



EPIDEMIAS, MEDICINA Y SOCIEDAD COLONIAL  
LA PLAGA DE 1779-1780 EN CHILE

*Eduardo Cavieres Figueroa \**

Departamento de Ciencias Históricas  
Universidad de Chile  
Instituto de Historia  
Universidad Católica de Valparaíso

**E**n la vida histórica encontramos algunos procesos sociales que se desarrollan a un ritmo lento, pasivo, cotidiano. Esta forma de historia social, de base, contiene elementos de vida material y cultural en los cuales es posible encontrar situaciones similares a través de un vasto espacio geográfico y temporal y al mismo tiempo percibir que su transformación camina tan lentamente como el vagabundo que recorre la Europa preindustrial o la sociedad colonial latinoamericana sin más prisa que la de sus propias necesidades y horizontes.

A pesar de la existencia de ciertas dificultades documentales, en el presente estado de la historiografía –testimoniando las contribuciones de la sociología, la economía, la demografía, etc.– podemos saber cada vez más acerca del cómo vivían nuestros antepasados y de sus organizaciones sociales. Se ha explorado también respecto a las condiciones materiales bajo las cuales vivían, qué presiones debían enfrentar, cuáles era sus posibilidades y cuáles eran sus limitaciones. También hemos empezado a conocer cómo se movilizaban, y cuando; cómo organizaban su vida familiar y además... cómo morían. De hecho, hemos logrado reconstruir imágenes relativas a

\* El autor agradece a la Prof. Dr. Luzmilla Jordanova de la Universidad de Essex, Inglaterra, sus valiosas sugerencias y comentarios al trabajo.

sus actitudes frente a la vida y frente a la muerte.

En el caso de la sociedad colonial latinoamericana del siglo XVIII, podemos igualmente acercarnos a una idea bastante aproximada a las realidades de la vida material. Por sobre las diversidades de áreas, regiones, provincias o reinos, hubo una cierta unidad respecto a la pobreza de la vivienda, a lo rudimentario de las técnicas productivas, a las malas comunicaciones, una infraestructura prácticamente inexistente, muy bajo desarrollo urbano como resultado de la tensión permanente entre la fuerza de la vida rural y las debilidades de la estructura urbana en formación. En ese contexto, la sociedad chilena compartió todas esas características. En tanto la agricultura dominaba las relaciones sociales y económicas, la vida fue de tránsito pasivo y sólo muy pocos elementos externos a la comarca o al valle podían alterar el curso natural de las cosas. Fue una sociedad pobre, sin opulencia o confort, con un mínimo de utensilios domésticos. A nivel de la base social, carente de fuerza o iniciativa. Cincuenta o más años de vida colonial no significaban grandes cambios ni logros importantes para la masa de la población. Como a lo largo de América Latina en su conjunto, hubo pocas diferencias entre espacios rurales y "urbanos". Con la excepción de Santiago, la capital, la "urbanización" fue prácticamente desconocida. Un gran número de fuentes testimonian la falta de higiene pública y muchos informes oficiales se refieren a la ausencia de agua lo suficientemente potable para cocinar o beber. Las fuentes o acequias desde donde se obtenía el agua para tales objetivos generalmente estaban llenas de lodo e inmundicias<sup>1</sup>.

Una sociedad con tal realidad material estaba expuesta a toda clase de enfermedades infecciosas y, por lo tanto, era particularmente vulnerable a sus impactos. De hecho, no existían medios o posibilidades concretas para combatir las epidemias.

En crónicas o en la historiografía del pasado se pueden encontrar numerosas referencias a epidemias y plagas. La viruela fue particularmente importante, especialmente en 1765 cuando "murió la tercera parte de los atacados por el flagelo y muchos de los que sanaban quedaban ciegos o con el rostro horriblemente deformado"<sup>2</sup>. Durante el verano de ese año, sólo en Santiago habrían muerto cerca de 5.000 personas. De acuerdo a una fuente contemporánea, "los médicos hicieron cuanto cabía en sus facultades en auxilio de la humanidad; pero la malignidad de la viruela inutilizaba todos los esfuerzos de su aplicación"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Ver, por ej., referencias en José Toribio Medina, *Cosas de la colonia Santiago* (1952) LXXI, 29-30.

<sup>2</sup> Francisco Antonio Encina, *Historia de Chile*, Santiago (1945), VIII, 573.

<sup>3</sup> Enrique M. Laval, "Vida y obra de Fray Pedro Manuel Chaparro, médico chileno del s. XVIII", *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, 1957 pág. 56 y ss. También Pedro Lautaro Ferrer, *Historia General de la Medicina en Chile*, Talca (1904), 269-279.

A consecuencias de esta plaga y además por la tenue influencia europea, se realizaron algunos intentos de desarrollo preventivo. Se discute, por ej., si ya entonces el doctor Pedro Chaparro, fraile hospitalario, habría experimentado o no con inoculación de vacunas pero en uno u otro caso la situación es difícil de juzgar por falta de evidencias más precisas. De hecho, debido a la mentalidad existente y a las inseguridades del método, durante varias décadas diferentes ensayos para introducir la vacuna fueron abiertamente rechazadas por la mayoría de la población. Sólo en 1805 la vacuna habría sido usada por vez primera en Santiago y a partir de entonces pudo tener un uso más o menos oficialmente regulado<sup>4</sup>.

Históricamente, la epidemia de 1779-1780 fue particularmente impactante y por ello mereció bastante atención contemporánea. Algunas breves referencias aparecen en cronistas como Pérez García o Carvallo Coyeneche. De esas mismas fuentes, historiadores nacionales del siglo XIX como Benjamín V. Mackenna, Diego Barros Arana o, posteriormente, Francisco A. Encina, recogieron algunas de las características generales de la epidemia<sup>5</sup>.

Fuera de señalar de que se trataba de una fiebre pútrida que mataba a muchos apenas en tres días, los testimonios originales no especificaban los rasgos patológicos de la plaga. Comunmente fue conocida como "malecito" y, de acuerdo a un cronista, habría aparecido en el puerto de Talcahuano, en el Sur del país, donde pudo haber sido introducida por un escuadrón naval español que arribó allí en 1780. Sin embargo, otro tipo de fuentes (como registros parroquiales, por ej.) nos señalan que en Santiago y otros lugares del valle central ya había producido efectos mortales en 1779. Por su parte, debido a los vómitos y a la diarrea que la epidemia causaba, Vicuña Mackenna la definió como fiebre amarilla<sup>6</sup>. No obstante, si consideramos el hecho de que el ambiente más propicio para tal enfermedad es el de climas cálidos ausentes del Chile Central, tal afirmación no es fácil de aceptar. Como antecedentes, sólo podemos afirmar que la diarrea seguía a la constipación inicial. Por otra parte, en la misma época en Europa —aunque no completamente aceptado— persistía la idea de que enfermedades como ésta se explicaban por la existencia de aguas contaminadas subterráneas que desplazaban gases saturados de infección desde el suelo hacia la atmósfera<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> *Ibidem.*

<sup>5</sup> Se encuentran referencias en Vicente Carvallo Goyeneche, *Descripción Histórica geográfica del Reino de Chile*. Colección Historiadores de Chile, Santiago (re-edición) 1875-1876, pág. 117; José Pérez García, *Historia General, natural, civil y militar del Reino de Chile*. Colección Historiadores de Chile (re-edición) 1900, XXII, cap. 3; Benjamín Vicuña Mackenna, *Historia de Santiago*, Valparaíso (1869), VI, caps. 8 y 9; Francisco A. Encina, op. cit., 218.

