

Viruela en Santiago, Concepción y Santafé: comparación de las estrategias higienistas ilustradas (1782-1807)

Smallpox in Santiago, Concepcion and Santafe:
A Comparisson of the Enlightened Sanitary
Strategies (1782-1807)

Varíola em Santiago, Concepcion e Santafe:
Um comparisson das estratégias sanitárias
esclarecidas (1782-1807)

María Camila Núñez-Gómez, MA(c)^{1*}

María Catalina Sánchez-Martínez, MD²

Emilio Quevedo V., MD, PhD¹

Recibido: 24 de noviembre de 2020 • **Aceptado:** 30 de marzo de 2021

doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10594>

Para citar este artículo: Núñez-Gómez MC, Sánchez-Martínez MC, Quevedo E. Viruela en Santiago, Concepción y Santafé: comparación de las estrategias higienistas ilustradas (1782-1807) . Rev Cienc Salud;19(Especial):1-22. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10594>

Resumen

Introducción: este artículo pretende estudiar las medidas tomadas en las epidemias de viruela de Santiago (1787), Concepción (1789) y Santafé (1782/1802), para compararlas y entender cómo el estudio de estas epidemias nos puede dar luces para el abordaje del reto de salud pública actual: la pandemia de COVID-19. **Desarrollo:** el artículo está dividido en tres partes: en la primera se exponen las medidas de higiene que se tomaron para subsanar y prevenir estas epidemias, previas a la llegada de la vacunación, comparando el rol desempeñado por los actores locales en cada región; en la segunda se relata y se compara el proceso de llegada y búsqueda de la vacuna contra la viruela en cada territorio, y en la tercera se reflexiona

1 Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (Colombia).

2 Grupo de Investigación en Educación Médica y en Ciencias de la Salud.

María Camila Núñez-Gómez, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9191-2037>

María Catalina Sánchez-Martínez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4492-8778>

Emilio Quevedo V., ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8815-9125>

* Autora de correspondencia: maria.nunez@urosario.edu.co

brevemente sobre la pandemia actual. *Conclusiones:* en el análisis comparativo, se destaca la manera en la que la agenda transcolonial incluye una serie de similitudes para su aplicación en cada territorio, pero también las diferencias que los procesos locales y transcoloniales plantean para su domesticación en cada uno de ellos. Además, se resaltan las particularidades que ha tenido la pandemia de COVID-19 y las lecciones que este estudio de caso deja para pensar en la necesidad de enfrentarla desde una perspectiva global.

Palabras clave: historia de las ciencias; historia de la medicina; higiene pública; epidemia; pandemia; viruela.

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate and compare measures implemented during the smallpox epidemics in Santiago (1787), Concepción (1789), and Santafé (1782/1802). In addition, we also tried to understand how the study of these epidemics could help identify an approach for managing the current public health challenge, i.e., the COVID-19 pandemic. *Development:* The article is divided into three parts: the first part studies the hygienic measures that were taken to face and prevent the epidemics as well as compares the role played by local actors in each region; the second part studies the processes of searching and acquiring smallpox vaccine in Santafé and Santiago; and the third part reflects on the current pandemic scenario. *Conclusions:* Through comparative analysis, we evaluated the similarities in the application of transcolonial agenda in each territory and the differences brought about by local and transcolonial processes implemented for its domestication. Furthermore, we highlighted particular processes conducted for managing and treating COVID-19 as well as lessons learnt from this case study about the need of dealing with COVID-19 from a global perspective.

Keywords: History of science; history of medicine; public hygiene; epidemics; pandemics; smallpox.

Resumo

Introdução: este artigo tem como objetivo estudar as medidas tomadas nas epidemias de varíola de Santiago (1787), Concepción (1789) e Santafé (1782/1802), compará-las e compreender como o estudo dessas epidemias pode lançar luz sobre a abordagem do desafio atual da saúde pública: a pandemia COVID-19. *Desenvolvimento:* o artigo está dividido em três partes: na primeira, são expostas as medidas de higiene que foram tomadas para corrigir e prevenir estas epidemias, antes da chegada da vacinação, comparando o papel desempenhado pelos atores locais em cada região; na segunda, relaciona-se e compara-se o processo de chegada e busca da vacina contra a varíola em cada território; e, na terceira, faz uma breve reflexão sobre a atual pandemia. *Conclusões:* na análise comparativa, destacamos a forma como a agenda transcolonial suscita uma série de semelhanças para a sua aplicação em cada território, mas também as diferenças que os processos locais e transcoloniais colocam para a sua domesticação em cada um deles. Além disso, destacamos as particularidades que a pandemia COVID-19 teve e as lições que este estudo de caso deixa para pensar a necessidade de enfrentá-la a partir de uma perspectiva global.

Palavras-chave: história da ciência; história da medicina; higiene pública; epidemia; pandemia.

Introducción

Desde el comienzo del reinado de los Borbones españoles, en la alborada del siglo XVIII, se estableció una agenda reformista, alineada con el proceso de la Ilustración europea. Esta pretendía transformar política, social, económica y culturalmente al Imperio, asegurar el bienestar de

los súbditos y garantizar la presencia de la Corona en sus colonias y en el concierto mercantilista europeo del momento (1).

Este artículo se concentra en el análisis de las reformas sanitarias, tomando como objeto de estudio las acciones puestas en marcha contra las epidemias de viruela en Santiago y Santafé, entre 1782 y 1802, en el marco de los nuevos conocimientos y prácticas sanitarias “ilustradas”. Como bien resalta Caffarena Barcenilla, citando a Adam Warren, vale la pena analizar esta problemática, pues “las reformas médicas rara vez han sido concebidas como parte de las reformas borbónicas”, sobre todo si tenemos en cuenta la insistencia de autores como Michel Foucault y Emma C. Spary que resaltan el siglo XVIII como un periodo histórico en el cual aumenta la medicalización en las sociedades occidentales y el mayor poder de los médicos sobre la población (2[p. 4],3-6).

Nos aproximamos a este análisis desde una perspectiva transcolonial, adaptada de la historia transnacional, entendiéndola como una herramienta conceptual y metodológica que nos permite dar cuenta de la dinámica de colaboración y comunicación entre los territorios coloniales, así como las de estos con los territorios imperiales. Lo anterior, no solo para dar sentido al análisis de los procesos en cada lugar, sino para entender las dinámicas que responden a la existencia de una agenda metropolitana que atraviesa los territorios coloniales, en este caso la de las reformas a las políticas sanitarias (7). Para esto, nos situamos en la posición teórica e historiográfica que considera que una agenda transcolonial no llega a un “espacio vacío”. En efecto, las reformas borbónicas y los conocimientos sanitarios que ellas implicaban no fueron recibidos o aceptados pasivamente en los territorios coloniales, sino, más bien, por un proceso de negociación y adaptación de políticas y conocimientos entre los diferentes actores sociopolíticos, tanto coloniales como peninsulares (8,9).

Este enfoque lo han usado varios autores para estudiar las epidemias de viruela y la Expedición Filantrópica de la Vacuna. Los textos de los autores que han estudiado las epidemias de viruela en el Nuevo Reino de Granada, como Renán Silva y Marcelo Frías Núñez, abren la posibilidad de pensar que el manejo de estas en este territorio colonial fue el resultado de la implementación de unas políticas sanitarias borbónicas y de la interacción de estas con las maneras particulares en las que los actores locales de turno las interpretaron (10,11). De una manera más explícita, Paula Caffarena Barcenilla resalta el mismo fenómeno al estudiar las epidemias de Santiago y de Concepción (3). Partiendo de esas miradas, nosotros intentamos, desde una perspectiva comparativa, concentrarnos en el análisis de las similitudes y diferencias relacionadas tanto con las dinámicas locales como con las negociaciones entre los diferentes actores locales y las agendas metropolitanas.

