

Entre sifilíticos, locos y leprosos

Estudio médico y social de las
enfermedades estigmatizadas y registradas
en el Hospital de San Miguel de Belén,
Guadalajara, 1794-1823

HUGO HUMBERTO SALAS PELAYO



Universidad de Guadalajara

Entre sifilíticos, locos y leprosos
Estudio médico y social de las
enfermedades estigmatizadas y registradas
en el Hospital de San Miguel de Belén,
Guadalajara, 1794-1823

HUGO HUMBERTO SALAS PELAYO

Universidad de Guadalajara
2025

362.1042
SAL

Salas Pelayo, Hugo Humberto

Entre sífilíticos, locos y leprosos: Estudio médico y social de las enfermedades estigmatizadas y registradas en el Hospital de San Miguel de Belén, Guadalajara, 1794-1823/Hugo Humberto Salas Pelayo

Zapopan, Jalisco: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Unidad de Apoyo Editorial. 2025

ISBN 978-607-581-625-8 (digital)

1. Enfermedades - Guadalajara, Jalisco - Siglo XVIII. 2. Enfermedades - Guadalajara, Jalisco - Siglo XIX. 3. Hospital Real de San Miguel de Belén - 1581-1802- Historia. 4. Enfermedades mentales - Opinión pública. 5. Salud mental - Aspectos sociales. 6. Discriminación contra los enfermos mentales. 7. Estigma (Psicología social). 8. Enfermedades de transmisión sexual. 9. Sífilis, 10. Lepra. 11. Lepra - Hospitales - Guadalajara, Jalisco. 12. Mortalidad - Guadalajara, Jalisco - Estadísticas.

Esta publicación fue dictaminada favorablemente mediante el método doble ciego por pares académicos y financiada con recursos del Programa de Apoyo a la Mejora en las Condiciones de Producción de los Miembros del SNII y SNCA-PROSNII (2025).

Primera edición, 2025

D.R. © Universidad de Guadalajara

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

Unidad de Apoyo Editorial

José Parres Arias 150

San José del Bajío

45132, Zapopan, Jalisco, México

Consulte nuestro catálogo en: www.cucsh.udg.mx

ISBN 978-607-581-625-8 (digital)

Editado y hecho en México

Edited and made in Mexico

Índice

Agradecimientos	11
Introducción	13
CAPÍTULO I.	
El Nuevo Hospital de San Miguel de Belén	33
1. Guadalajara a finales del siglo XVIII	33
2. El Nuevo Hospital de San Miguel	36
3. Los saberes tradicionales	44
4. Los avances médicos	55
CAPÍTULO II.	
El funcionamiento hospitalario a través de los registros	65
1. Los registros de enfermos	65
2. La viruela de 1797	75
3. Las enfermedades consignadas en el hospital entre 1811 y 1823	80
CAPÍTULO III.	
Los males venéreos	95
1. Los enfermos de galio	95
2. Relajamiento moral y sexual	105

3. La distribución por salas de los enfermos de galio	113
4. Los enfermos de fiebres	118
 CAPÍTULO IV.	
Los padecimientos mentales	127
1. La locura en la época Colonial	127
2. Los enfermos con trastorno mental	129
3. La locura a través de los procesos judiciales: estudio de caso	136
 CAPÍTULO V.	
Los enfermos de lepra	147
1. La concepción de la enfermedad	147
2. El encierro hospitalario	159
3. La sepultura cristiana	164
 A manera de conclusión	 169
 Anexo 1. Registros mensuales de ingreso, salida y muerte en el Hospital de San Miguel de Guadalajara, 1794-1823	 177
 Referencias	 183
Archivos consultados	183
Bibliografía	183

A la memoria de mi padre y de mi madre

Agradecimientos

Al concluir esta investigación son varias las instituciones y personas a las que agradezco el término de la misma. A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI-CONAHCYT), por la financiación del proyecto para realizar esta investigación que forma parte de las actividades de la Estancia Posdoctoral realizada en la Universidad de Guadalajara. De la misma forma, reconozco a las autoridades del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara, por los apoyos otorgados para financiar la publicación de este trabajo a través de los recursos económicos de PRO-SNI 2025.

Agradezco a la Coordinación del Doctorado en Historia de la Universidad de Guadalajara, de manera particular, a la Dra. María Pilar Gutiérrez Lorenzo, por el apoyo y facilidades brindadas en la estancia posdoctoral. Le reconozco a la Dra. Gutiérrez la disposición y confianza que me brindó para poder seguir con el posdoctorado.

Agradezco a todos y cada uno de los maestros y personas que compartieron conmigo un espacio académico durante mis años de Estancia Posdoctoral en la Universidad de Guadalajara. Reconozco el apoyo incondicional que siempre me brindó el Dr. David Carbajal López y la Dra. Lilia Oliver Sánchez, así como el grupo de maestros y colaboradores del Doctorado en Historia.

Especial mención merecen mis amigos Juan Luis, Higor, Fernando y Ulises Ramírez, por su apoyo y confianza. De manera particular, a Juan Luis Argumaniz Tello por la lectura que hizo de este texto y a Luis Mu-

rillo la edición de las imágenes y planos que conforman este trabajo. A los dictaminadores que revisaron este trabajo, les doy las gracias por las sugerencias y recomendaciones.

A los encargados y responsables de los acervos históricos consultados también les doy las gracias: al personal de la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco Juan José Arreola, por la facilidad en la consulta de la documentación; a los del Archivo Histórico de Jalisco, por la buena disposición en la consulta del material que reguardan. A Manuel Ramos del Archivo Municipal de Guadalajara, por su atención y orientación en la búsqueda documental, quien además, de manera desinteresada siempre me facilitó la documentación requerida: a la hermana Teresa, del Archivo del Arzobispado, por su amabilidad.

También agradezco a mi familia por el apoyo y la confianza depositada en mí a lo largo de la vida, reconociendo el esfuerzo que implica un proyecto de investigación.

Introducción

El estudio de las enfermedades a través de los libros de registro del Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara a finales de la época Colonial, dio la posibilidad de identificar los padecimientos más comunes, las principales epidemias que aquejaban a la población y la presencia de ciertas enfermedades estigmatizadas como las de transmisión sexual (sífilis), las de trastorno mental y la lepra. Con respecto a los sujetos que presentaban esos padecimientos, nos percatamos de que fueron repudiados por la población y por las autoridades de la ciudad por padecer enfermedades descalificadas socialmente y, aun cuando el nosocomio preponderó su atención espiritual, su internamiento hospitalario conllevó un encierro médico, caritativo y represivo.