<sup>6</sup> Benjamín Vicuña Mackenna, op. cit., 218.

<sup>7</sup> Por ej., *Edinburgh Medical and physical dictionary*, Edinburgh (1807), II o R. Quain (ed.), *A Dictionary of Medicine*, London(1890), 1679 ss.

Lo que tenemos claro, en nuestro caso, es que el agua para beber, especialmente extraída desde acequias, fue el vehículo más común de contaminación.

Con respecto a los efectos inmediatos de la epidemia, el historiador Barros Arana criticaba al cronista Carvallo Coyeneche quién, basándose en los comentarios de la época, estimaba que había muerto un tercio de la población chilena. Por su parte, Encina indicaba que el 15% de la población de Santiago –unas 3.978 personas– habían sido atendidas en dos lazaretos temporales organizados por las autoridades.

En el presente artículo, pretendemos ofrecer una aproximación a los efectos de la epidemia a través de algunos indicadores cuantitativos. En la ausencia de estadísticas completas, los registros parroquiales (aunque no completamente fieles a la realidad) y los informes de servicios hospitalarios (aunque parciales), tienen también una cierta utilidad. Por otra parte, intentamos analizar el rol jugado por las autoridades de Santiago y hemos considerado la oportunidad de presentar algunas ideas introductorias acerca de las condiciones médicas y sanitarias del período estudiado tanto como las calificaciones profesionales de los médicos, problemas que requieren de mayor investigación. Además de lo anterior, nos interesa particularmente observar las reacciones sociales frente a la expansión y velocidad de la epidemia en relación a las condiciones materiales existentes como a las actitudes permanentes en este tipo de situaciones y aquellas propias del momento. La documentación se obtuvo de los archivos de *Capitanía General*, *Real Audiencia* y de los libros de *Actas del Cabildo de Santiago*, todos depositados en el Archivo Nacional chileno. No obstante que el análisis social de la epidemia se centra en el caso de Santiago, la cuantificación de la epidemia considera también una población rural: las áreas de Quillota, San Felipe y Petorca, todas ellas al norte de Santiago.

## I

No es fácil localizar el origen de la epidemia, pero ésta se extendió a gran parte del territorio chileno (al menos en el Chile central). Aparece a mediados de 1779, alcanza su máxima intensidad durante el verano de 1780 (enero-marzo) y se extingue a mediados del mismo año. Estos datos los podemos deducir de la observación de libros parroquiales. Como hemos señalado, y especialmente en áreas rurales, es cierto que debido al alto porcentaje de omisiones el registro de defunciones es el más incompleto de los parroquiales. Sea por las largas distancias que había que recorrer para llegar a una parroquia, por lo intransitable de los caminos durante el invierno, por la negligencia de los parientes del fallecido o simplemente por el descuido de los párrocos, la inscripción de las defunciones fue escasamente cumplida. Junto a ello, hubo también cierta liviandad para establecer

la causa de la muerte de aquellos sí registrados. Aún así, es claro que inestables, súbitos y fuertes aumentos en el número de las defunciones registradas testimonian la presencia de algún tipo de enfermedad infecciosa.

Examinando el período estudiado, Santiago tenía cuatro parroquias: El Sagrario, Santa Ana, Nuestra Señora del Carmen y San Lázaro. En ellas, no se conservan series de registros completos para efectuar comparaciones en un tiempo largo, pero sí podemos seguir el quinquenio 1778-1782, excepto en el caso de Santa Ana que carece de inscripciones desde enero a junio de 1779 (pérdida de libros respectivos). A pesar de que los mejores registros son los conservados por la parroquia de Nuestra Señora del Carmen (Ñuñoa), durante el período de epidemia sus valores son bastante bajos, posiblemente debido a que este barrio pudo ser menos vulnerable a los efectos mortales de ella por sus mejores condiciones de carácter socio-económico. El problema de las omisiones fue testimoniado además en septiembre de 1783 en el libro correspondiente de Santa Ana en donde se consiguió que

visto este libro de entierros, se expresará en todas las partidas si el difunto cuyo cuerpo se entierra es español o de que otra casta sea; de los casados o viudos también el nombre del consorte, de su casamiento o viudedad, y de los que mueren sin recibir sacramentos el motivo porque no los recibieron y se pongan las partidas que faltan hasta la entrada del coadjutor en todo el mes venidero de octubre. Dr. Rodríguez<sup>8</sup>.

En el caso de parroquias rurales, hemos escogido las de Quillota, San Felipe y Petorca por conformar parte de una área hacia el Norte de Santiago con ciertas características agro-mineras comunes y por ofrecer además series completas entre los años 1776 y 1782, lo cual nos permite deducir la incidencia de la peste en 1779 y especialmente en 1780 que lo hemos tomado como índice 100 (ver cuadro en página siguiente).

Las limitaciones ya señaladas de los registros parroquiales no permiten alcanzar mediciones muy seguras de los efectos de la peste ni tampoco aceptar sin cuestionamiento el aumento de las defunciones que, de acuerdo a estos datos, se duplicaron en Santiago y casi se triplican en las áreas rurales consideradas. En cambio, si aceptamos que una tasa de mortalidad anual aproximada para las poblaciones latinoamericanas de la época fue probablemente de alrededor de un 3.0%<sup>9</sup> y que según el Censo de pobla-

<sup>8</sup> Parroquia de Santa Ana, Santiago. Libro de Defunciones, III, 30.

<sup>9</sup> Si comparamos cifras, Fernand Braudel entrega un promedio de 4.5% para los países Europeos orientales entre los años 1772 y 1776. *Civilización material, economía y capitalismo*, s. XV-XVIII, Madrid (1984), I, 64.