Con relación a la vacuna contra la viruela, el trabajo de Bhattacharya y Brimnes, respecto a su distribución global y local, argumenta que si bien en la historiografía inicial se veía la vacunación como un acto heroico y coordinado por algunos actores, en los últimos estudios se ha observado una complejidad de relaciones en la distribución, aceptación y tecnificación

de la vacuna (12). En cuanto a la distribución, mencionan que si bien la Expedición fue una iniciativa central, en los casos de Puerto Rico y Perú, al llegar Xavier Balmis a estos territorios, ya la vacunación se estaba realizando por medio de agentes privados. Con esto, los autores dejan ver los múltiples actores locales que intervinieron en su aplicación. Así pues, la vacunación no fue únicamente una intención centralizada, sino la confluencia de varios intereses —de los médicos, de los religiosos, de los agentes privados y de los responsables de las “políticas públicas”— (12).

En conclusión, estos autores afirman que el conocimiento médico metropolitano sobre la vacuna y la accesibilidad a ella no llegó de manera única desde la metrópoli a la periferia, ni fue esta la única en dictar los comportamientos de las personas en las colonias. Al contrario, aunque este conocimiento y su práctica surgieron en la metrópoli, su distribución y socialización hicieron parte de un conjunto de interacciones entre actores pertenecientes a los territorios periféricos y coloniales, que determinaron una circulación no controlada de conocimientos y prácticas que caracterizaron la adaptación de las ideas y las tecnologías importadas (12). Así mismo, otros autores afirman que esta Expedición fue indispensable para hacer frente a las epidemias de viruela y permitir la circulación de la vacuna (13-15). Si bien reconocemos que esta fue una de las campañas sanitarias más importantes de la época y ayudó a la institucionalización de la vacunación en los territorios coloniales, queremos resaltar que esta había comenzado en estos territorios antes de la llegada de la Expedición y ahondamos en la importancia de la cooperación transcolonial para el movimiento de la vacuna, siguiendo los planteamientos de Caffarena Barcenilla y Rusnock (3,16,17).

Los resultados presentados en este artículo son producto de un subproyecto de investigación, vinculado con un programa de investigación de largo alcance en el campo de los estudios histórico-comparativos, que pretende identificar las diferencias y las similitudes en los procesos de reformas sanitarias y médicas coloniales y nacionales americanas, para construir una historia de la medicina y de la higiene pública, desde una perspectiva transcolonial y transnacional crítica, que abarque tanto las agendas políticas metropolitanas como las interacciones desde las distintas colonias. Este subproyecto se ocupó de dar continuación a dos subproyectos previos: un estudio exploratorio de la producción historiográfica sobre la medicina y la salud pública en América Latina, en el que se encontró un predominio de trabajos elaborados desde un enfoque nacionalista y un escaso número de los de carácter comparativo. También se identificó una escasez significativa de trabajos que abordaran dicha problemática desde un enfoque teórico-metodológico que trascendiera las tradicionales historias internalistas y continuistas, que dejaban de lado las relaciones de doble vía entre medicina y sociedad. Como consecuencia, se construyó un enfoque teórico-metodológico y se inició el segundo subproyecto, de carácter piloto, de comparación entre Santafé y Quito, cuyos resultados, que están en proceso de publicación, corroboraron la bondad del enfoque

y nos permitieron comprobar nuestras hipótesis sobre las relaciones entre agendas transnacionales y los actores locales (8,18,19).

Al evaluar el panorama que debía seguir el programa y sus altos costos, decidimos ir trabajando comparaciones entre algunos países por medio de subproyectos sucesivos,³ y habiendo trabajado los materiales disponibles para el caso chileno (algunas fuentes primarias digitalizadas y bibliografía secundaria accesible por medios virtuales) y sus características contrastables con el colombiano, optamos por continuar profundizando en este caso. Así, para el desarrollo de esta investigación, trabajamos con fuentes primarias digitalizadas por instituciones chilenas y las disponibles en archivos y bibliotecas de Bogotá; e igualmente, con la bibliografía secundaria disponible para ambos casos.

Nos referiremos a las epidemias de viruela, ya que fueron estas las más críticas y recurrentes durante el siglo XVIII y las que, por esto, nos permiten estudiar las políticas sanitarias borbónicas. Como bien lo afirma Paula Caffarena Barcenilla: si bien hubo más enfermedades epidémicas, la dificultad de control de la viruela, su alta frecuencia y mortalidad y su fácil contagio la convirtieron en una gran preocupación para la Corona española, porque podía afectar, aún más, la prosperidad del Reino. Este desarrolló una serie de políticas para regular las prácticas terapéuticas, la implementación de diferentes medidas institucionales, la centralización de la práctica sanitaria y la circulación en las colonias de tratados médicos-quirúrgicos sobre esta enfermedad (3).

Este artículo está dividido en tres partes. En la primera damos cuenta de la manera como se entendía la viruela y la convivencia de diferentes métodos terapéuticos y preventivos, en la segunda relatamos el proceso de llegada de la vacuna contra la viruela y en la tercera reflexionamos sobre lo que podría aportar el estudio de este caso en relación con la pandemia de COVID-19.

Desarrollo

Las epidemias de viruela

Las epidemias de viruela en la Capitanía General de Chile, 1787-1789

Esta sección se concentra en las epidemias de viruela en Santiago, en 1787, y de Concepción, en 1789-1791, y en las diferentes estrategias para su control. No obstante, vale la pena rescatar lo ocurrido en la epidemia de viruela en 1765, después de la inundación de Mapocho,

³ Los casos de comparación entre Colombia, Perú y Brasil los está trabajando en el momento un cuarto subproyecto en proceso de ejecución.

durante la cual fray Pedro Manuel Chaparro⁴ utilizó la inoculación como forma de control de la expansión de la epidemia (Carvallo y Goyeneche citado por 19). La inoculación consistía en introducir, a través de una mínima incisión en la piel de una persona sana, pus de un enfermo de viruelas, para producir una pequeña vesícula variólica que desencadenaba la producción de defensas contra la infección en casos de epidemia. Esta práctica la aprendieron los médicos europeos y locales tomando como ejemplo su utilización en el lejano Oriente (20).

Sin embargo, como lo menciona Caffarena Barcenilla, no se han encontrado documentos lo suficientemente confiables ni se contó, en la época, con un registro detallado de la cantidad de personas inoculadas para sostener esta afirmación (16). Según la autora, en este caso la inoculación fue más una iniciativa privada de Chaparro que una coordinada por la autoridad central, pues esta solamente fue implementada como política pública oficial en el territorio chileno en 1803, debido a que la población, así como los médicos y los clérigos de la comunidad, tenían muchas dudas y objeciones sobre esta práctica, porque en algunos casos se generalizaba la enfermedad como consecuencia de la inoculación (16). En este orden de ideas, la práctica de la inoculación se relacionaba no solo con el control de una epidemia, sino con una serie de condiciones locales que incluían las creencias y prácticas religiosas, las rutinas de vida y los conocimientos sobre la enfermedad.

Ya en los brotes de 1787, en Santiago, y de 1789, en Concepción, los médicos, además de recomendar la inoculación durante el invierno, debido al estado de la atmósfera y a la constitución humoral de algunas personas, también utilizaron medidas relacionadas con la clásica higiene privada hipocrática-galénica-arábiga, como recomendaciones dietéticas, de ejercicio, de baños y de uso de cierto tipo de ropas, sumadas a las ya tradicionales estrategias de cuarentenas, rogativas, procesiones y cordones sanitarios (19,21).