La relación que guardan las enfermedades venéreas, los padecimientos mentales y los enfermos de lepra en el internamiento del Nuevo Hospital de San Miguel, fue más allá de los espacios y salas en donde se les recluyó. Se supeditó a la visión estigmatizada que desde la edad Media y hasta el siglo XIX las caracterizó como enfermedades repugnantes y como castigo de Dios.

Este trabajo tiene como base la propuesta de estudio de Lilia Oliver Sánchez (1992), pionera en los estudios de historia de la salud pública y de la medicina en Guadalajara, sobre el internamiento que presentan los sifilíticos, locos y leprosos en el Hospital de San Miguel (pp. 266-268). Con base en las teorías de Michel Foucault (2015), que examina la relación que guardan ciertas enfermedades durante la edad Media (pp. 76-127), la

autora se remite a la manera en que las enfermedades venéreas, los padecimientos mentales y los enfermos de lepra, fueron contextualizados en ese mundo medieval. Oliver (1992) analiza cómo se relacionan esas enfermedades en el internamiento del nuevo Hospital de San Miguel a finales del siglo XVIII y señala que

Durante la Edad Media los leprosos fueron segregados. Al finalizar este periodo histórico la lepra desaparece del mundo occidental, y el lugar fue ocupado por las enfermedades venéreas, que al terminar el siglo XVI suceden a la lepra como por derecho de herencia y se les atiende en varios hospitales de leprosos. Sin embargo, las enfermedades venéreas no desempeñan en la época de la razón el lugar que tuvo la lepra en la Edad Media, porque aquellas muy pronto se ubican en el terreno médico: por todas partes se inventan tratamientos para su curación. También muy pronto estas enfermedades pierden ese contexto médico y bajo la influencia del mundo del internamiento, tal como se ha constituido en el siglo XVII, «se han integrado al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión» (p. 267).

El confinamiento en hospitales, hospicios y demás instituciones de reclusión tiene su antecedente en lo que Michel Foucault (2015) ha llamado «El gran encierro», internamiento de carácter represivo que no guardó relación con el orden médico efectuado en el Hospital General de París en 1656 (pp. 81-83). Este recinto concentró varias casas, acilos e instituciones de albergue en donde se hospedó y alimentó a los que se presentaban voluntariamente y aquellos enviados por la autoridad (pp. 81-83).

El crecimiento de la pobreza y los peligros que significó la presencia de delincuentes, vagabundos, mendigos y libertinos que deambulaban libremente por las ciudades durante el contexto del siglo XVII europeo, llevó al Estado a emprender acciones para proteger a la población. Se crearon instituciones de internamiento como hospitales generales, prisiones y hospicios para confinar a los pobres, vagabundos y a todo aquel que significara un peligro para el Estado (Foucault, 2015, pp. 76-127). Este encierro se hi-

zo principalmente porque se les concibió como una incomodidad social y por el desorden que generaban.

En este mundo de internamiento, la Iglesia también desempeñó una función importante con la participación de sus órdenes religiosas como fue el caso de la de San Vicente de Paul y la de San Juan de Dios (Foucault, 2015, pp. 85-86), dedicadas a socorrer espiritualmente a los enfermos y pobres:

En esas instituciones vienen a mezclarse así, a menudo no sin conflictos, los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar (Foucault, 2015, pp. 87-88).

Las condiciones de enfermedad que caracterizaron a Nueva España desde el inicio del periodo virreinal, aunado al espíritu renovador, humanista y caritativo de las órdenes regulares y al impulso hospitalario que se vivía en España, sentaron las bases sobre las que se edificó el sistema hospitalario, establecidos desde la concepción cristiana de la caridad (Muriel, 1990, pp. 12-13).

Los hospitales novohispanos se destinaron para españoles, indios y negros que presentaban distintos malestares. Para el caso de la población que padeció algún trastorno mental, en 1567 se estableció en la ciudad de México el Hospital de San Hipólito para hombres y en 1687 el Hospital del Divino Salvador se destinó para mujeres que presentaban el mismo padecimiento (Sacristán, 1994, p. 12). El de San Lázaro se fundó para los enfermos de lepra en 1572¹ y, para los de sífilis, se reservó el del Amor de Dios, fundado en el año 1540 (Aceves, 2002, p. 49). Estos hospitales se convirtieron en instituciones de importancia para el virreinato, recibie-

¹ «Un primer Hospital de San Lázaro fue fundado por Hernán Cortés, presuntamente entre 1521 y 1524, años en que el conquistador estuvo al frente del gobierno» (Sánchez, 2015, p. 17).

ron enfermos de todas las calidades y de distintas ciudades de los territorios novohispanos.

Durante el gobierno ilustrado de los borbones correspondiente a la segunda mitad del siglo XVIII, se promovió el establecimiento de instituciones de ayuda social como una necesidad del gobierno para tener una población sana que fuera productiva. A los vagos, ociosos y enfermos que deambulaban por las calles se les consideró un peligro social, había que tenerlos encerrados o trabajando. Por ello, los monarcas ilustrados dieron nuevo cauce a esta problemática mediante la recogida sistemática de estos sujetos (Sacristán, 1992, p. 80).

El hospicio de pobres se fundó en la ciudad de México en el año 1774 (Arrom, 2011, p. 19). Esta institución reguló la práctica de pedir limosna, dio asistencia y significó un medio productivo para quien pudiera trabajar. Su finalidad fue remover a los mendigos y vagos de las calles teniendo como objetivo diferenciar y clasificar a los más vulnerables de acuerdo a las condiciones en que se encontraban para trabajar. Se distinguió a los que realmente necesitaban ayuda de los que no la requerían, ya que podían valerse por sí mismos. A los mendigos se les confinó en el nuevo acilo, se les albergó y educó, mientras que los vagos formaron parte de las cuadrillas de trabajo que requirieron las obras públicas de la ciudad (Arrom, 2011, p. 19).