**Cuadro 1**  
**Registros parroquiales de defunciones, número de fallecimientos**  
**e índices por años**

**A. Parroquias de Santiago, 1778-1782**

Años	Sagrario	Santa Ana	Nta. Sra. Carmen	San Lázaro	Totales	Indices
1778	121	27	29	112	289	62,01
1779	224	57	67	204	552	118,45
1780	204	48	37	177	466	100,00
1781	126	40	28	80	274	58,79
1782	111	24	15	67	217	46,56

**B. Parroquias rurales, 1776-1782**

Años	Quillota	San Felipe	Petorca	Totales	Indices
1776	38	16	40	94	13,00
1777	63	25	59	147	20,33
1778	46	37	86	169	23,37
1779	91	123	78	292	40,38
1780	311	217	195	723	100,00
1781	58	61	52	171	23,65
1782	46	72	38	156	21,57

Fuente: Libros de defunciones de las respectivas parroquias.

ción de 1787 para la villa de San Felipe ésta tenía 2.912 personas<sup>10</sup>, tendríamos que en esa localidad un número promedio de 80 a 100 individuos (exactamente 88) fallecía anualmente. Si comparamos este número con aquel de fallecimientos registrados allí en 1780, alcanzaremos un índice mínimo de 4.5% de mortalidad causada sólo por la peste durante ese año<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Análisis de este Censo se encuentra en Marcelo Carmagnani y Hebert Klein, "Demografía histórica. La población del Obispado de Santiago, 1777-1778", *Boletín Academia Chilena de la Historia* (1965), 72.

<sup>11</sup> Hemos utilizado un método muy rústico para calcular la tasa de 4.5%:  
 Población total de acuerdo al censo ..... 2.912  
 A. Número estimado de muertes en años normales  
 (tasa: cerca del 3.0%) ..... 88  
 B. Muertes registradas en 1780 ..... 217  
 Diferencia entre A y B ..... 129 = 4.5%

Por los mismos años, una epidemia de viruelas desatada en algunos distritos de Ecuador, provocaron una tasa de mortalidad de un 6.1% entre la población indígena y de un 3.6% entre la blanca. Estos índices fueron calculados tomando como base el Censo de 1778-1780 efectuado en ese país<sup>12</sup>, lo cual permite soslayar el problema de las omisiones que hemos comentado con respecto a los registros parroquiales. En todo caso, las tasas de mortalidad pudieron ser mayores aún y, por lo tanto, al igual que en el caso chileno, los resultados alcanzados deben ser considerados como niveles mínimos de mortalidad.

Para el caso de Santiago, la situación es mucho más difícil de calcular tanto por la falta de datos más precisos como por la extensión difusa de las jurisdicciones parroquiales en la época, lo cual no permite lograr una distinción muy acertada entre población urbana y rural. No obstante, contamos con otra documentación que nos permite también aproximarnos a una visualización de la intensidad de la plaga.

En efecto, a comienzos de 1779, debido al rápido aumento de personas afectadas y al "crecido número de necesitados que se hallan dentro y a extramuros de la ciudad, dispérsos, oprimidos y apurados del mismo accidente"<sup>13</sup>, las autoridades debieron organizar dos nuevos hospitales: San Borja (para hombres) y *Casa de Menores* (para mujeres). Ello significó la formación de un registro especial de la epidemia que contenía datos acerca de la mantención de los hospitales, registro a partir del cual –aunque también incompleto– podemos extraer algunas cifras correspondientes al período que va desde noviembre de 1779 a marzo de 1780, pudiendo además apreciar los servicios entregados por esas instituciones desde el primer día de su funcionamiento hasta la fecha de cada informe final (el último día de marzo de 1780). Este período es importante porque en él se produjo la máxima intensidad de la epidemia (ver gráfico 1). En todo caso, debe observarse que como estas estadísticas excluyen aquellos que se atendían o morían en sus propias habitaciones y a quienes ingresaban al hospital oficial y permanente de la ciudad (San Juan de Dios), el número de personas afectadas es igualmente subestimado. Con todo, estos registros muestran que la plaga se extendió hasta enero de 1780, situación que se ve confirmada por los registros parroquiales (ver Gráfico 2). Por otra parte, comparando el número de personas enfermas con aquel de las personas que mueren por la epidemia, se puede establecer que la tasa de morbilidad de ésta, para ambos sexos, alcanzó un índice cercano al 22%.

<sup>12</sup> Rosemary D.F. Bromley, "Urban-rural demographic contrast in highlands: Ecuador, town recession in a period of catastrophe, 1778-1841". *Journal of Historical Geography*, 5,3 (1979), 292.

<sup>13</sup> *Real Audiencia*, Vol. 598, 11.

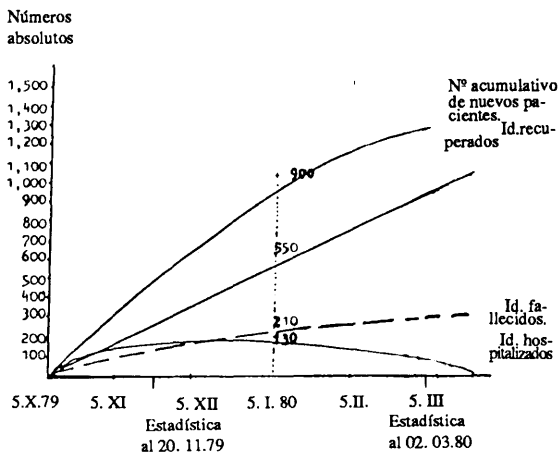
**Cuadro 2**  
**Estadísticas de hospitales provisionales: San Borja y Casa de Menores.**  
 (Noviembre de 1779 y marzo de 1780)

	Hosp. San Borja (homb.)		C. de Menores (muj.)	
	Nov. 79	Mar. 80	Nov. 79	Mar. 80
Total entrados a la fecha	488	1.232	500	1.605
Recuperados	252	917	-	1.192
Fallecidos	92	285	-	342
Aún hospitalizados	144	30	159	71

Fuente: *Real Audiencia*, MSS. 598 fjs. 234, 236, 239 y 242.

Tomando las estadísticas del San Borja hemos construido el Gráfico N° 1 y así hemos calculado probables estadísticas para enero de 1780, mes a partir del cual la epidemia comenzó a declinar a juzgar por el número más reducido de personas que son acogidas en el hospital y por el de aquellos que mueren. De acuerdo a estas estimaciones, 92 personas habrían fallecido entre octubre y noviembre de 1779; 118 entre diciembre de 1779 y enero de 1780 y 75 entre febrero y marzo de 1780. Esta tendencia muestra iguales características que la observable a partir del movimiento de defunciones registrado por las parroquias de Santiago en el mismo período (ver Gráfico N° 2).

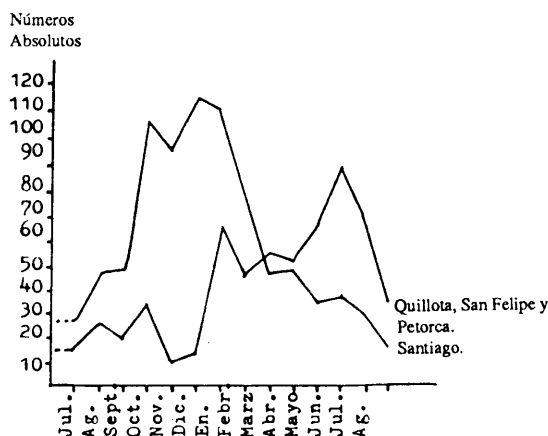
**Gráfico N° 1**  
**Tendencias clínica de los pacientes apestados. Hospital de San Borja.**  
 (Octubre de 1779 a marzo de 1780)



Fuente: *Real Audiencia*, Vol. 598, 233, 234, 235, 239 y 242.