No obstante, durante la de 1787, la inoculación ganó terreno como una práctica relevante para el control de la epidemia, en especial por la implementación de su uso por parte del cirujano Juan José Morales y el mencionado fray Chaparro, aunque todavía no lograba posicionarse como método principal para prevenir las epidemias. Como bien dice Caffarena Barcenilla, la inoculación en esta epidemia, y en la que se presentó en la ciudad de Concepción de 1789, aun cuando su utilización se incorporó como parte de los itinerarios terapéuticos, fue utilizada como “una más” de las prácticas disponibles en el momento (16,21). Sin embargo, por los resultados obtenidos por Morales, en los meses de julio y agosto de ese año, fue encargado del cuidado de los variolosos, en el recién instalado Hospital Provisional en la Casa de Huérfanos de Santiago (19).

4 Pedro Manuel Chaparro (1746-1811), médico y sacerdote chileno afiliado a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios desde 1765 hasta 1767, año en el que se matriculó en la Real Universidad de San Felipe para iniciar sus estudios médicos (19).

Salas describe estas prácticas al narrar las indicaciones que el protomédico José Antonio Ríos daba, en un extenso informe sobre el manejo de la epidemia de Concepción de 1789:

El primero debe ser [...] el de extinción del mal en su origen por medio de la separación de los enfermos actuales de viruelas, pues siendo esta enfermedad de aquellas cuyo contagio se contrae por medio de la comunicación con los enfermos, ó las cosas inanimadas de que éstos se han servido ó tocado, separando á unos y a otros á otros lugares, cuyos aires no tengan comercio con el pueblo de que se sacan, se preservan sus moradores. [...] [Una vez] separados los enfermos en [...] los hospitales, se debe cuidar de purificar el aire de la ciudad por medio de fumigaciones, esto es, quemando en los ángulos de ella que estén a barlovento yerbas y palos aromáticos [...], regar habitaciones que han tenido enfermos con vinagre, y sobre todo si algún individuo fuese acometido por algún resto de contagio separarlo inmediatamente. (21, pp. 113 y 114)

Adicionalmente, debido a que los miembros del Cabildo de Concepción no lograron ponerse de acuerdo en la obligatoriedad de la inoculación, el protomédico Ríos y el gobernador Bernardo O'Higgins recomendaron la inoculación como una medida opcional y planteaban que debía hacerse de forma adecuada, porque podría llegar a perjudicar, más que a sanar (16).

En esta ocasión, siguiendo los principios de Francisco Gil, se tomaron dos grandes medidas. La primera fue la instalación de hospitales provisionales en función de la dirección del viento, el hospital de preparación a barlovento y el hospital de inoculación a sotavento, para así reducir las posibilidades de que el inoculado se infectara de otras enfermedades (22). De hecho, ya en Santiago, durante la epidemia de 1779, el gobernador Agustín de Jáuregui y Aldecoa había formado una Junta de Caridad que estableció dos hospitales provisionales, uno en la Casa de Huérfanos y otro en la Casa del Noviciado, cada uno equipado con un médico y dos religiosos, y dividió a la ciudad en cuatro cuarteles, cada uno a cargo de un diputado, un médico y un repartidor de socorros⁵ (22-24). La segunda medida fue garantizar que los inoculados estuviesen bajo el cuidado de un médico, razón por la cual fue necesario que Morales se trasladara de Santiago a Concepción, en 1789, como uno de los más hábiles y entrenados en la práctica de la inoculación (18).

En adición a estas medidas, también se realizaron fumigaciones, apoyándose en el consejo de Juan de Álvarez, quien seguía a Thomas Sydenham, que planteaba en su tratado de epidemias que el remedio “para evitar el contagio de los vivientes son las fumigaciones, porque rarefaciendo el Aire por las partes ígneas que se le comunican se resuelven los vicios, que comunicados a los cuerpos ocasionan en ellos según la disposición de cada individuo los efectos que se experimentan” (22[p. 228],9).

5 En la epidemia de 1801, siguiendo los mismos preceptos, se estableció de nuevo un hospital provisional en la Quinta de Ollería, que hoy se conoce como el anexo al Hospital San Juan de Dios. Este hospital funcionó hasta 1802 y fue dedicado más que todo a la atención de soldados (23).

Un cambio fundamental sobre el uso de la inoculación se dio en 1803, cuando el gobernador Luis Muñoz de Guzmán, al comprender la inoculación como un medio preventivo oficial y generalizado, envió un reglamento⁶ a Concepción con los detalles sobre el modo de curar la viruela, en el que se reconocía que la inoculación era el mejor modo para prevenirla. Como lo afirma Caffarena Barcenilla, la forma de practicar la inoculación fue distinta a la utilizada en epidemias anteriores, porque “Muñoz de Guzmán entendió que la efectividad de la técnica estaba estrechamente vinculada a la masificación de la misma” (16, p. 8).

Esto llevó a una serie de cambios en su aplicación para lograr su expansión. El primero fue el llamado a la inoculación de todo niño mayor de seis años. El segundo fue la ampliación de su cobertura, utilizando personas no médicas, como “madres y amas de casa”, que realizaron el procedimiento en sus niños. El tercero fue que Muñoz consideró el uso de los hospitales como innecesario, pues el éxito de la inoculación dependía de “la buena conducta del inoculado”. Esto implicó un cambio de postura, como consecuencia de la misma masificación de la práctica, pues, por un lado, las autoridades locales entendieron que deberían velar por la salud de la población, siguiendo las directrices de la Corona y tomando una actitud activa frente a la viruela; por otro, consideraron la variolización como un remedio efectivo para prevenirla, tomando como referencia el tratado de *Medicina doméstica o tratado de completo sobre los medios de conservar la salud, precaver y curar las enfermedades por un régimen y remedios simples*, de Guillermo Buchan, publicado por primera vez en español en 1785. En este estaba ya diferenciada la idea de prevención, “cambio importante, porque ya no solo se trató de curar la viruela o frenar una epidemia, sino de erradicar definitivamente la enfermedad” (16, p. 8). Se esperaba así, que el reglamento de 1803 se propagara por todo el territorio.

Las epidemias de viruela en el Nuevo Reino de Granada, 1782 y 1802

Durante la epidemia de 1782, un año después de la Revolución de los Comuneros, el virrey Antonio Caballero y Góngora ordenó llevar a cabo rogativas, debido a que la consideró como un castigo divino por la sublevación en contra del rey. No obstante, ante el agravamiento de los contagios, la autoridad colonial decidió aceptar las propuestas de José Celestino Mutis⁷ para hacerles frente. Estas incluyeron medidas de prevención, tal y como lo recomendaba la Higiene Pública ilustrada de la época. Por orden del virrey, Mutis adaptó una versión del *Methodo general para curar las viruelas*, utilizado exitosamente en la última epidemia de la Nueva España en 1779

6 Luis Muñoz de Guzmán, “Reglamento sobre tratamiento de la viruela”, Santiago, 6 de agosto de 1803, Archivo Nacional de Chile, Fondos Varios, vol. 914, fjs. 153-155.

7 Médico gaditano formado en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz y en la Universidad de Sevilla, quien trabajó en la Corte de Madrid al lado de Pedro Virgili, cirujano de cabecera de Fernando VI y Carlos III. Viajó a Santafé en 1760 como médico de cabecera del virrey Pedro Messía de la Cerda y fijó su residencia definitiva en esta ciudad (26).

y recientemente en Cartagena. Este texto combinaba el uso de normas de higiene personal y ambiental, así como de principios médicos que incluían la purificación del aire y el control de la alimentación (10). Adicionalmente, Mutis recomendó la inoculación, siguiendo lo planteado en las *Instrucciones sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las viruelas, formada de orden del Superior Gobierno* (25).