El hospicio fue concebido como un refugio para pobres e indigentes, un espacio de trabajo con talleres, escuela de catecismo, reformatorio y, para algunos, como una prisión. Se fundó para que voluntariamente ingresaran los más vulnerables y a quien se sorprendiera pidiendo limosna se le recluía forzosamente. La institución tuvo la finalidad de imponer el control social e impedir la mendicidad futura (Arrom, 2011, pp. 19 y 33), pues «estaba diseñado para aislar y rehabilitar a los marginados sociales, más que meramente asistirlos» (Arrom, 2011, p. 37).

La ciudad de Guadalajara tuvo un Hospicio de Pobres que funcionó entre 1786 y 1787 (Cook, tomo 1, 1982, pp. 355-366) y dos hospitales: el de San Juan de Dios y el de San Miguel de Belén. Para el caso del hospicio y del recinto de San Juan de Dios, la falta de fuentes documentales im-

pide un abordaje más profundo, en cambio, el de San Miguel sí permite un análisis a fondo.

El Nuevo Hospital de San Miguel se estableció en 1794.² Se destinó para la atención espiritual de los convalecientes y no es fortuito que los primeros malestares que consignan los libros del nosocomio a finales del siglo XVIII fueran los «padecimientos mentales» y los «leprosos o lazariños». La connotación nauseabunda que tuvieron esos dos males desde la época medieval siguió vigente en el mundo novohispano y por eso había que identificarlos y registrarlos en el hospital. En el caso de las enfermedades venéreas, cabe señalar que desde el establecimiento del nuevo nosocomio se destinaron tres salas de mediana capacidad para su tratamiento. Esta situación manifiesta el problema que desde ese momento representaron en la ciudad (Oliver, 1992, p. 267). Sin embargo, los registros del hospital no identifican a los individuos que padecieron humores venéreos, los consignan a partir del 23 de noviembre de 1811, momento en que se registran todas las enfermedades en el nosocomio.

El Hospital de San Miguel seguía arraigado a las ideas cristianas de la caridad y la Iglesia influía de manera muy notable en su funcionamiento. La apertura que requirió la consigna de los enfermos de galio en los libros del nosocomio a diferencia de los de lepra y de los padecimientos mentales, consignados desde los últimos años del siglo XVIII, se fue dando poco a poco y sobre ciertos ejes. La resistencia se debió al pensamiento religioso que predominaba en la época en donde la Iglesia ocultó la presencia de los humores venéreos por su «maléfica y venenosa cualidad». Por razones culturales e ideas profanas con respecto a la fe y de mentalidades, se explica porque ese mal se registró en las entradas del nosocomio desde fines de 1811.

² El Hospital Real de San Miguel se fundó en 1581. Su primera sede (1581-1590), se ubicó en lo que actualmente es el Palacio Legislativo de la ciudad; su segunda sede (1590-1794), se estableció en el espacio que actualmente corresponde al Mercado Corona; y su tercera sede (1794), corresponde al actual Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde (Oliver, 1992, p. 56).

Los objetivos de esta investigación consisten en 1) estudiar la representación social y el estigma cultural atribuido a las enfermedades sexuales, a los padecimientos mentales y a los enfermos de lepra, 2) analizar las funciones de contención, de reclusión y de exclusión atribuidas al Hospital de San Miguel, 3) estudiar en qué medida el encierro hospitalario de sifilíticos, locos y leprosos tuvo carácter médico, caritativo o represivo, 4) examinar los criterios que determinan la distribución de los enfermos en las diversas salas del nosocomio y 5) determinar las funciones religiosas que desempeñaron los frailes de la Orden de Nuestra Señora de Belén y los facultativos del recinto frente al internamiento de enfermos con problemas venéreos, mentales, y otros padecimientos.

En relación con el estado del conocimiento, se plantean dos áreas temáticas: los trabajos que analizan el funcionamiento de las instituciones hospitalarias y los estudios de historia demográfica que tratan los problemas de salud y de enfermedad en la ciudad de Guadalajara durante los últimos años de la época Colonial. Desde la óptica de estudio del Hospital de San Miguel, se han elaborado diversos trabajos, como los de Marco Dorta (1936, pp. 124-144), Alberto Santoscoy (1984), Josefina Muriel (1990, pp. 275-279), Lilia Oliver (1992, pp. 15-326), María Ángeles Gálvez (1996, pp. 155-162), Alejandro Ramos (2005, pp. 13-236) y Eugenia Méndez (2009, pp. 9-203), entre otros, aunque los estudios más trascendentales y puntuales son los de Lilia Oliver (1992), indispensables como punto de partida y orientación de esta investigación. La autora analiza la fundación e historia del Hospital Real de San Miguel de Belén durante la época Colonial, aborda cuestiones propias de las órdenes hospitalarias, principalmente la administración ejercida por los religiosos de la Orden de Nuestra Señora de Belén y las tareas adjudicadas a los facultativos, define la concepción del hospital cobrando gran importancia el concepto cristiano de caridad y de ejercicio espiritual.

En *Salud, desarrollo urbano...*, Oliver (2003) continúa el estudio de las instituciones hospitalarias de Guadalajara. La autora estudia cómo se transforma la organización interna de San Miguel de Belén durante el siglo XIX y explora qué cambios se operaron en su gobierno interno que

permitieron la modernización del mismo. Se analiza «la organización interna del hospital de finales de la época colonial hasta 1847; y [...] cómo era esa organización al finalizar el siglo XIX» (p. 202). En sus trabajos se han detectado algunas oportunidades de estudio que con el respaldo de nuevas fuentes documentales nos ha dado la posibilidad de proponer un estudio sobre el funcionamiento del Hospital de San Miguel a través de los registros de enfermos.

Otros trabajos analizan el núcleo médico-funerario, el manicomio, el panteón de belén, definen el concepto de caridad cristiana y de ejercicio espiritual que rigió al recinto durante la época Colonial, estudian la mortalidad durante las crisis epidémicas, los registros de enfermos y sus causas de muerte, las órdenes hospitalarias, las tareas adjudicadas a los facultativos, la cobertura y área de influencia así como los cambios paulatinos de medicalización y modernización que presenta la institución durante el siglo XIX (Muriel, 1990, pp. 275-279), (Gálvez, 1996, pp. 155-162), (Ramos, 2005, pp. 13-236) y (Méndez, 2009, pp. 9-203).