Gráfico N° 2  
 Movimiento de la epidemia según registros parroquiales.  
 Santiago y áreas rurales (Quillota, San Felipe y Petorca)  
 (Julio de 1779 a Agosto de 1780)



Fuente: Archivos parroquiales respectivos. Libros de Defunciones del período.

En relación con lo anterior, otra situación posible de analizar es la referida al movimiento estacional de la epidemia. Para ello utilizamos nuevamente los registros parroquiales. Como se observa en el Gráfico N° 2, ella se habría desplazado desde Santiago al interior de modo que, así como en la Capital el fenómeno se hace ya enteramente perceptible a partir de septiembre de 1779 alcanzando su máxima intensidad en diciembre de ese año, en las áreas rurales sólo comienza a advertirse a partir de este último mes para culminar en junio de 1780. Por lo demás, y a pesar de que en Santiago se extingue más lentamente que en las otras áreas parroquiales aquí estudiadas (caída bastante brusca), en todos los casos el desarrollo de la plaga siguió las mismas características generales y tuvo asimismo un similar período de desarrollo de a lo menos cuatro a seis meses.

Finalmente, es importante señalar que los efectos de la plaga sobre la población, a partir de la correlación mortalidad-nupcialidad y natalidad (basada siempre en los registros parroquiales respectivos), muestran que como en todo fenómeno de esta índole, el aumento de la mortalidad trajo por consecuencia inmediata un decrecimiento de matrimonios y nacimientos: mientras el número registrado de matrimonios en 1778 alcanzó a sesenta, pasando a cuarenta y siete, cuarenta y ocho y ochenta y siete en los años 1779, 1780 y 1781, el correspondiente a bautizos fue de 236, 231, 201 y 169, respectivamente. No obstante, ello no puede considerarse como una "crisis demográfica" (entendida a partir de la duplicación de la mortalidad y una

caída de nacimientos superior al 50%). En todo caso, es indudable que la peste provocó un brusco movimiento en la estructura de la población y además una seria y fuerte preocupación en la sociedad en general y en sus autoridades como queda testimoniado, por ejemplo, en un documento relativo a Quillota en que se señalaba que

con motivo del estrago que causó la epidemia en dicha villa según se ha sentido igualmente en esta ciudad y en los más lugares del Reino, se comunicó orden por los Alcaldes ordinarios de ella al Teniente de Justicia del paraje nombrado San Isidro, Pedro Ramos, para que fuese recogiendo en las cercanías de su habitación todas las creaturas que quedaron huérfanas y descarriadas con la muerte de sus padres, y se les mandase para ponerlas con personas que las mantuviesen y doctrinasen como consta de la carta de don Joseph Manuel de Soto, uno de los Alcaldes de la precitada villa<sup>14</sup>.

## II

Junto a las pobres condiciones materiales de la vida colonial, las estructuras socio-económicas y las escasas (o nulas) provisiones facilitaron la emergencia y expansión de las enfermedades contagiosas como la que aquí analizamos. Estudiando el caso de Santiago, que como ciudad capital del Reino debiera haber estado en la mejor posición para proveer a la población con algunas medidas de salud pública que minimizaran los efectos de las epidemias, al menos dos importantes aspectos deben ser examinados. En primer lugar, el relacionado al cómo la sociedad actuó para proteger a la población frente a los efectos de la plaga y para asistir a quienes se vieron contagiados. En segundo lugar, de qué manera el conocimiento "científico" de la época o las actitudes culturales explican las medidas y la acción social determinada por las autoridades.

En primer término, no se puede obviar el problema referente al estado de la medicina santiaguina. No sólo había un muy reducido número de médicos, sino además la medicina como ciencia era prácticamente desconocida y generalmente considerada sin valor ni prestigio social (situación por lo demás no exclusiva de Chile). Como en toda sociedad tradicional, el médico y la gente que curaba a través de poderes "especiales" o "mágicos" igualmente existían. Los barberos que practicaban ciertas "técnicas" médicas fueron también bastante conocidas e incluso al finalizar el siglo uno de ellos fue agraciado con el título de médico por el propio Cabildo de Santiago. Según las explicaciones, la razón que motivó la medida fue sim-

<sup>14</sup> *Capitanía General*, Vol. 29, Exp. 580, 413 ss.

ple: falta de profesionales preparados para hacer frente a las necesidades de la población.

En 1781, un informe oficial del Procurador de la ciudad se refería a la gravedad del problema señalando cómo el Reino,

tan abundante de gente, de opulentas poblaciones, de un completo de comodidades que le flanquea la naturaleza, con una Universidad floreciente en todas ciencias, no encierra en el dilatado seno de quinientas lenguas más que cinco facultativos<sup>15</sup>.

De acuerdo al Censo de 1778, el llamado Censo de Jáuregui, el distrito central de Santiago contaba con una población estimada de 24.000 habitantes. En otras palabras, la única ciudad existente en el Reino que podía tener ciertos rasgos de urbanismo, podía ofrecer un médico profesional por cada 4.000 personas. Con tal número de doctores, ya insuficiente para servicios mínimos normales, el tratamiento de pacientes durante las epidemias era prácticamente imposible.

Como la medicina era reconocida como arte vulgar, no propicia para gente de bien y ubicada a un nivel bastante inferior a otras disciplinas, la situación se reflejó al interior de la Universidad de San Felipe, autorizada para ser fundada en 1738, que habiendo recibido sus primeros estudiantes en el año 1756 tuvo en medicina a una de sus facultades más insignificantes, la que pudo abrir su primer curso sólo en 1769. Durante cuatro años los estudiantes asistían a una serie de cursos dictados por un mismo profesor y enseguida, para obtener su grado, llevaban una práctica supervisada en hospital durante dos años más. Como el idioma utilizado en sus cursos fue el latín, eran conocidos como "latinistas" para distinguirlos de los "romancistas" que utilizaban sólo el español y que teniendo "experiencia" médica, carecían de estudios regulares<sup>16</sup>.

En forma anterior a la fecha de los primeros egresados universitarios, el Cabildo de Santiago también contó entre sus atribuciones el extender licencias en el arte de cirugía a facultativos venidos desde el extranjero y que igualmente en su mayoría tenían un conocimiento de la medicina más práctico que intelectual. Así sucedió por ejemplo con don Isidro Trujillo que había practicado cirugía en el Hospital Real de Marina de Cádiz, desempeñándolo posteriormente su oficio en barcos apostados en el Mar de Levant-

<sup>15</sup> Citado por Benjamín Vicuña Mackenna, *op. cit.*, 182.