De manera similar a como sucedió en Santiago, hubo resistencia de la población hacia el uso de la inoculación, pero fue superada gracias a las campañas para la aceptación de la estrategia desde las autoridades y los médicos de la Colonia y de la influencia de las familias poderosas (10,11). En efecto, la introducción del método de la inoculación fue apoyada oficialmente por el médico Mutis y por el virrey Caballero y Góngora. Esto hizo que se legitimara y reglamentara su uso por medio de las *Instrucciones*, alabando sus contribuciones a la conservación de la población del Reino. Esta epidemia se extendió a otras regiones coloniales, incluyendo a Santiago, en 1787, y Concepción, en 1789.

Pero ocurrió al contrario con la siguiente epidemia que brotó en Chile en 1801 y que llegó a Santafé en 1802. El virrey Pedro de Mendinueta, conoedor de las prácticas de higiene pública de la medicina ilustrada, había comenzado a preparar a la ciudad para que pudiese enfrentar dicha epidemia, pues desde el año anterior había llegado a Santafé la noticia de que esta venía expandiéndose desde Popayán y que ya se habían presentado casos en Ibagué y Melgar (10). Por lo tanto, el virrey desplegó acciones para prevenir el arribo de la epidemia a Santafé, como la creación de una Junta de Sanidad, la implantación de un cordón sanitario en sus alrededores y el compromiso del Cabildo de crear degredos-hospitales y realizar otras acciones características de la higiene pública del siglo XVIII. Se organizó también una especie de “policía sanitaria” para recluir forzosamente a los enfermos en los degredos-hospitales estipulados para el control del tratamiento de la enfermedad, así como para la vigilancia de la presencia del contagio en la población (27,28). Sin embargo, los miembros del Cabildo de Santafé, encargados por el virrey de poner en marcha estas medidas, ignoraron sus instrucciones.

Un año después, ante la aparición de los primeros casos en la ciudad, el virrey, al percatarse de que el Cabildo había desobedecido sus órdenes, por medio de una especie de *golpe de Estado municipal*, decidió tomar en sus manos el control de la epidemia y volvió a dar legitimidad a los escritos de Mutis de 1782, al reimprimir el *Methodo* y las *Instrucciones*. Así, estableció una política sanitaria firme ilustrada para enfrentar la epidemia (10). El 7 de junio estableció la realización de quemas en la ciudad para purificar el aire y el 14 de junio publicó un bando en el cual, en primer lugar, decretaba la estricta prohibición de la práctica de inocular la viruela humana como forma de prevención. Esto se debió a que el virrey estaba afiliado a una de las tendencias ilustradas españolas que consideraba que esta práctica, más que un modo de prevención, implicaba un gran riesgo para la extensión de la enfermedad y, por ende, apoyaba la técnica de la vacunación. Por esto, impuso multas y castigos a quienes desobedecieran sus órdenes (10). Esta práctica consistía en introducir materia de las ampollas producidas por la

viruela vacuna en el brazo de las personas, para generar una reacción localizada que protegía de la viruela humana (20). En segundo lugar, recomendó acciones coherentes con esa política, como el manejo de hospitales y cementerios para evitar la corrupción del aire; la limpieza de las calles; la expulsión de la ciudad “de indios huidos del campo, mestizos en busca de trabajo o de transhumantes que pasaban su vida sin domicilio y sin vecindario”, pues se consideraba que ellos aumentaban “el número de enfermos potenciales y el de los consumidores reales”, y, finalmente, las disposiciones para garantizar el abastecimiento de víveres para la ciudad y del control de sus precios (10).

El virrey estaba al tanto de la existencia de la vacuna de Edward Jenner contra la viruela, pero, al ver que sus gestiones para conseguirla no fueron efectivas, puesto que no encontraron vacas contaminadas de viruela vacuna en el territorio, decidió dejar la ciudad. Esto lo aprovechó Mutis para implementar la inoculación y controlar la expansión de la epidemia, mientras Juan Hernández de Alba, oidor ahora a cargo de la ciudad, publicó un nuevo bando, el 9 de julio de 1802, en el cual reglamentaba esta práctica, estableciéndola como una forma de prevención, y dejaba de lado la política de separación de los contagiados (1,10).

Apreciaciones sobre las medidas de prevención de la epidemia

Una de las primeras reflexiones que nos suscita este análisis sobre la viruela es el carácter importado de una enfermedad que encontró en estos territorios un lugar propicio para su difusión y que los convirtió en unos de los nodos más importantes de la epidemia (29). Esto implicó la búsqueda e implementación de diferentes técnicas para hacer frente a la enfermedad, que respondían a los conocimientos médicos y sanitarios europeos importados, pero también a la adaptación de estos en las colonias y a medidas decretadas por las autoridades locales.

Como se vio, las perspectivas de prevención en Santiago y en Santafé contaron con la inclusión de la inoculación, pero el carácter de su aplicación varió: mientras que en Santiago la inoculación fue una iniciativa y una práctica privada, en Santafé —aunque también era una más de las prácticas de prevención— su apoyo y aprobación oficial varió. En la epidemia de 1765 de Santiago, Chaparro inoculó de manera privada, pero luego en la de 1787 y 1789, esta técnica ya era reconocida oficialmente como parte de las herramientas terapéuticas. En cambio, en la epidemia de 1782 en Santafé, Mutis implementó la inoculación como parte de las estrategias oficiales, respaldadas por el virrey Antonio Caballero y Góngora; pero en el brote de 1802, a pesar de la insistencia de Mutis para iniciar la inoculación, el nuevo virrey Mendinueta rechazó la medida, destacando sus preferencias por la nueva vacuna como método preventivo. No obstante, ante la imposibilidad de conseguirla, durante la ausencia temporal del virrey, Mutis retomó la inoculación con el apoyo oficial del oidor encargado de la ciudad. En Chile, con la instrucción del gobernador Luis Muñoz de Guzmán, en 1803 se estableció oficialmente la inoculación como la herramienta de prevención y control del

contagio. Esto demuestra que no es suficiente el reconocimiento del valor de un método preventivo, porque finalmente no es solo su eficacia, sino las circunstancias ideológicas y políticas las que también determinan de manera significativa su utilización final.

En este caso, las diferencias en cada territorio también estuvieron determinadas por la ubicación social de los impulsores de la inoculación en cada uno de ellos. Mientras en 1787, Chaparro actuaba desde una esfera personal, y con poco apoyo del poder político, Mutis, en 1782 y 1802, contaba con un resuelto respaldo de los gobernantes, puesto que era el asesor de cabecera de los virreyes en asuntos médicos y de higiene pública. Así mismo, el gobernador Muñoz de Guzmán también hacía parte del gobierno local.

Estas dinámicas pueden explicarse, además, porque, aun en medio de una agenda y una pandemia transcolonial, las condiciones locales y la fuerza de diferentes actores matizaban las decisiones, los ámbitos de acción y las políticas de higiene pública que se daban en cada territorio, razón por la cual podemos afirmar que la vivencia de la epidemia fue así mismo diferente.

Otro aspecto que vale la pena resaltar es la visión política integral de Mendinueta para abordar el control de la epidemia. Esta incluyó el aislamiento de los pacientes, el manejo de los cadáveres en los cementerios, los procedimientos para la eliminación de miasmas en el espacio urbano, todos ellos comunes con las medidas tomadas por el Cabildo y el Protomedicato de Concepción; pero más allá de ellas, puso en marcha el estricto control de los precios y de la distribución de víveres, como componentes sociales de su política sanitaria que implicó su reconocimiento de que los efectos de una epidemia iban más allá del simple manejo de la causa y del contagio, pues implicaban siempre alteraciones severas de la producción y del consumo de los bienes necesarios para la supervivencia de la comunidad.