Con respecto a los estudios que tratan los problemas de salud y de enfermedad en Guadalajara, Lilia Oliver (1986 y 2016), David Carbajal López (2016) y Juan Luis Argumaniz Tello (2019), abordan diversas crisis epidémicas destacando las de tifo de 1814, la viruela de 1815 y 1830, el sarampión de 1825 y el cólera de 1833. Los trabajos tienen como base los registros parroquiales de los curatos de Guadalajara y de su Obispado. Presentan riguroso análisis sumando novedosas interpretaciones sobre el impacto provocado por las epidemias en la población adulta e infantil, demuestran la poca higiene, las condiciones de vida de la población y reconstruyen las rutas de propagación de las epidemias en la ciudad y en el Obispado de Guadalajara durante el siglo XVIII y el XIX.

Con el respaldo de nuevas fuentes, metodologías y análisis riguroso, la historiografía tapatía ha revalorizado la forma de acercarse al pasado de Guadalajara. Desde una óptica interdisciplinaria y con el replanteamiento de categorías de análisis científicas, proponen el estudio de los problemas históricos con mejores fundamentos. Destaca el análisis de los saberes

médicos y el dialogo con la historia de la ciencia en el contexto social, cultural, político y epidemiológico de los siglos XVIII y XIX.

Cabe mencionar que este trabajo se complementa con los resultados parciales de dos artículos publicados: «El funcionamiento y la dinámica interna de las salas de enfermos del Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara, 1797-1799» (Salas, 2018, pp. 63-92) y «Entre la insurgencia y las enfermedades venéreas: la organización hospitalaria en Guadalajara, 1811-1823» (Salas, 2020, pp. 1431-1492). Sin embargo, el análisis de la fuente que aquí presentamos incluye la representación social de los males venéreos, de los padecimientos mentales y de los enfermos de lepra, puntualizando los problemas de salud y las funciones de contención, de reclusión y de exclusión del nosocomio desde una perspectiva médica, social y cultural.

En esta ocasión no se propone necesariamente una investigación sobre epidemias u hospitales. La generación del conocimiento demanda la búsqueda y análisis de nuevas fuentes, por lo que un estudio de salud pública apoyado con los registros de enfermos y con la documentación judicial es imprescindible para tener mayor conocimiento sobre la Guadalajara del último tercio del periodo virreinal. En comparación con los abundantes y bien logrados estudios demográficos que muestran panorama certero sobre la presencia de epidemias durante ciertos momentos en la ciudad, o con los que dan cuenta del funcionamiento de las instituciones hospitalarias, el análisis de los registros y cruce de información con las actas judiciales, da la posibilidad de proponer un trabajo original sobre las enfermedades estigmatizadas que fueron registradas en el nosocomio.

Se plantea un estudio sobre el estigma social y cultural que presentan los enfermos con males venéreos, con trastorno mental y con lepra porque eran padecimientos repudiados, incurables, mutilantes y vergonzosos. La connotación nauseabunda que adquirió este grupo de enfermedades desde la edad Media fue más allá del estigma cultural. En la Guadalajara de finales de la época Colonial, se constató en el internamiento hospitalario, en rechazo social, en miedo a ser contagiados y fueron considerados castigos divinos.

Fuera de la presencia mortal que causaron las grandes crisis epidémicas de viruela, de sarampión, de tifo y de cólera, el estudio médico, social y cultural de la sífilis, de la demencia y de la lepra, reconstruye un episodio olvidado sobre los padecimientos más enigmáticos presentados en la historia hospitalaria de Guadalajara. Son aspectos que han prestado poca atención por la historiografía local y el presente trabajo los consigna.

Los registros hospitalarios³ y los procesos criminales⁴ son las fuentes cuantitativas y cualitativas que permitieron estudiar el funcionamiento y el internamiento de enfermos en el Hospital de San Miguel. Los registros se consignan en los libros de «entradas y salidas» del nosocomio. Véase la imagen 1.

De acuerdo con Oliver (1997),

La información anotada en estos registros constituye una valiosa fuente [...] para la historia del propio hospital, para el análisis social y para el análisis demográfico. Sobre el primer tema la fuente nos permite conocer la distribución de los enfermos en el hospital por salas, el número de ingresos diarios, por mes y por año y los periodos de internamiento, entre otras cosas. Una característica de este tipo de fuentes, contrario a lo que pudiera pensarse, es que no pueden ser utilizados para hacer estudios estadísticos sobre enfermedades. La primera sorpresa al analizar los registros de entradas y salidas de enfermos de los hospitales coloniales, para un desconocedor del tema, es que no se anota —salvo algunas excepciones— la enfermedad en el registro de ingreso al hospital. Esto responde a que el hospital en ese periodo es una institución de asistencia más religiosa y social que médica [...] Sin

³ Libros de «entradas y salidas» de enfermos del Hospital Real de San Miguel de Belén, localizados en el Archivo Histórico de Jalisco (AHJ).

⁴ Los procesos judiciales por homicidio, heridas, estupro e incesto, se localizan en el Ramo Criminal y Civil del Archivo de la Real Audiencia de Guadalajara (ARAG) y en el Archivo del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco (ASTJEJ), resguardados en la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco Juan José Arreola (BPEJ). En el Archivo General de la Nación (AGN), también se localizó información de interés.

Imagen 1.
Registros de entradas y salidas del Hospital de San Miguel, 1799

	Enr. ^o & S. ^o		
	Sumo & Enrique		1788
	& S. Rafael. Guano. N.º 2. Salto en 28 Marzo 1786		086
9	Enr. ^o & Enr. ^o . Tori Marian Memelora Indio & aqui como & 80 años. Nada mas se pudo valer por enar <u>Demente</u> . Lario & San Rafael. Guano. N.º 4. Salto en 20 Marzo 1787		078
10	Enr. ^o & Enr. ^o . Iph. Alcamizano, Español & Coloma & 47 años. Indio & Juana Cardemar. <u>Lazareto</u> . Salto en 16 de Mayo 1788		018
11	Enr. ^o & Enr. ^o . Santiago Cervantes. Mulato como & 34 años. <u>Demente</u> . Lario & San Rafael. Guano. N.º 1. Salto en 28 Abril 1789		117
12	Enr. ^o & Enr. ^o . Juan Robles, Indio & Tutlahuacan & 25 años. & Enrique, y Maria Josefa Salto & Don Espirito Santo. Nueve & 7 Salto en 11 de Febrero 1790		04
13	Enr. ^o & Enr. ^o . Guadalupe Morales Mulato & Valpa & 60 años. Indio & Maria Barbara Salto & Don Espirito Santo. Nueve & 47 Salto en 2 de Febrero 1791		002
	Mulato & Tamora de		

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. Año 1799, No. 23, foja 122 fr.

embargo, como mencionamos antes, excepcionalmente se puede encontrar información relacionada con las enfermedades que permita profundizar en la historia del hospital. Para nuestro caso, cuando se trataba de enfermos de lepra (lazarino), de rabia, de algún problema mental (locos, simples, fatuos, etc.), o de enfermedades epidémicas (apestados, virolentos, etc.) normalmente se especificaba (p. 458).