<sup>16</sup> Pedro Lautaro Ferrer, *op. cit.*, pp. 163-164 y 173. De acuerdo con Benjamín Vicuña Mackenna, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Santiago (1932), 74, la diferencia entre "latinistas" y "romancistas" se basaba en el lenguaje que ellos utilizaban y para distinguir los médicos verdaderos de los simples curanderos. El origen de esta distinción pudo proceder desde España en donde se diferenciaba entre "latinistas" y curanderos árabes.

te y en el Mediterráneo y en los puertos de Veracruz y Buenos Aires. Habiéndose radicado en Santiago en 1740, se presentó ante el lugarteniente del protomédico del Reino quién, después de informar que

le hize muchas y variadas preguntas tocantes a la anatomía del cuerpo humano y de todas las heridas y llagas, úlceras y apostemas; y lo que toca a algebra y de todo lo demás tocante y concerniente al arte de cirugía, a todo lo cual respondió cumplidamente de lo que lo hallo capáz para que pueda usar con todas las cosas y casos a él tocantes, así en esta ciudad como fuera de ella<sup>17</sup>,

le permitió al Cabildo conceder la licencia respectiva y tomar el juramento solemne de

usar bien y fielmente del oficio de cirujano en esta ciudad a su leal saber y entender; defender la pureza de María Santísima hasta rendir la vida y de curar de balde a los pobres, sin llevarle interés alguno<sup>18</sup>.

Situación similar aconteció con solicitudes presentadas por Juan Bautista Bunetier de Colisag (1746) o con el bachiller Ignacio de Jesús Zambrano a quién se nombró médico del hospital de San Juan de Dios por orden directa del Gobernador. Este, por escrito, le mandaba visitar a los enfermos tarde y mañana, recetarles los medicamentos de acuerdo a sus accidentes y, en una segunda atención, controlar el cumplimiento de los tratamientos establecidos e informar en los casos de "omisión y poco cuidado que se ofreciere sobre que os encargo la conciencia y descargo la de Su Majestad y mía" (1750)<sup>19</sup>. En el caso de Diego Escamilla, que se había desempeñado durante cinco años en cirugía en el hospital de caridad de Madrid trabajando según él junto a "sabios médicos como de peritos cirujanos", los titulares del protomedicato de Santiago le examinaron en cirugía y medicina señalando que era

un hombre de mediana estatura con una cicatriz en el dedo meñique de la mano izquierda, parte de adentro, pelo castaño oscuro, pecosos de viruelas, al cual admitimos a examen y examinamos, así en la teoría como en la práctica de las referias artes en el modo de operar en la disección anatómica, algebra y medicina, y por haberlo hallado hábil le aprobamos<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> *Cabildo de Santiago*, Vol. 55, 40 ss.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> *Ibidem*, 83-84v y 113-113v, respectivamente.

<sup>20</sup> *Cabildo de Santiago*, Vol. 61, 8v-9v.

Con todo, la situación médica de la ciudad no mejoraba y por el contrario a lo largo de las décadas siguientes, las referencias contemporáneas sobre el particular coincidieron en afirmar que casi todos los médicos carecían de bases sólidas que le permitieran ejercer su profesión con un mínimo de seguridad en sus diagnósticos y tratamientos. Además, el grueso del personal médico hospitalario se componía de religiosos mientras que el servicio de salud informal de la ciudad agrupaba a barberos, curanderos, hechiceros, etc. En 1790, el Jefe del Protomedicato, tribunal médico oficial, sostenía que la mayoría de las matronas de la época eran mulatas, indias o gentes sin Dios ni ley y de carácter tan rústico que no sabían leer ni escribir<sup>21</sup>. Por supuesto, los medicamentos estaban basados principalmente en todo tipo de hierbas y combinaciones extrañas y ningún doctor o farmacéutico sabía elementos de química (hubo prohibición para ejercer simultáneamente ambos oficios de médico y farmacéutico).

En general, la situación cultural y médica de la vida santiaguina colonial no era en todo caso algo demasiado excepcional. También en sociedades mucho más avanzadas como la francesa, la medicina no estaba en la mejor posición relativa comparada con otras actividades. Los cirujanos de París fueron reconocidos formalmente como miembros de una profesión liberal sólo en 1743 y el número de médicos generales en la mayoría de las regiones era igualmente muy insuficiente para atender las necesidades de la población. Por lo demás, eran menospreciado a tal punto que una autoridad civil de una villa se refería por entonces al único médico de la localidad como "un asesino público, autorizado para matar al enfermo con toda impunidad"<sup>22</sup>.

Este tipo de consideraciones corresponde sólo a uno de los tantos problemas a que se veía enfrentada la población colonial de Santiago. Con la presencia de la epidemia de 1779-1780, no sólo hubo un número insuficiente de facultativos medianamente preparados, sino también una clara y urgente necesidad de tener que habilitar hospitales aún en carácter de provisionales. El 8 de septiembre de 1779, el Cabildo de la ciudad dirigió una petición formal al Gobernador señalando dramáticamente que

con la peste general que se ha introducido muere un sinnúmero de gente y por lo regular de la miserable y desvalida que la mayor parte está por falta de asistencia, de Hospicio y medicina, pues es tanta la que ocupa el Hospital de San Juan de Dios que no teniendo camas para abrigar los muchos enfermos que todos los días ocurren, se hallan precisados los religiosos unos a mantenerlos botados en el suelo de aquellas salas, negándose a admitir muchos otros por

<sup>21</sup> *Real Audiencia*, Vol. 498.

<sup>22</sup> Citado por John McManners, *Death and the Enlightenment*, Oxford (1981), 27.

no proporcionarse lugar y después de haber solicitado este recurso de largas distancias con notable incomodidad y desabrigo tienen que volverse a la misma choza, y penuria y necesidad de donde salieron, en cuyas extensiones gravados de las enfermedades perecen con total desamparo<sup>23</sup>.

Para aliviar las condiciones de los sectores más desvalidos de la población y a fin de obtener la apertura de nuevos hospitales, el Cabildo pedía una acción concreta de las autoridades superiores.

La respuesta oficial inmediata fue la formación de un Comité de caridad cuyo presidente fue el propio Gobernador del Reino. El 16 de septiembre de 1779, se tomaron las primeras medidas; debido a que la gravedad de los hechos se acrecentaba, se instruyó para dividir la ciudad en cuatro cuarteles o barrios, cada uno de los cuales estaría dirigido por un comité compuesto por cuatro personas: un ministro, un diputado, un médico y un "repartidor", con funciones administrativas. Las principales obligaciones del comité estuvieron referidas a la atención de la población no hospitalizada tanto en los problemas atingentes a la propia enfermedad como en aquellos de carácter socioeconómico derivados o causantes de ésta. Así, se ordenó que sus miembros salieran diariamente desde las cuatro de la tarde con el fin de excitar la caridad de los vecinos a la contribución de las limosnas que quisieran erogar para los correspondientes auxilios y enseguida realizaran la puntual distribución de ropas y alimentos a los enfermos en proporción a las necesidades de cada uno de ellos y en lo preciso a cada día.

Por su parte, los médicos debían hacer sus visitas a las ocho de la mañana y cinco de la tarde. Estas visitas eran a domicilio y sin cargo alguno para los pacientes sin recursos a los cuales se debía además extender una receta indicando su calidad de indigente para el subsidio respectivo<sup>24</sup>.