La vacuna contra la viruela

El inconformismo creciente de los criollos neogranadinos y americanos con el gobierno de la Corona y sus planteamientos en el último cuarto del siglo XVIII de asumir el poder en sus territorios y remplazar a los peninsulares en la dirección del Estado, creó en la Corona y en las élites españolas la necesidad de reafirmar el control político en los amplios territorios de ultramar. Como respuesta a esta situación, la coyuntura del exacerbamiento de las epidemias de viruela en América hizo surgir en la metrópoli ibérica la idea de organizar “una empresa que además de dar respuesta a un problema de salud de tal trascendencia, consolidaba la soberanía de España” (1, pp. 93 y 94). Por esto, el rey Carlos IV organizó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna,⁸ que partió de España en 1803 y recorrió las colonias, pasando por Santafé en 1804 y por la Capitanía de Chile en 1807. Al igual que Jannetta y Caffarena Barcenilla, abordamos el análisis de este fenómeno desde una perspectiva transcolonial, que

⁸ Para más información, véase Quevedo et al. (1), Mark y Rigau-Pérez (13), Tuells y Ramírez (14), Ramírez Martín (15).

conecta y da cuenta, no solo de las de redes de conocimiento y de comercio establecidas o legitimadas por los gobiernos del momento, sino también de las privadas y de contrabando (3).

Especialmente porque tanto en Santiago como en Santafé, el conocimiento sobre el fluido vacunal, y este mismo, llegaron antes que la Expedición a dichos territorios. En ese sentido, la vacuna y su expansión por Hispanoamérica no debe ser vista como un logro europeo recibido pasivamente por las colonias, sino como un proceso complejo en el que intervinieron diferentes factores e influencias mutuas, pues los movimientos locales orientaron las agendas científicas, políticas y médicas en cada territorio, al nutrirse de las observaciones y prácticas hispanoamericanas (3).

La llegada de la vacuna a Santafé

En el caso santafereño se conoce del interés de Mutis para conseguir la vacuna durante la epidemia de 1802 y el del virrey Mendinueta de priorizar el uso de la vacuna y no de la inoculación. Aún más, en el bando del oidor Hernández de Alba se autorizaba, de forma provisional, la inoculación hasta que se encontrara el fluido vacunal, proponiendo a su vez, un premio de 200 pesos a quien lograra obtenerlo (30). Silva mencionaba que un tratado sobre la vacuna impreso en España en 1801 llegó al Virreinato en 1802 y, por orden del oidor, fue reimpresso y distribuido por la capital. Esto significa que esta práctica ya era conocida en la Colonia antes de que se tuviera el fluido, aunque su adquisición no fue sencilla, debido a la ausencia de vacas infectadas de viruela y a la dificultad para su transporte (30).

No era nueva, pues, la iniciativa de conseguir la vacuna para el Virreinato, pero diferentes gestiones habían sido infructuosas. En este caso, la búsqueda se había organizado a partir del círculo de Mutis, al que se sumaron aficionados, para encontrar el fluido en el territorio. Pero incluyó también, como veremos, diferentes vínculos comerciales. Lo que es importante rescatar es que la búsqueda y conservación del fluido vacuno pasó a ser una preocupación central de la política sanitaria tanto local como metropolitana (30). Por su parte, el oidor solicitó al cónsul español en Estados Unidos y a la Capitanía de Cuba que hicieran llegar desde allá el fluido, pedido que no tuvo resultados inmediatos (30).

El 4 de junio de 1802, el virrey Mendinueta anunció a Mutis que se había enterado de que su sobrino, don Sinforoso Mutis, venía de Europa y traía la vacuna y que, por tanto, le había ordenado que le enviara una muestra con toda la literatura correspondiente para que fuera aplicada en el Nuevo Reino (31). Meses después, el 6 de diciembre de 1802, el virrey, quien ya había vuelto a Santafé, al haberse amainado el contagio, comunicó a Mutis que: “Habiendo recibido por el presente correo el adjunto vidrio con la materia vacuna que tenía pedida a Cartagena, lo remito a vuesamerced con la instrucción que así mismo se ha dirigido para que, sin pérdida de tiempo, se haga la inoculación y me avise vuesamerced de las resultas” (32, p. 51).

Pero suponemos que esta no funcionó, puesto que en la correspondencia de Mutis con el comerciante José Ignacio de Pombo, originario de Popayán y establecido en Cartagena, quedaba claro que, en años inmediatamente posteriores, continuaba una intensa búsqueda del fluido. Este último, refería a Mutis, en carta del 20 de julio de 1803, que el nuevo virrey, Antonio José Amar y Borbón, se encontraba ya en Cartagena acompañado por su médico de cabecera, apellidado Vertis, quien traía “el encargo de la Corte, para propagar aquí la vacuna”. Sin embargo, anotaba que la muestra “que ha traído no ha producido efecto”, a pesar de haberse vacunado a algunos niños, aunque “el pus que traía con todas las precauciones posibles [...] no tenía más de 30 días”. Así mismo, comentaba que se podría traer “desde Norteamérica, donde la hay [...] y se puede traer directamente en 12 a 14 días y, si se añade la precaución de vacunar a bordo algunos jóvenes, es más segura su conducción” (33, p. 111).

De igual manera, en su siguiente carta del 30 de agosto, De Pombo mencionaba que la muerte de este médico “ha sido una pérdida sensible [...] pues además de sus conocimientos [...] traía el encargo y estaba empeñado en cumplirlo e introducir la vacuna en este Reino” (34, p. 113). Igualmente, en esta carta, le comentaba a Mutis que se había “escandalizado [por] que el cirujano del buque [bergantín de los Planos] que viene de Jamaica no solo no la haya traído, sino que aun ignore que allí la hubiese” y que se pondría en contacto con el comandante del barco para mandar a buscarla, pues en dicha isla ya se está aplicando (35, p. 132).

En comunicación con Mutis, De Pombo recomendaba traer la vacuna de Estados Unidos, lo que era posible debido a sus múltiples contactos alrededor del mundo (34). Sin embargo, y con el precedente de los intentos fallidos, De Pombo elaboró una propuesta que presentó, primero, al comandante de marina Miguel Antonio de Yrigoyen, y por medio de él al aún virrey, Mendinueta, en octubre de 1803, para traer el fluido vacunal desde la colonia inglesa de Jamaica.

La propuesta del 15 de octubre de 1803 se apoyó en el número 21 de la *Gaceta Real de Jamaica*, impresa en Kingston el 21 de mayo de 1802, en la que se daba a conocer la posesión de la vacuna en la isla, así como instrucciones para su uso, cuidado, traslado y aplicación. De manera especial, De Pombo afirmó que en esta se ofrecía el fluido a otros facultativos interesados. Así, propuso al virrey, que:

V.S. en su vista si lo tuviese por conveniente, disponga que uno de los guardacostas de su mando vaya a buscarla llevando algunos jóvenes para que en tierra, y a bordo durante la navegación de regreso se les haga la inoculación para asegurar el mejor transporte a ésta de la vacuna [...] o en su defecto me permita fletar a mi costa una embarcación para ir en lastre a buscar dicha vacuna a la citada isla de Jamaica o a los Estados Unidos de la América Septentrional, sin llevar ni traer otra cosa que los víveres precisos. (35, pp. 135 y 136)

La respuesta del virrey Amar y Borbón, el 30 de enero de 1804, de nuevo por intermedio de Yrigoyen, afirmaba que “[...] en el concepto de saberse la Real benéfica disposición para

transmitir la vacuna a todas las Américas, es de sobreseerse en todo intento de recurrir a colonias extranjeras, cosa prohibida, ya que no se debe apelar sino en caso urgentísimo y absolutamente inexcusable” (en 35, p. 137).