En el análisis realizado a la fuente podemos constatar que si bien, desde los últimos años del siglo XVIII se asienta el nombre de algunas enfermedades, como fue el caso de los padecimientos mentales y de los lazarinos, este dato se anota de forma regular en cada registro desde el 23 de noviembre de 1811. En la revisión de los libros del nosocomio que cubren la primera mitad del siglo XIX, el registro de la enfermedad regularmente se escribe salvo algunos años en donde no aparece este dato. Esta información y el «nombre de la sala» en donde se coloca al convaleciente resultan trascendentales para plantear, junto con el respaldo de otras fuentes documentales, un estudio sobre la relación que guardan los sifilíticos, locos y leprosos en el internamiento del Hospital de San Miguel.

Si partimos del hecho de que el nosocomio de Belén se concibió como una institución de carácter religiosa y fue regida bajo los preceptos de las ideas cristianas de la caridad, el hecho de que se registrase de manera regular la enfermedad o padecimiento en las entradas del recinto, independientemente si era un síntoma o malestar, es una manifestación de cambios en el funcionamiento de la institución. Desde esta óptica, el análisis de la fuente permite su abordaje no solo desde la historia de ciertas enfermedades, sino en un ámbito de estudio más amplio que involucra este aspecto y lo problematiza desde el funcionamiento de las instituciones hospitalarias en Guadalajara.

A través del cruce del «nombre de la sala» y del «nombre de la enfermedad» se determinan los criterios que rigió la organización terapéutica y el funcionamiento del espacio hospitalario de San Miguel. Aun cuando el estudio de estas variables solo puede abordarse cuando la fuente consigna ambas variables, específicamente entre 1797 y 1823, ya que en este últi-

mo año dejó de anotarse el nombre de la sala, representa un instrumento de análisis que desde el interior del propio hospital explica la interacción y relación que guardan los enfermos venéreos, los de lepra y los que presentan padecimientos mentales.

La fuente hospitalaria contiene información sobre los convalecientes que ingresaban al recinto. Incluyen la fecha de ingreso, de salida y de muerte, su nombre, el de los padres si era soltero o del cónyuge si era casado o viudo, la edad, el nombre de la enfermedad, el estado civil, el lugar de origen, la calidad, el nombre de la sala en donde se les recluía y, en caso de que algún varón perteneciera a la milicia, se consigna el nombre del regimiento militar.

La sistematización de la información hospitalaria y las reflexiones que se desprenden de su análisis, se hizo solamente de la selección de algunos periodos de estudio y no de todos los años que plantea el presente trabajo. La captura nominal alcanzó un estimado a los 37 000 mil registros de enfermos consignados en 16 libros. Se seleccionaron los periodos de 1797 a 1799 con un aproximado de 9 149 registros y de 1811 a 1823 con un estimado a los 28 281 registros nominales capturados. Estos periodos corresponden a las únicas series documentales que consignan de manera paralela el nombre de la sala y el de la enfermedad, aunado al resto de información personal de los enfermos. Aunque cabe resaltar que en el caso de los padecimientos mentales y de los lazarinos, se consignan regularmente desde los últimos años del siglo XVIII, no así los de galio, cuyo registro inicia a finales de 1811.

Los datos obtenidos a partir del estudio de la fuente constatan las dinámicas hospitalarias y las diversas problemáticas que presenta el recinto en los momentos de enfermedad, de epidemias⁵ y en años cuando no se

⁵ Los periodos de sobremortalidad son entendidos como los años en donde se presentó alguna epidemia en la ciudad, situación que genera un ascenso en los registros de enfermos al hospital, y con ello, aumento en las entradas al recinto, en su índice de mortandad y alteración en las dinámicas normales de las salas de enfermos.

presentan estos malestares. Contexto en donde se observan las diversas problemáticas de atención a los enfermos.

La investigación se apoya en once procesos judiciales por los delitos de estupro, incesto, riñas, homicidio, etc., que fueron denunciados ante el órgano de justicia: el Tribunal de la Real Audiencia de Guadalajara y el Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco. Incluyen los testimonios, interrogatorios, muestras de pruebas e información de índole médica. Véase la imagen 2.

El análisis de la documentación judicial proporcionó información sobre el funcionamiento de las instituciones hospitalarias, la vida cotidiana, el comportamiento social, las agresiones sexuales, las riñas, las prácticas médicas del momento, los saberes tradicionales y la concepción estigmatizada de enfermedades como la sífilis, la locura y la lepra. El cruce de los datos que consignan los registros hospitalarios con los que arrojan los documentos judiciales, identifica a los sujetos que cometieron algún delito criminal y, con ello, la posibilidad de localizar «certificaciones médicas» que proporcionan información sobre estos padecimientos.

Estas actas describen las asistencias proporcionadas a los enfermos, la curación de heridas y descalabros, atención de lesiones delicadas, corrección de fracturas, localización y extracción de proyectiles provocados por objetos punzocortante o por armas de fuego, amputación de algún miembro del cuerpo, la inspección anatómica que requerían los juicios por estupro o incesto, el diagnóstico médico a través de la autopsia y, en algunos casos, determinan los problemas mentales que presentan los sujetos vinculados a proceso. Estas actas judiciales fueron elaboradas por los facultativos del Hospital de San Miguel y su finalidad era deslindar responsabilidades en los casos criminales.

