monte Ávila.
- Martí, M. (1998): *Documentos relativos a la visita Pastoral de la Diócesis de Caracas (1771-1784)*. Tomos V, VI y VII. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- McKINLEY, PM. (1993): *Caracas antes de la Independencia*. Caracas: Monte Ávila.
- Meyer, F. (1991): "Enfermedad". En P. Bonte y M. Izard (eds), *Diccionario de Etnología y Antropología*, pp 235-237. Madrid: Akal.
- Morón, G. (1992): "Venezuela, Integración territorial de". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo III, pp. 859-860. Caracas: Fundación Polar.
- Nazoa, A. (1975): *Humor y amor*. Caracas: Piñango.
- Núñez, H. (1962) [1554]: *Refranero español*. Madrid: Aguilar.
- Oviedo y Baños, J. (1992): *Historia de la Conquista y población de la Provincia de Venezuela*. Caracas: Biblioteca Ayacucho.
- Palma, G. (2000): "Inmunopatología de la leishmaniasis tegumentaria americana (LATA)". En *MVZ-Córdoba*, N° 1, 38-40. Buenos Aires.
- Pollak-Eltz, A. (1987): *La medicina popular en Venezuela*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Pollak-Eltz, A. (1991): *La negritud en Venezuela*. Caracas: Cuadernos Lagoven.
- Prat, J., J. Pujadas y J. Comelles. (1980): "Sobre el contexto social de enfermar". En *La antropología médica en España*, pp 43-68. Barcelona: Anagrama.
- Ritchie, C. (1981): *Comida y Civilización*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez, JA. (1992): "Azúcar". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp 271-274. Caracas: Fundación Polar.
- Rodríguez Mirabal, A. (1992): "Ganadería". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo II, pp. 238-245. Caracas: Fundación Polar.
- Rojas, A. (2002): *Crónica de Caracas*. Caracas: El Nacional
- Romero Sierra, J.M. (1945): *Historia de la Medicina*. Tomo 1. Caracas: Tipografía Vargas.
- Sahlins, M. (1988): *Islas de historia. La muerte del capitán Cook. Metáfora, Antropología e Historia*. Barcelona: Gedisa.
- Salcedo Bastardo, JL. (1996): *Historia Fundamental de Venezuela*. Caracas: EBUC.
- Sanguineti-Díaz, AC. y J. Rodríguez-Tafur-Dávila. (2004): "Actualización en el diagnóstico de la sífilis". En *Dermatología Peruana*, N° 3, pp 190-197. Lima.
- Seijas, H. y E. Wagner. (1979): *El Casabe*. Caracas: Arte.
- Silva Álvarez, A. (1985): *Situación médico-sanitaria de Venezuela durante la época del Libertador*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Silva, F. (1998): *Antropología. Conceptos y nociones generales*. Lima: Fondo de Cultura Económica.

- Soriano, G. (1988): *Venezuela 1810-1830: aspectos desatendidos de dos décadas*. Caracas: Cuadernos Lagoven.
- Soriano, C. (1999): *Libros y lectores en Caracas durante la segunda mitad del siglo XVIII*. Tesis de grado para optar al título de Antropólogo, Escuela de Antropología, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Tandrón, H. (1976): *El Real Consulado de Caracas y el comercio exterior de Venezuela*. Caracas: Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación de la UCV.
- Toussaint-Samat, M. (1987): *Historia natural y moral de los alimentos*. Madrid: Alianza.
- Troconis, E. (1971): *Las Obras Pías en la Iglesia colonial venezolana*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Troconis, E. (1992): "Beneficencia Social". En *Diccionario de Historia de Venezuela*, Tomo I, pp. 341-434. Caracas: Fundación Polar.
- Troconis, E. (1993). *Caracas*. Caracas: Grijalbo.
- Taylor, TG. (1981): *Principios de nutrición humana*. Barcelona: Omega.
- Vansina, J. (1967): *La tradición oral*. Barcelona: Labor, Nueva Colección Labor.
- Vargas, I., M. Sanoja, et. al. (1998): *Arqueología de Caracas, San Pablo, Teatro Municipal*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Vélez-Boza, F. (1993): *La alimentación en Venezuela en la época colonial*. SS. XV-XVI. En *Gaceta Médica de Caracas*, N° 3, 253-281. Caracas
- Warman, A. (1988): *La historia de un bastardo: maíz y capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

FUENTES DOCUMENTALES

Archivo Histórico de Caracas

- Sección Carnicerías
- Sección Propios

Archivo General de la Nación

- Sección Real Hacienda
- Sección Gobernación y Capitanía General
- Sección Diversos
- Sección Intendencia del Ejército y Real Hacienda
- Sección Reales Provisiones

FUENTES DE LA WEB

Diccionario de Autoridades de la Real Academia Española, fuente: www.rae.es

Leyes de Indias, en *Archivo Digital de la Legislación en el Perú*, fuente:

www.congreso.gob.pe/ntley/LeyIndiaP.htm