No obstante, posteriormente, en carta a Mutis del 20 de mayo de 1804, momento en el que la Expedición acababa de llegar al puerto de La Guaira (Venezuela), De Pombo afirmaba que la embarcación El Cartagenero había traído la vacuna a Santa Marta desde Puerto Rico, “en donde me dicen se habían vacunado ya veintisiete jóvenes” (36, p. 125). La Expedición luego llegó a Cartagena el 24 de mayo de 1804.

Efectivamente, la vacuna llegó a la Nueva Granada antes que la Expedición Filantrópica. Sin embargo, aunque esta había pasado por Puerto Rico, en 1804, antes de llegar a La Guaira, nos queda la duda de si el fluido, que ya estaba en Puerto Rico y que llegó a Santa Marta, haya sido, o no, derivado del que dejó allí la Expedición. Esto, debido a que Milton Rizzi afirma que la vacuna había llegado a Puerto Rico de manos del cirujano Francisco Oller, desde la isla de Saint Thomas, en diciembre de 1803, procedente de puertos ingleses (37). Esto hace pensar que los ingleses se pudieron haber adelantado a la masificación de la práctica de la vacuna en sus propias colonias, de donde, a su vez, pudo haber llegado a territorios españoles. Empero, es importante destacar la cadena de esfuerzos neogranadinos, tanto institucionales como oficiales y privados, para acceder a la vacuna, habiendo comprendido su importancia para controlar las frecuentes epidemias de esta mortal enfermedad.

A su llegada, la Real Expedición de la Vacuna ayudó al control de la propagación de la viruela y contribuyó a la organización de la higiene pública en la Nueva Granada, al crear juntas de vacunación que también actuaron como juntas de sanidad. Estas determinaron los criterios para la conservación y distribución del fluido vacunal en sus jurisdicciones; constituyeron y fortalecieron redes de información, con base en datos suministrados por las autoridades locales, que cumplían el rol de agentes de salud y ejercían control social; divulgaron y sistematizaron formas de acción en las diferentes provincias, y concedieron un rol importante a médicos y cirujanos en la curación de los enfermos (1).

La llegada de la vacuna a Santiago

El fluido vacunal antivariólico llegó a Santiago por primera vez desde Montevideo, a donde había arribado el 5 de julio de 1805, a bordo de la fragata portuguesa Rosa del Río, del comerciante brasileiro Antonio Machado Carvalho. Este lo había recibido de manos del conde de Barbacena, quien lo obtuvo de fuentes inglesas. La fragata traía 38 esclavos negros, 3 de ellos vacunados, así como algunas muestras de la vacuna, conservadas entre vidrios (37).

Estas últimas las probó el cirujano Cristóbal Martín de Montúfar, al vacunar exitosamente a cuatro niños en Montevideo (22). Al recibir estas noticias, el virrey del Río de la Plata, Rafael de Sobremonte, envió el fluido por medio de esclavos, utilizando el método de vacunación brazo a brazo, primero a Buenos Aires, y luego “a las provincias de Salta y Córdoba y a los indios guaraníes [y] a Chile y Lima, por medio de vidrios y en polvos [...]” (Marqués de Sobremonte, citado en 22, p. 247; 37, p. 11). Esta prioridad dada al tránsito de la vacuna y del conocimiento alrededor de ella, se debió, como lo plantea Caffarena Barcenilla, a que:

[...] la crudeza de las epidemias [...], así como sus costos económicos y demográficos generaron en los americanos gran interés por conseguir y difundir[la] [al] resto del continente [...] la llegada del fluido a Montevideo puso en marcha una red de comunicaciones entre los virreyes y el capitán general de Chile que permitió difundir el fluido en los [demás] territorios. (3, p. 146)

Así, la vacuna enviada por Sobremonte fue recibida en Chile por el gobernador Luis Muñoz de Guzmán, en 1805, quien inmediatamente encargó al padre Chaparro para iniciar la vacunación con el apoyo del regidor perpetuo, Nicolás Matorrás, comisionado por el virrey para propagar la vacunación. Esta inició el 8 de octubre de ese año. El gobernador acusó recibo de la vacuna al marqués de Sobremonte en oficio del 10 de noviembre de 1805, y adjuntó el informe de Chaparro, en el cual afirmaba “haber vacunado hasta la fecha 286 personas, en quienes prendió felizmente el fluido, a excepción de las 14 primeras, gracias al presidente y su esposa que influyeron mucho con su persuasión y ejemplo a la buena acogida” (22, p. 247). Por su parte, Nicolás Matorrás, por medio de un expediente ordenó, primero, que se dedicaran ciertas piezas del Hospital San Juan de Dios, con exclusividad a la vacunación, y, segundo, que se pusieran carteles para promover las vacunaciones gratuitas, las cuales se realizarían en frente del Hospicio de Pobres.⁹ Todo esto fue financiado por el propio Matorrás (22).

Un año después de iniciada la vacunación, probablemente estimulado por Matorrás, el Cabildo estableció un plan para la difusión de la vacuna por el resto del territorio y para controlar su efectividad (3). Así, según Laval, con el apoyo del Protomedicato, el Cabildo ordenó que “un vacunador vacunaría en el Hospicio 3 días en el mes” (22, p. 249):

[...] y atendido a que el espacio de diez días es el período en que los granos adquieren su perfecta madurez: de modo que los que se vacunan el día 1° prestarán pus a los que vengan el día 10 y estos a los que lo soliciten el día 20 con lo que se examinará oportunamente y se hallará el material en el estado que se requiere. (Texto del Cabildo, citado en 22, p. 249)

⁹ Expediente promovido por el regidor don Nicolás Matorrás, sobre propagar y conservar el preservativo de la incisión de la peste vacuna, a fin de contener los estragos de la viruela.

Este plan fue aceptado por el gobernador Muñoz de Guzmán, quien nombró al médico José Antonio Riveros para practicar las vacunas en la ciudad. Pero, por su temprano fallecimiento, fue remplazado por Nicolás Matorrás (3,22). Sin embargo, estos esfuerzos se encontraban con la tarea de enfrentar la gran resistencia de los santiagueños a la vacuna. Debido a que a veces esta era mal aplicada o se usaba un fluido falso, las personas iban perdiendo credibilidad como consecuencia de los resultados concretos que la población observaba (3).

Así, y para tener un control sobre la efectividad de la vacuna, el Cabildo estableció que los vacunados permanecieran por tres días en un hospicio para su cuidado y vigilancia. También se recurrió a la influencia de la Iglesia y de las personas de alto estatus social y económico, como terratenientes y sacerdotes, para que se propagara la información de la vacuna y se motivara a la población para que asistiera a las vacunaciones en la ciudad. Caffarena Barcenilla hace notar que muchas de estas disposiciones muestran que “la prevención de la viruela no solo respondía a una decisión individual, sino que comenzó a adquirir una dimensión social y política, es decir pública” (3, p. 173).

La vacunación en Chile estuvo en manos de Chaparro y de Matorrás durante cuatro años, hasta cuando la Expedición Filantrópica de la Vacuna llegó a la Capitanía General de Chile, en diciembre de 1807, bajo la dirección de Manuel Julián Grajales. El hecho de que allí ya se estuviera vacunando, obligó a la Expedición a reorganizar sus objetivos, pasando a constituir las juntas de vacunación y a propender hacia una regulación de la práctica (3). A diferencia de lo ocurrido en la Nueva Granada, en Chile las iniciativas privadas previas permitieron la llegada y la aplicación de la vacuna, por parte de los funcionarios del Estado colonial, antes de la llegada de la Expedición. En este sentido, Tuells y Ramírez afirman que, “la Expedición no fue la primera que llevó la vacuna a América, pero sí la primera que ideó un plan y un calendario de vacunaciones que permitían perpetuar la vacuna en el tiempo” (14, p. 211).