El análisis de los hechos históricos demanda un contraste y balance de la información documental. Pese a que las fuentes históricas se elaboraron por causas diferentes, algunos de sus datos pueden examinarse y compararse entre sí para determinar la confiabilidad de la información. Los registros hospitalarios y los procesos judiciales considerados para este trabajo, consignan tanto los datos personales de los enfermos así como el

Imagen 2.
Proceso criminal por estupro denunciado ante la Real Audiencia de
Guadalajara, 1812

Mo..... de 1812.
w.85 L. 7.º 1.º 1812 Criminal.
Corta Juan José Crisóstomo Chicalero, por
estupro incestuoso y adulterio.
772 Juez. 761
El Señor Alcalde ordinario de 2.º voto de
esta N. C.

Fuente: BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 16, exp. 7, progresivo 269. María Antonia y María Juliana González ante el Alcalde Ordinario de segunda elección contra Juan José Crisóstomo Chicalero por estupro y adulterio. Guadalajara, 1812.

nombre de la sala y el número de cama en donde se recluyeron. Al cotejar la información personal que contienen algunos datos en ambas fuentes, ya que ante la amplitud de la información esto no podría realizarse en toda la serie documental, por lo regular consignan los mismos datos. Esto tampoco significa que sean completamente homogéneos y verídicos, se presentan inconsistencias en la edad, calidad, origen, incluso en el nombre de la enfermedad, aunque esto no afectó los objetivos del presente trabajo.

En lo que respecta al nombre de la sala en donde fueron reclusos los enfermos, los datos dieron la posibilidad de conocer los espacios físicos y analizar las transformaciones de la planta hospitalaria. La información demuestra compatibilidad entre los datos señalados en el plano de 1792,⁶ que tiene como base la construcción del nuevo Hospital de San Miguel en 1794, y los registrados en las entradas del nosocomio. Su estudio permitió reconstruir el funcionamiento de las salas, se esclarecieron y se confirmaron los criterios adoptados por el personal hospitalario en la distribución de los enfermos de acuerdo a las Constituciones de la Orden de Belén y demás ordenanzas que rigieron el hospital.

En lo referente a la nomenclatura que los registros consignan como enfermedad, la información se cotejó con algunas otras fuentes documentales de la misma época, tanto por las mismas certificaciones médicas como por los registros de defunción correspondientes a las parroquias de Guadalajara que Argumaniz Tello (2019) analiza en su estudio sobre las crisis epidémicas presentadas en la ciudad entre los años de 1762 a 1825. La intención fue cuestionar el uso normativo de los términos que fueron denominados como enfermedades en el Hospital de San Miguel y dar certeza sobre los criterios que usaron las autoridades civiles y religiosas de la ciudad para determinar las enfermedades. No obstante, la comparación de fuentes judiciales, religiosas y médicas debe tomarse con cautela.

Los procesos criminales incluyen las declaraciones de las autoridades judiciales, aunque la certificación médica representa la sección en donde regularmente se reúne la información sobre las enfermedades. Estas

⁶ AHJ, Mapoteca, Plano 7-7, 518, RF-53 (1792).

actas fueron elaboradas por los facultativos y matronas del nosocomio y describen inspecciones, curaciones, prácticas y anatomías en casos de homicidios. Determinan el grado de las heridas, presentan, además, una descripción muy completa de las lesiones que incluye la inspección del cuerpo humano y de sus cavidades internas. Para el caso de los procesos relacionados por agresiones que fueron denunciadas por los delitos de estupro e incesto, la documentación refleja las conductas sociales y las prácticas sexuales de un sector de la población:⁷ en el análisis de los casos criminales en donde se involucran enfermos de lepra, se refleja la concepción nauseabunda del malestar y el trato dado a quienes la padecieron, descri-

⁷ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 152, exp. 16, progresivo 2303. Ante Don Pedro José Anita, Alcalde Ordinario de Primer Voto, causa seguida a pedimento de Don José A. Rodríguez contra Nepomuceno Rodríguez de 16 años alias «la guardiana» por estupro y violencia hacia María Crescencia Rodríguez de 10 años. Se le nombra un curador a Nepomuceno y se le condena al servicio de las armas por 8 años. Zacatecas, 1819; BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 104, exp. 10, progresivo 1579. Ante Don Pascual Fernández Rubio, Alcalde Ordinario de Segundo Voto, denuncia presentada por Don Antonio Enríquez del Castillo contra su cochero Bonifacio Enríquez por haber faltado el respeto a su familia por varios intentos de violación o estupro en su casa a una de sus criadas llamada Casimira Robles de edad de 8 años, india o mulata. Se toma la declaración al reo y se interroga a los testigos. Guadalajara, 1809; BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 16, exp. 7, progresivo 269. María Antonia y María Juliana González ante el Alcalde Ordinario de segunda elección contra Juan José Crisóstomo Chicaléño por estupro y adulterio. Guadalajara, 1812; BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 85, exp. 4, progresivo 1366. Ante Don Juan José de Zea, Subdelegado, causa seguida por incesto contra José Guillermo Rosas y María Gertrudis Rosas, quienes habían mantenido una relación por tres años. Declaran que el padre pidió a la hija que tuvieran dicha relación y ella aceptó por el carácter tan fuerte de su padre y por temor a ser golpeada. A él se le condena a 8 años de presidio y a ella 6 años en la casa de recogidas. Tepic y Guadalajara, 1803-1810; BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 3, número de inventario 72. Proceso criminal seguido contra José Paulino García por estupro inmaturo violento perpetrado con su hija María Ana García, Guadalajara, 1824-1825.

biéndose los criterios y mecanismos de acción que desde la óptica médica y salud pública empleaban los facultativos de la ciudad;⁸ y en el caso de los procesos judiciales por robo y homicidio, la conducta social de algunos actores involucrados se estudia a través de los trastornos mentales que presentaba el inculcado.⁹

Los registros hospitalarios consignan solo el nombre de las enfermedades, salvo que el paciente muera se suscribe entonces el deceso que correspondía al mismo malestar. Contrario a lo establecido en las actas judiciales en donde era fundamental determinar el grado de enfermedad o de lesiones para que el Tribunal de Justicia dictara sentencia al agresor. Eso explica las diferencias de información entre las fuentes y su comparación arrojó compatibilidad en los malestares analizados para este trabajo.