Obviamente, los procedimientos adoptados fueron insuficientes e incapaces de detener el desarrollo de la epidemia. Si bien es cierto ellos fueron acciones parciales y temporales tendientes a aliviar a los sectores más pobres de la población, no eran los mejores medios para detener de raíz los devastadores efectos de la enfermedad. Tampoco resolvió el problema una serie de acuerdos tomados por el Cabildo de Santiago llamando a novenas y procesiones religiosas a fin de rogar por la clemencia divina. En verdad, estas rogativas fueron recurso frecuente utilizado por la autoridad colonial, especialmente cuando las enfermedades y epidemias se presentaban asociadas con fenómenos climáticos anormales y en particular con sequías prolongadas. Así por ej., una situación altamente ilustrativa de la continua apelación a este recurso la encontramos con respecto a la epidemia de viruelas

<sup>23</sup> *Cabildo de Santiago*, Vol. 70, 7-8.

<sup>24</sup> *Real Audiencia*, Vol. 598, 214 ss.

de 1759, ocasión en que los miembros del ayuntamiento local argumentaban que

por cuanto se halla esta capital sumamente infestada de enfermedades, particularmente de cierta epidemia que ha inundado el pueblo y sus inmediaciones causando continuos estragos en sus habitantes sin que para contener el referido accidente sean bastante los reparos humanos que se aplican... que todo esto no tiene otro principio que la mucha sequedad del año pues totalmente se ha padecido en la estación de invierno una grande escasez de aquellas lluvias regulares con que la Divina Misericordia suele fertilizar los campos causando al mismo tiempo salud robusta a sus criaturas y porque todo lo dicho no tiene más origen que la gravedad de nuestras culpas: Para aplicar la ira de Dios y que nos hagamos dignos de sus beneficios no hay otro remedio que ocurrir al único asilo y amparo de María Santísima... para que como Patrona de esta ciudad vuelva a ella sus piadosos ojos y nos alcance de su preciado Hijo, el beneficio de las lluvias y una total extirpación de las enfermedades que nos aflijen<sup>25</sup>.

En forma paralela a una serie de novenas que igualmente se determinaron para esta ocasión, el 5 de octubre de 1779 –en momentos en que la plaga comenzaba a alcanzar su máxima intensidad–, usando las habilitaciones del noviciado y de la casa de huérfanos que habían pertenecido a los Jesuitas expulsos en 1767, se organizaron dos hospitales provisionales: San Borja y Casa de Menores. Esta fue la respuesta a dos nuevos informes y solicitudes presentados por los médicos, alcaldes, miembros de los Comités de los cuatro cuarteles y por el Procurador de la ciudad al Comité de Caridad y Gobernador en que se señalaba la

imposibilidad de asistir con la puntualidad y socorros necesarios a más de mil seiscientos enfermos que actualmente había esparcidos en los cuatro cuarteles de esta ciudad y los más de ellos destituídos de todo humano auxilio para su abrigo preciso, alimento y suministración de remedios<sup>26</sup>.

Además, se insistía en el número creciente de personas enfermas que llegaban desde los alrededores en una desesperada búsqueda de alivio para sus sufrimientos, en la completa imposibilidad de las autoridades y miembros de cada comité vecinal para satisfacer el aumento de sus deman-

<sup>25</sup> *Cabildo de Santiago*, Vol. 62, 67v y 68v,

<sup>26</sup> *Real Audiencia*, Vol. 498.

das por atención médica y recursos materiales, y en la fatiga en aumento que experimentaban a diario los médicos en el servicio de una multitud de pacientes que les requerían desde todo lugar dentro y fuera de la ciudad.

Los hospitales provisionales así organizados fueron dotados con un cuerpo de enfermeras, un médico y dos religiosos que prestan asistencia espiritual a los enfermos. Por lo demás, habiendo entrado en funciones en el mismo mes de octubre de 1779, en marzo del año siguiente se decidió que el de San Borja no siguiera recibiendo enfermos a objeto de empezar algunas obras que le transformaran en definitivo y que en el intertanto sus utensilios y equipamiento fuera pasando provisionalmente a la Casa de Menores en donde se ordenaba además el fabricar

a la mayor brevedad cien camas en cueros para mayor alivio y conveniencia de los enfermos, que servirán por ahora en el Hospital de los Huérfanos a fin de preservarle de la humedad que tienen sus cuartos y se deberán trasladar después al de San Borja<sup>27</sup>.

A este nivel, el principal problema que permanecía sin solución era el más importante: buscar los medios técnicos para eliminar la epidemia e impedir rebrotes. En Europa, explicaciones teóricas contemporáneas acerca del origen y desarrollo de pestilencias similares conferían especial relevancia a la combinación de una serie de factores socio-económicos y geográficos que facilitaban la expansión y contagio de la enfermedad. Junto al tipo de habitaciones en que convivía un alto número de individuos, a las pobres condiciones de trabajo y a una inadecuada dieta alimenticia, el aire era reconocido como un elemento que igualmente podía convertirse en un medio altamente favorable a las epidemias<sup>28</sup>.

Estas ideas, especialmente consideradas por científicos ingleses y franceses, fueron también recogidas por la ilustración española y algunos trabajos como el "Différents moyens pour renouveler l'air des infirmeries, et généralement de tous les endroits où le mauvais air peut incommoder la respiration" o el *Dictionnaire ou Traité de la Police Générale des Villes*, escritos por Duhamel de Monceau y E.P. Fremenville y publicados en Paris en 1749 y 1769, respectivamente, habían sido conocidos por intelectuales como J.M. de Jovellanos que junto a Jerónimo Feijoo influyeron en la mayoría de los miembros del grupo más culto de la América Latina colonial. Además, ciertas publicaciones como *El Mercurio Peruano* comentaban frecuentemente casi todos los nuevos descubrimientos y avances europeos y servían como

<sup>27</sup> *Real Audiencia*, Vol. 598, 243-245.

<sup>28</sup> Ver, por ej., L.J. Jordanova, *Earth science and environmental medicine: the synthesis of the late enlightenment*. En L.J. Jordanova y Roy S. Porter (eds.), *Images of the Earth, essays in the history of the environmental sciences*, London (1979), 128-133.



un medio muy importante para su difusión en estos dominios<sup>29</sup>.

Producto de ésta y otras situaciones hubo algunos intentos de imposición de nuevas conductas y de regulación de la higiene pública, pero el peso de la vida material existente permitía sólo logros muy transitorios y muy poco y lento progreso definitivo. Mucho más eficiente, en el largo plazo, fue la acción de algunos médicos y científicos extranjeros que comenzaron a estudiar y a escribir informes sobre problemas sanitarios de las ciudades capitales provocando ciertas reacciones e incluso comprometiendo a algunas autoridades<sup>30</sup>. Por supuesto, ello no era suficiente para obtener cambios significativos pero, al menos, la toma de conciencia respecto a estas realidades comenzó a emerger.