Comparaciones sobre la llegada de la vacuna

Con respecto a la vacuna, como hemos explorado en este apartado, al recibirse la noticia de su existencia, se procuró encontrar el fluido vacuno en las colonias, consecuente con el pensamiento ilustrado que defendía su utilización para prevenir las epidemias. No obstante, dada la ausencia de vacas infectadas en ambos territorios, se tuvo que depender de conexiones mercantiles, privadas y oficiales para conseguirla. En efecto, ante la falta de presencia estatal y de recursos para su adquisición en el ámbito local, en ambas colonias se recurrió a contactos comerciales específicos, que determinaron en gran medida el éxito de esta empresa, posibilidad que no hubiera existido antes del establecimiento del Imperio borbón. Esta estrategia estuvo presente en las dos capitales, aun cuando pertenecían a diferentes virreinos.

No obstante, las particularidades de las relaciones comerciales de cada territorio explican las posibilidades de acceso a la vacuna, así como las redes mercantiles establecidas,

que marcaron una importante diferencia en el proceso de su adquisición, y en los métodos escogidos para su transporte. Estos variaron en naturaleza: de brazo en brazo, polvo entre vidrios, en hilos, entre otros. Así, la dificultad para mantener activo el fluido y las conexiones comerciales establecidas tanto con colonias españolas como inglesas permearon la efectividad de las negociaciones para el arribo de la vacuna a los territorios estudiados.

Las juntas centrales de vacuna, que se establecieron en cada territorio con la llegada de la Expedición Filantrópica, además de su intención de vacunar, tuvieron como objetivo organizar la distribución del fluido vacunal en cada territorio y actuar en momentos de emergencia. Tal estrategia, además de ser efectiva como herramienta organizativa, dio pie para que, posteriormente, se formaran las juntas centrales de sanidad, instituciones que se convirtieron en el eje de acción de las estrategias de higiene pública que perduraron hasta después de las independencias.

Conclusiones

La agenda transcolonial acá presentada, que incluye las estrategias sanitarias para el enfrentamiento de las epidemias de viruela y su cruzada para llevar a cabo una amplia vacunación y mejorar la productividad y “el progreso” del Imperio, surgió como una iniciativa del Estado español, siguiendo los derroteros planteados desde el inicio por los reformadores borbónicos. Es decir, la salud representaba una forma de regulación de la reproducción social. Este aspecto es el que convierte la agenda en el fenómeno común que explica las similitudes de su comportamiento en ambos territorios coloniales. Las diferencias de su aplicación y su domesticación en cada uno de ellos dependió claramente de las condiciones locales, el comportamiento de sus instituciones y sus actores y el juego de la negociación de sus intereses entre ellos y con la metrópoli.

Hasta acá se ha descrito la manera en que el componente sanitario de una agenda transcolonial atravesó dos territorios de ultramar a finales del siglo XVIII y principios del XIX, en el contexto de las recurrentes epidemias de viruela. A partir de esto, hicimos un análisis de la forma como los actores locales aplicaron y adaptaron dicha agenda en cada uno de ellos. Apoyados en este estudio de caso, nos planteamos a continuación algunas reflexiones sobre la actual pandemia de COVID-19.

La pandemia ha vuelto a mostrar la dificultad que tienen los países para enfrentar epidemias altamente mortíferas y de causa desconocida. Tanto en la pandemia de viruela como en la actual de COVID-19, ha surgido la pregunta de si esta forma de presentarse la enfermedad exigiría un abordaje desde el terreno de lo transcolonial y lo transnacional, en vista de que las acciones locales no siempre dan resultados efectivos para prevenirlas y enfrentarlas. Así como la respuesta a esta pregunta fue resuelta en el caso de la viruela por una empresa estatal de vacunación de

amplia cobertura, hoy se hace presente en una buena parte del cuerpo de profesionales de la salud y entre los actores “entendidos” una nostalgia por aquella propuesta de la década de 1980, cuando se pensó en la puesta en marcha de una vigilancia epidemiológica de orden global y la organización de una posible salud global, pero que cayeron en el olvido, una vez pasada la afugia de los brotes epidémicos de enfermedades emergentes en esa década.

En el marco del modelo neoliberal que rige la reproducción social en la actualidad, el Estado negó su responsabilidad de garantizar la salud de toda la población, al dejar de entenderla como un derecho y una inversión para el desarrollo. En consecuencia, por mandato del Banco Mundial, cada Estado, a su manera, ha descargado la responsabilidad del mantenimiento de la salud en los individuos y en las comunidades y ha privatizado los servicios de atención médica, beneficiando al capital financiero por medio de diferentes formas de aseguramiento privado. Esto ha conllevado el aumento de la inequidad en el acceso a los servicios, la descoordinación de las acciones de estos y el debilitamiento de una política pública que permita defender el derecho a la salud y enfrentar, de manera global, el riesgo y la expansión de las pandemias. No obstante, la crisis sanitaria generada por esta pandemia ha obligado a los gobiernos, con cierta reticencia, a hacerse cargo del manejo, tanto médico como social, de sus consecuencias.

Hoy la COVID-19 ha llegado a todos los rincones del mundo, pero es evidente que su manejo ha seguido patrones nacionales particulares que han respondido a diferentes modelos de gobierno, a distintas concepciones de la salud y la enfermedad y a los intereses particulares de los actores que toman las decisiones sanitarias en cada lugar. Esto, paralelamente aunque no siempre en concordancia, con los parámetros homogeneizados, específicos y transnacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud desde el inicio de la pandemia.

Lo anterior pone sobre la mesa el hecho de que, por encima de los intereses particulares de un país o de una institución, las medidas de higiene y de salud pública que se tomen deberían depender de una institución centralizada y multilateral que tenga capacidad de tomar decisiones y de implementar y orientar las medidas necesarias para enfrentar la pandemia, teniendo como base un programa claro y aceptado previamente por los países participantes pero comprometido con las realidades locales (38-41).

Tal vez así se pueda lograr la coordinación de los actores en el ámbito local y global, y que la política sanitaria tenga como fin último el equilibrio del derecho a la salud con el desarrollo social y no el favorecimiento de ciertos sectores del capital, para los cuales la salud no es sino un mecanismo para la reproducción, en pocas manos, del capital financiero.

El llamado no estaría centrado solamente en la unificación de las políticas públicas, sino también en tener en cuenta las acciones y actores, así como las necesidades variables en cada nación, para eliminar situaciones de desigualdad, que, debido a intereses de distinta índole, han empeorado la pandemia. Para esto, hay que comenzar a entender la salud-enfermedad como procesos biopsicosociales, culturales, económico-políticos e históricos.

Agradecimientos

A la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República de Colombia, por la financiación del proyecto, y a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario de Bogotá, por facilitar el tiempo para la investigación del proyecto y la escritura de este artículo. Así mismo, a editores de la Sección de Estudios Sociales de la Salud, de la *Revista Ciencias de la Salud*, por invitarnos a hacer parte del dossier.

Contribución de los autores

Todos los autores han realizado conjuntamente y por igual la investigación, la argumentación y la redacción del presente artículo.

Financiación

El proyecto del que surge este artículo, “Medicina ilustrada en Santafé de Bogotá y Santiago de Chile: un estudio comparativo” fue cofinanciado por la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República de Colombia, por medio del convenio número 201806 con la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario de Bogotá, Colombia.