⁸ AGN, Instituciones Coloniales, Hospitales, 33861, Volumen 65. Secretaría del virreinato. Hospitales, fojas 206 fr-219 fr. Sobre remitir al Hospital de San Lázaro de México, 10 mujeres y 11 hombres que se hallan contagiados de este accidente en la villa de Colima partido de la Intendencia de Guadalajara. Ciudad de México, 1805; BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 370, exp. 1, progresivo 5547. Documentos dirigidos al Intendente y Vicepatrono del Real Hospital, en los que se tratan asuntos como el presupuesto de mozos y el fallecimiento de presos en dicho hospital. Guadalajara, 1795; (Diego-Fernández, 2003, Vol. II, Asunto 484 y 487 Sobre el contagioso lazareto del cerero Pacheco Vearelaf); BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, 10 fojas. Oficios sobre la remisión del reo Manuel Ramírez, contagiado de lepra, para que fuera trasladado de la cárcel al Hospital de San Miguel.

⁹ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara, 1797-1804. Agustín Yáñez, a nombre de José María Villalbaz alias «Fino», ante la Real Audiencia presenta pruebas de apelación a los cargos que se le atribuyen a este último de ladrón ganzuero y fabricar moneda falsa. Presenta recurso de su madre que dice se volvió loco (5 cuadernos); y BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, progresivo 1474, Guadalajara, 1808-1815. Ante el Señor Oidor de la Real Audiencia, Don Juan Nepomuceno Hernández de Alba, causa criminal seguida contra José María Villalbaz alias «el Fino», acostumbrado a fingir demencia, por el homicidio que ejecutó en la persona de José Robledo en una riña en la cárcel. Se interroga a los testigos y se le condena a 10 años de presidio.

El resto de la nomenclatura registrada en el hospital como enfermedad difícilmente puede ser contrastada. Aunque los registros de mortalidad correspondientes a las parroquias de Guadalajara que analiza Argumaniz (2020, pp. 51-61), permite hacer algunas conjeturas y comparaciones sobre los términos más representativos que los registros del hospital consignan como enfermedad y causa de muerte. Es el caso de las fiebres, heridos, pleuresía e hidropesía, ya que en ambos malestares se una la misma terminología.

La confrontación de datos en diferentes fuentes expuso que tanto curas párrocos como médicos y cirujanos conocieron y usaron la misma terminología para referirse a las enfermedades infecto-contagiosas de las vías respiratorias y gastrointestinales, principalmente la fiebre, la diarrea y la hidropesía. En cambio, las sexuales, solo fueron consignadas por el personal médico del hospital. Aunque cabe señalar que la consigna de las enfermedades venéreas se efectuó tanto en los registros del hospital como en las certificaciones médicas correspondientes a los procesos judiciales por incesto y estupro que los facultativos elaboraron para los tribunales de justicia de Guadalajara. El resto de las autoridades de la ciudad no documentaron la presencia de las enfermedades sexuales.

Es importante resaltar que el «registro de la enfermedad» y la «causa de muerte» suscrito en los libros de entradas del hospital, forma parte de los saberes tradicionales del momento y fueron atribuidos a la medicina clásica. Aunado a esto agregamos que el principio rector de la institución hospitalaria preponderó la asistencia espiritual de los enfermos y relegó el saber médico a segundo punto. Eso explica que tanto la fuente hospitalaria como la información contenida en los procesos criminales muestren un retraso en los saberes médicos y que se relacionen con las formas culturales de concebir la salud y la enfermedad. Revelan las condiciones de poca higiene y de pobreza así como la diversidad de malestares cotidianos que a diario aquejaban a la población.

Los cambios más significativos en la nomenclatura consignada en los registros hospitalarios y en las actas judiciales se presentan hasta los últimos años del siglo XIX, periodo que concreta un paso importante en

los avances médicos. No es fortuito que en esa misma época, los ingresos hospitalarios incluyan las historias clínicas y una serie de datos para estudiar el desarrollo de los avances médicos e instrumentos con los que cuenta el hospital.¹⁰

El trabajo se divide en cinco capítulos: el primero estudia el establecimiento del Hospital de San Miguel: se aborda el entorno histórico de la ciudad de Guadalajara, la concepción cristiana de la caridad que rige el hospital, así como los saberes y avances médicos que lo permean; el segundo capítulo estudia el funcionamiento hospitalario a través de los registros de enfermos y contextualiza el movimiento de independencia como un periodo en donde se presentan las epidemias de tifo de 1814, de viruela de 1815 y el resto de enfermedades consignadas en el nosocomio; en el tercer capítulo se estudia la presencia de las enfermedades venéreas: abordamos la existencia de la sífilis en la ciudad y la relación que guardan con las milicias, así como el relajamiento moral y sexual de la población y la distribución que presentan los enfermos de galio y de fiebre en el hospital: en el cuarto capítulo se estudian los padecimientos mentales consignados en el nosocomio: se abordan las instituciones hospitalarias dedicadas a la atención de esos padecimientos en Nueva España, se indaga la problemática de los enfermos mentales en Guadalajara como un peligro social y, a través de las fuentes judiciales, se trata la concepción de la locura en la ciudad: y en el quinto capítulo, se estudian los enfermos de lepra: se indaga la concepción de ese padecimiento como una enfermedad históricamente aterradora y temible, se analiza su encierro hospitalario y su sepultura cristiana en la ciudad.

¹⁰ AHJ, Libros de entradas y salidas correspondientes a las últimas dos décadas del siglo XIX.

CAPÍTULO I.

El Nuevo Hospital de San Miguel de Belén

I. Guadalajara a finales del siglo XVIII

La ciudad de Guadalajara, principal centro administrativo del occidente de la Nueva Galicia, tenía órganos de gobierno político, religioso, cultural y económico. Era sede de Ayuntamiento, Real Audiencia, Episcopado, Caja Real, Intendencia, Universidad, Consulado, Casa de Moneda y además de dos hospitales: el de San Juan de Dios y el de San Miguel de Belén.

Con el establecimiento del reformismo borbónico a finales del siglo XVIII, se desarrollaron las primeras acciones para mejorar las condiciones sociales de la ciudad y de su población. Fueron encabezadas por distintas autoridades: en primer término, por el Ayuntamiento que se encargaba de cumplir con medidas relativas a la salud pública, de igual manera, mucho tuvieron que ver los obispos de la diócesis de Guadalajara fray Antonio Alcalde (1771-1792) y Juan Cruz Ruiz de Cabañas (1796-1824). Por lo que hace al ámbito civil, es importante señalar a los funcionarios de la Real Audiencia y los Intendentes.