Así, con la epidemia de 1779-1780, reflejando los valores culturales de la época, es cierto que como se ha señalado anteriormente las primeras acciones más recurrentes seguidas por todos los sectores sociales estuvieron relacionadas con actos religiosos manifestados en oraciones públicas y privadas y en la organización de novenas y procesiones para pedir el milagro de la intervención divina. Pero, ello no significó necesariamente que la sociedad no hiciera otra cosa que esperar. Ello tampoco impidió un cierto análisis "científico" de la situación ni una búsqueda de una explicación médica satisfactoria.

A comienzos de septiembre de 1779, el Procurador de Santiago informaba al Gobernador con respecto al número de personas que estaban muriendo por efectos de la enfermedad ya que

el que es tocado del accidente cae en el destino de la muerte y raro se recupera a la sanidad, esto ya se habrá de provenir de lo difícil de su curación, no encontrándose remedio para reparar semejante mal.

Ante ello, la autoridad expresaba que los médicos y facultativos debían ser lo más peritos en su oficio y que estaban obligados a practicar todo tipo de diligencias, experimentales y especulativas, para hallar las causas de las enfermedades y que no habiéndose encontrado remedio hasta ese momento para vencer "enemigo tan poderoso",

<sup>29</sup> Jean-Pierre Clement, El nacimiento de la higiene urbana en la América Española del s. XVIII. *Revista de Indias*, Enero-Junio 1983, 171, 77-81.

<sup>30</sup> En Santiago de Chile, por ej., el francés Diego de Lasevnet estudió problemas sanitarios del río Mapocho y sus componentes médicos y químicos en 1718 y escribió un informe dirigido al Gobernador: "Informe médico-químico sobre las aguas del río Mapocho, por el bachiller Diego de Lasevnet. Citado por P.L. Ferrer, op. cit., pág. 124 ss.

sería conveniente y aún necesario que se practicase alguna operación con alguno o algunos cuerpos muertos haciendo una prolija y exacta anatomía, para en parte examinar de más cerca el daño.

El informe terminaba argumentando que a pesar de que la autopsia ya se consideraba en casi todo el mundo como útil y esencial en el adelanto médico, en Chile jamás se había practicado, pero

la calamidad difundida generalmente por todo el Reino de modo que no sólo se ha hecho sensible en esta ciudad y sus contornos, sino también en todos los lugares, villas y valles, causando notable ruina y destrucción en sus vivientes, es la que mueve toda la atención, celo y piedad de V.S. para que se sirva de mandar que todos los médicos y cirujanos de esta ciudad, en junta general procedan a practicar esta operación anatómica, dentro del término que fuere de superior arbitrio<sup>31</sup>.

Aunque la petición fue acogida positivamente por el Gobernador, pareciera no haber información acerca de los resultados de las autopsias, si es que ellas efectivamente se verificaron, pero al final del mismo mes un Comité médico oficial señalaba que hasta ese momento no se había alcanzado ningún adelanto en la detención de la epidemia. Sin embargo, el comité enfatizaba que las condiciones socio-económicas y la falta de protección de las corrientes de aire mostrada por la mayoría de las moradas, eran las causas principales que facilitaban no sólo la mantención de la seriedad de la plaga sino también de su recrudecimiento. De hecho, el análisis de los motivos que impedían alcanzar cualquier éxito que aminorara la epidemia estaba centrado en tres observaciones:

1. el principal, por hallarse la mayoría de la población en total desamparo respecto a una oportuna asistencia,
2. por hallarse los más de las gentes "sin el abrigo necesario para que produzcan favorables efectos los primeros medicamentos que se les recetan ya que el continuo sudor no sólo demanda sufi-

<sup>31</sup> De acuerdo con P.L. Ferrer, *op. cit.*, 170-175 y 352-356, hubo dos casos de autopsia en Chile antes del período aquí estudiado. En 1704, el Cabildo de Santiago autorizó una de ellas, pero no se supo de sus resultados. En 1713, la misma institución solicitó al Rey de España el permiso para realizar autopsias en cuerpos humanos, petición que fue absolutamente denegada. En la propia España, durante la mayor parte del s. XVIII, sólo podían efectuarse 20 autopsias al año. De esta manera, la prohibición no permitió nuevas autopsias hasta 1773 cuando se realizó una de ellas por dos cirujanos militares.

Sólo en 1833 las autopsias se organizaron claramente dentro de los estudios médicos.

ciente socorro de frazadas y pellejos, sino también una habitación regularmente libre de toda humedad y comunicación de aires", todo lo cual se contraponía con "sus tristes chozas rotas por todas partes".

3. la insoportable fatiga de los médicos expuestos igualmente a padecer un pronto quebranto de su salud por el mayor incremento tomado por la epidemia y el cuidado de un número mayor a los 325 enfermos por parte de cada uno de ellos<sup>32</sup>.

Tres meses más tarde, en plena época estival, surgieron claras referencias a las corrientes de aire como el principal factor en el origen de la plaga y en la persistencia de la epidemia. En un nuevo informe del Procurador de la ciudad al Gobernador se señalaba que el estudio del desarrollo de la epidemia concluía en que sus orígenes se encontraban

en los principios de aires fríos y sutiles que respirando la sangre causaban las constipaciones y reumas catarrales, (y) hoy con los calores del verano debiendo cesar aquella causa se conceptúa prudentemente haber tomado otro influjo proveniente de contagio esparcido por la atmósfera en partículas venenosas y pestilencias, materia bastante para la permanencia, a menos que un viento impetuoso se disipen.

En consecuencia, se insistía en la conveniencia de adoptar nuevas acciones tendientes en esta ocasión a purificar la atmósfera para lo cual se hacía necesario

ocurrir a los remedios generales que la práctica y obsevación los ha calificado por buenos y que en iguales circunstancias se han aprovechado en otras ciudades para purificar el aire. Entre éstos se han conocido por beneficios ciertos saumerios o humazos dispuestos de bostas de ganados mayores y menores, (o) los del romerillo que en nuestro país llaman de la tierra.

Para concretizar esta medida, se solicitaba que el vecindario se dividiera de acuerdo al lugar de residencia y que por cada cuadra de la ciudad se organizara un comité que dirigiera y controlara las quemazones tomando las precauciones necesarias para prevenir accidentes o daños. La operación debería repetirse por cuatro días discontinuados, en ciertas horas de la noche y a un mismo tiempo en todas las bocacalles<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> *Real Audiencia*, Vol. 598, 4-8.

<sup>33</sup> *Ibidem*, 229.

Después de nuevos informes emitidos por el Fiscal del gobierno y por uno de los médicos cirujanos, el gobernador aprobó la solicitud y decretó oficialmente que, observando que ante semejantes tribulaciones las naciones más cultas de Europa habían adoptado eficazmente los mismos procedimientos,

podía ordenar que todos los vecinos de esta ciudad aprontasen para el día primero de diciembre próximo las carretadas o cargas que pudiesen, de romerillo de la tierra o de otras materias adoríferas, y en su defecto de bostas de ganado mayor o menor, en el número y cantidad que los permitiesen sus facultades respectivas y les dictase su amor hacia sus compatriotas, para que haciéndose fogatas por ocho noches consecutivas después de puesto el sol, se consiga el suspirado fin de esta epidemia debiéndose esperar del ilustrado y patriótico celo de sus dirigentes ciudadanos el que concurrirán con el más vivo ardor a estos deberes que imponen la religión y la humanidad en iguales ocurrencias<sup>34</sup>.