Descargos de responsabilidad

Los autores asumen la responsabilidad de lo publicado y la *Revista de Ciencias de la Salud* no asume ninguna responsabilidad por ello.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Quevedo VE, Pérez GE, Miranda N, Eslava JC, Hernández M, Bustos LP, et al. Historia de la medicina en Colombia. Bogotá: Tecnoquímicas; Grupo Editorial Norma; 2008.
2. Warren A. Medicine and politics in colonial Peru: population growth and the Bourbon reforms. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2010.
3. Caffarena Barcenilla P. Viruela y vacuna: difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto hispanoamericano 1780-1830. Santiago de Chile: Editorial Universitaria-Centro de Investigaciones Diego Barros Arana; 2016.
4. Spary EC. Health and medicine in the enlightenment. En: Jackson M. The Oxford handbook of the history of medicine. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 82-100.
5. Foucault M. La política de salud en el siglo XVIII. En: Foucault F. Estrategias de poder: obras esenciales. Tomo II. Barcelona: Paidós; 1999 [1976]. p. 327-42.
6. Foucault M. Historia de la medicalización. En: Foucault M. Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault. Washington: OPS/OMS; 1978 [1976]. p. 36-58.
7. Johnson SE. The fear of French negroes: transcolonial collaboration in the revolutionary Americas. Berkeley: University of California Press; 2012.
8. Quevedo VE, Cortés CM, Hernández AM, Eslava JC. Un modelo para armar: una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. Rev Cienc Salud. 2013;11(3):295-321.
9. Kuethe A, Andrien KJ. El mundo atlántico español durante el siglo XVIII: guerra y reformas borbónicas, 1713-1769. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario/Banco de la República; 2018.
10. Silva R. Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada. Cali: Universidad del Valle; 1992.
11. Frías Núñez M. Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen. Madrid: CSIC; 1992.
12. Bhattacharya S, Brimnes N. Introduction. Simultaneously global and local: reassessing smallpox vaccination and its spread, 1789-1900. Bull Hist Med. 2009;83(1):1-16 <https://doi.org/10.1353/bhm.0.0194>
13. Mark C, Rigau-Pérez JG. The World's First Immunization Campaign: The Spanish Smallpox Vaccine Expedition, 1803-1813. Bull Hist Med. 2009; 83 (1): 63-94. <https://doi.org/10.1353/bhm.0.0173>
14. Tuells J, Ramírez S. Balmis et variola. Alicante: Generalitat Valenciana; 2003.
15. Ramírez Martín SM. El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): las juntas de vacuna. Asclepio. 2004;56(1):33-62.
16. Caffarena Barcenilla P. Inmunizar contagiando: la práctica de la inoculación como tratamiento preventivo frente a la viruela en la Capitanía General de Chile a fines del siglo XVIII. Asclepio. 2016;68(2). <https://doi.org/10.3989/asclepio.2016.23>

17. Rusnock A. Catching cowpox: the early spread of smallpox vaccination, 1798-1810. *Bull Hist Med.* 2009 Spring;83(1):17-36. <https://doi.org/10.1353/bhm.0.0160>.
18. Quevedo VE, Rodas Chaves G, Santos F, Núñez Gómez MC. Estudio comparativo sobre la historia de la medicina y de la salud pública modernas en América Latina. Fase II: estudio comparativo piloto del caso Colombia-Ecuador, desde la disolución de la Gran Colombia (1830) hasta el inicio de las reformas desarrollistas (1960). Bogotá: Proyecto de Investigación. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, GESCTP & Universidad Andina Simón Bolívar Sede Quito; 2014.
19. Laval Manrique E. Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina; 1958.
20. De Micheli A, Izaguirre-Ávila R. La vacunación antivariólica antes y después de Jenner. *Rev Invest Clin.* 2011;63(1):84-9.
21. Salas Olano E. Historia de la medicina en Chile: con importantes documentos sobre la medicina de nuestros predecesores. Santiago de Chile: Imprenta Vicuña Mackenna; 1894.
22. Laval Manrique E. La viruela en Chile: desde la Conquista hasta el regreso de Grajales a España en 1825. *Annales Chilenos de Historia de la Medicina.* 1967(9-10):203-76.
23. Laval Manrique E. Hospitales fundados en Chile durante la Colonia. Santiago de Chile: Imprenta Universitaria; 1935.
24. Cavieres Figueroa E. Epidemias, medicina y sociedad colonial: la plaga de 1779-1780 en Chile. *Cuad Hist.* 1990;(10):87-108.
25. Mutis JC. Método general para curar las viruelas. En: Hernández de Alba G, editor. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis. Tomo I.* Bogotá: Instituto de Cultura Hispánica; 1983. p. 195-8.
26. Quevedo VE. José Celestino Mutis and Medicine. En: De San Pio Aladrén MP, editor. *Mutis and The Royal Botanical Expedition of the Nuevo Reyno de Granada. Vol. 1.* Barcelona: Real Jardín Botánico/CSIC/Lunwerg-Villegas; 1992. p. 53-75.
27. Castro Gómez S. Biopolíticas imperiales: nuevos significados de la salud y la enfermedad en la Nueva Granada (1750-1810). En: Castro Gómez S, editor. *Pensar el siglo XIX: cultura, biopolítica y modernidad en Colombia.* Pittsburgh: Biblioteca de América/Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana/Universidad de Pittsburgh; 2004. p. 53-103.
28. Mendinueta PD. Relación de Mando. En: Posada F, Ibáñez PM, editores. *Relaciones de mando de los virreyes.* Bogotá: Imprenta Nacional; 1910.
29. Guerra F. Origen de las epidemias en la conquista de América. *Quinto Centenario.* 1988;14:43-51.
30. Silva R. Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de modelos culturales. 2.ª ed. Medellín: La Carreta; 2007.
31. Mendinueta PD. Carta a Jose Celestino Mutis, 4 de junio de 1802. En: Hernández de Alba G, editor. *Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis. Vol 4.* Bogotá: Presencia; 1983. p. 50.

32. Mendinueta PD. Carta a Jose Celestino Mutis, 6 de diciembre de 1802. En: Hernández de Alba G, editor. Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis. Vol 4. Bogotá: Presencia; 1983. p. 51.
33. Pombo JId. Carta a Jose Celestino Mutis, 20 de julio de 1803. En: Hernández de Alba G, editor. Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis. Vol. 4. Bogotá: Presencia; 1983. p. 110-1.
34. Pombo JId. Carta a Jose Celestino Mutis, 30 de agosto de 1803. En: Hernández de Alba G, editor. Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis. Vol. 4. Bogotá: Presencia; 1983. p. 113.
35. Lucena Giraldo M. Entre el miedo y la piedad: la propuesta de Jose Ignacio de Pombo para traer la vacuna a la Nueva Granada (1803). *Asclepio*. 1989;XLI(2):127-39.
36. Pombo JId. Carta a Jose Celestino Mutis, 20 de mayo de 1804. En: Hernández de Alba G, editor. Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis. Vol. 4. Bogotá: Presencia; 1983. p. 113.
37. Rizzi M. Bicentenario de la expedición de la vacuna antivariólica y su introducción en el Río de la Plata. *Rev Méd Urug*. 2007(23):7-18.
38. Cueto M. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
39. Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. En: Ahumada C, Hernández A, Velasco M, editores. *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Bogotá: Grupo Salud Internacional-Pontificia Universidad Javeriana; 1998. p. 25-45.
40. Packard RM. *A history of global health: interventions into the lives of other peoples*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2016.
41. Roizman B, Hughes JM. Preface. En: Roizman B, editor. *Infectious diseases in an age of change the impact of human ecology and behavior on disease transmission*. Washington: National Academy of Sciences/National Academy Press; 1995. p. iii-v.