Sea porque efectivamente las fogatas tuvieron un resultado exitoso, debido tal vez a simple coincidencia o, a consecuencias de la combinación de una serie de factores, la intensidad de la plaga en Santiago comenzó a decrecer desde el mismo mes de enero de 1780 y desaparece completamente a mediados de ese año. Simultáneamente, la epidemia se desplaza hacia otras regiones y en localidades como las ya señaladas de Quillota, San Felipe y Petorca, alcanza su máximo en junio. Al final de 1780, la plaga era sólo un triste y terrible episodio que había dejado tras de sí su normal secuela de destrucción y muerte.

En Santiago, hubo algunos efectos temporalmente positivos. Como resultado de los problemas médico-sanitarios que enfrentaba la ciudad, San Borja se transformó en un hospital permanente y, en noviembre de 1781, el Cabildo trató de regular la asistencia médica profesional mediante la fijación de un arancel común en que los sectores más pobres de la población debían de ser atendidos libres de todo pago. Al mismo tiempo se prohibió a los doctores y a sus parientes ser propietarios de farmacias y se determinaron nuevas medidas para controlar esos establecimientos.

Sin embargo, la sociedad estaba todavía muy lejos de alcanzar verdaderos avances en las condiciones higiénicas y sanitarias y de obtener mejores servicios médicos. Por lo pronto, ya en 1787 sobrevino una nueva peste de viruelas con sus conocidas secuelas y frente a la cual una vez más se debió recurrir a las acciones tradicionales y a la búsqueda del conocimiento y remedios necesarios para intentar su eliminación. Por entonces, la va-

<sup>34</sup> *Ibidem*, 230-231.

riolización, aplicada en España desde 1728, ya era un método un poco más generalizado (pero siempre temido y rechazado por muchos) que consistía en la inoculación de "fluído de los granos variolosos a las personas, particularmente, niños, con la esperanza de provocar sólo una forma leve del mal"<sup>35</sup>. Además también se acudía a los cordones sanitarios e incluso al traslado de enfermos fuera de los límites urbanos para alcanzar un mejor aislamiento. Con todo, la sociedad seguía sintiéndose indefensa, requiriendo de la intervención divina, pero al mismo tiempo, buscando los medios más oportunos para atacar la enfermedad.

En mayo de ese año de 1787, el Cabildo reflexionaba sobre el estado en que se hallaba el pueblo, "consternado" con la epidemia y sin que sus funestas consecuencias pudieran repararse ni aún con la inoculación que, por el contrario, causaba

un estrago inesperado, tanto en los muchos inoculados que fallecen, como en los tumores, y apostemas, y iricipelas de que quedan otros padeciendo, hasta llegar varios de los dichos inoculados a término de perder el brazo dónde se les introdujo el pus; y lo que es más doloroso en medio de estas tragedias, el desacierto que se ha observado en la curación de semejantes enfermos, pues las medicinas que se aplican a unos, han dañado a otros, siendo una propia la enfermedad.

Ante estos problemas, se pedía recurrir nuevamente a la formación de una Junta General de todos los médicos, cirujanos y practicantes que descubriera el origen de las hinchazones y tumores y que asegurara a los vecinos el método curativo más preciso y de menor costo<sup>36</sup>.

Como fuese, estos y otros esfuerzos no impidieron que los desamparados moradores siguieran muriendo por millares y que la ciudad y el reino, a pesar de su privilegiado clima, pagaran "su anual tributo de epidemias sin cuya inevitable aparición podría asegurarse que la población de Chile sería hoy día el doble al menos de su cifra"<sup>37</sup>. Por otra parte, como sociedad pre-industrial, y tal como ocurría en Europa, la mentalidad existente estaba resignada a sufrir este tipo de calamidades y a la continua pérdida de parientes, amigos, vecinos, en cualquier momento y a la vez. La destrucción de la vida familiar a costa de un variado número de epidemias fue considerada como algo normal en la existencia humana. En Europa o en América, la peste, "hidra de mil cabezas, extraño camaleón,

<sup>35</sup> Citado por Antonio Dognac R. "Panorama de la ciencia en Chile en el Siglo XVIII", *Cuadernos de la Universidad de Chile* N° 2 (1983), 58.

<sup>36</sup> *Cabildo de Santiago*, Vol. 73, 73-73v.

<sup>37</sup> Benjamín Vicuña Mackenna, *Los médicos de antaño*, pág. 182.

de formas tan diversas que los contemporáneos la confundían, sin matizar demasiado, con otras enfermedades, era el grande, el horrible personaje. Florón de danzas macabras, constituye una constante, una estructura de la vida de los hombres"<sup>38</sup>.

## CONCLUSIONES

En primer lugar es importante distinguir entre las posibilidades existentes para asumir este tipo de estudios y los resultados que pueden alcanzarse, especialmente en términos de medición de los efectos cuantitativos de las epidemias. Por una parte, el uso de determinados métodos de análisis está siempre unido a la disponibilidad de fuentes y de su calidad. Por otra, cualquier documento parcial o incompleto puede forzar un análisis histórico en una dirección equívoca que puede mal interpretar aspectos significativos de los hechos históricos.

Sin embargo, todo esfuerzo metodológico tendiente a explicar aspectos desconocidos del pasado no sólo es útil sino necesario y es en este contexto en que hemos centrado el presente análisis: una contribución más que un estudio acabado del fenómeno. En este sentido, las cifras no tienen valor en sí mismas, sino sólo sirven como un elemento más para alcanzar aproximaciones generales a estas realidades. Como no es posible hacer comparaciones con otros análisis similares (en términos geográficos o temporales), debemos entenderlas en relación a las condiciones socio-económicas y materiales de la sociedad, a las correspondientes reacciones sociales y a la población registrada del período.

Así, es posible encontrar una relación directa entre los orígenes y desarrollo de la epidemia con el ambiente y contexto general en que se desenvuelve. De acuerdo con ello, las respuestas sociales indican un cierto sentido de solidaridad oficial y al mismo tiempo reflejan la pobreza de la vida material y el mínimo nivel de los servicios médicos. Más importante, considerando los valores culturales, surge en primer lugar la fuerte permanencia de conductas tradicionales y de actitudes religiosas. Sin embargo, merecen igualmente destacarse los esfuerzos cada vez más frecuentes realizados por la autoridad y los propios médicos para enfrentar más científica y realísticamente las continuas plagas y epidemias a las cuales la sociedad estaba tan expuesta.

<sup>38</sup> Fernand Braudel, *op. cit.*, I, 54.