Las autoridades pusieron en marcha una serie de políticas sanitarias, es decir, medidas preventivas de higiene como es la reglamentación de policía y disposiciones de carácter sanitario para contrarrestar la presencia de epidemias y de otras enfermedades recurrentes en la población. El impulso se manifestó en las mejoras urbanas e higiénicas como la limpieza de espacios, el empedrado de calles y proyectos para introducir agua a la ciudad (Gálvez, 1996, pp. 107-165).

Las medidas que impulsaron el saneamiento de la ciudad tuvieron como objetivo mejorar el remozamiento del paisaje urbano por las cir-

cunstances insalubres en que se encontraba. Esta situación puede ser evidenciada por un testimonio de las últimas décadas del periodo Colonial, en donde se describen algunos de los problemas de sanidad que existían en Guadalajara. El documento señala «los bicios que hacen malsano y incomodo un lugar»,¹¹ refiriéndose a la insalubridad provocada por la basura en las calles, por la presencia de epidemias, por el mal olor que causaban algunos animales muertos, por las aguas estancadas y se destaca la importancia de la instalación de letrinas; se señala que algunas construcciones debían estar perfectamente ventiladas y que la erección de hospitales y cementerios debía establecerse en las orillas de la ciudad; se indica la necesidad del abastecimiento de agua, empedrado de calles y la plantación de árboles como medio para purificar el ambiente; se abordan las providencias en obras que el autor considera necesarias para embellecer la ciudad, cuyo trabajo debía efectuarse por los presos. En cuanto a los vagos y ociosos, se recomendaba tenerlos ocupados en estas mismas labores y, finalmente, se describe la condición social de «las jentes plebeyas».¹²

Con los señalamientos expuestos, se deja en claro cuáles eran los principales focos de insalubridad que existían en la ciudad, reflejándose cómo vivía la población de Guadalajara durante las postrimerías de la época Colonial y las condiciones poco higiénicas en que se encontraban algunas instituciones, como fue el caso del Hospital de San Miguel.

Pese al señalamiento de mantener las calles aseadas y proponer, en cierta medida, un servicio de recolección de basura y de desechos humanos, aun así no se eliminaban los focos de infección. De poco o nada servía

¹¹ BPEJ, Fondos Especiales: Colección de Manuscritos, No. 14. «[Apuntes de algunas] providencias que [exige] la constitucion de esta ciudad, para que sea una de las mas comodas y [mas] sanas de la America», fojas 18 fr-25 fr. El documento carece de autor y fecha, pero ante la información presentada parece corresponder a las últimas décadas del periodo colonial.

¹² BPEJ, Fondos Especiales: Colección de Manuscritos, No. 14. «[Apuntes de algunas] providencias que [exige] la constitucion de esta ciudad, para que sea una de las mas comodas y [mas] sanas de la America», fojas 18 fr-25 fr.

que se depositaran en pozos o se recogiera la basura y materias fétidas de las calles si a la postre serían nuevamente arrojadas al aire libre. Era una norma que si bien resolvía el problema de insalubridad por algunos momentos y en algunos puntos de la ciudad, al final esos focos de infección seguían presentes, creando incluso condiciones propicias para el surgimiento de alguna epidemia. No bastaba con que se recogieran las inmundicias, era más importante implementar medidas más eficientes y seguras para incentivar la sanidad en la ciudad.

En medio de este ambiente social, la población de la ciudad empezó a crecer desde finales del siglo XVIII. Según diversos estudios el crecimiento de la población en Guadalajara pasó de un aproximado de 22 163 habitantes en 1777 (Gálvez, 1996, p. 95) a 24 249 para 1793 (Menéndez, 1980, p. 161), 35 000 en 1810 (Becerra, 1994, p. 29) y 40 272 para 1823 (Anderson, 1983, p. 45). Esta relativa dinámica poblacional además de explicarse como producto del arribo a la ciudad de habitantes procedentes del campo, hace referencia a las posibilidades que ofrecía la vida urbana y a los mayores problemas de pobreza que se vivía en el medio rural. De esta forma, a pesar de que Guadalajara estuvo entre las ciudades más pobladas del virreinato, sólo por debajo de la ciudad de México, Puebla y Guanajuato, su crecimiento demográfico agravó los problemas sociales y de higiene en la ciudad.

El contexto de enfermedad y muerte generado por las crisis epidémicas presentadas durante la segunda mitad del siglo XVIII, como fue el caso de los años del hambre de 1785-1786, mostraron la vulnerabilidad de la población y de la ciudad ante los problemas de enfermedad. Las circunstancias demandaron la construcción de un nuevo recinto hospitalario con mayor capacidad y un camposanto anexo que respondiera a los problemas del momento. De ahí surgió la necesidad de impulsar un nuevo establecimiento hospitalario y uno de sus principales artífices fue el obispo de Guadalajara, fray Antonio Alcalde, quien contribuyó de manera significativa para la construcción del gran nosocomio de Belén.¹³

¹³ Entre los estudios más representativos y contemporáneos que abordan la historia del

2. El Nuevo Hospital de San Miguel

Las instituciones hospitalarias establecidas durante la época Colonial, se rigieron desde la concepción cristiana de la caridad. Según Josefina Muriel (1990), el hospital era

Una casa donde se recibía a todos los necesitados. Por lo tanto, en unas ocasiones eran hospitales de pobres, en otras hospederías para peregrinos, bien orfelinatos o asilos para enfermos [...] la caridad lo que pretendía, era dar auxilio a todos los necesitados, ya fuesen éstos los pobres, los enfermos, los peregrinos que dejaban sus hogares para visitar los grandes santuarios de la cristiandad, o bien los pequeños huérfanos. Ideal era hospedarlos a todos, para que sus distintas necesidades fuesen satisfechas, pero de un modo primordial las necesidades espirituales (pp. 12-13).

El concepto medieval del hospital que se implantó en Nueva España no tuvo como función primordial la atención médica. Estaban pensados para el ejercicio espiritual, instancias de caridad y de expiación de culpas, por lo que no eran necesariamente para enfermos. Se concibieron para todo tipo de gente; pobres, desvalidos, convalecientes, peregrinos y para los que abandonaban sus hogares. Se tuvo como finalidad hospedarlos para que sus distintas necesidades fuesen satisfechas, pero de modo primordial, las espirituales (Muriel, 1990, pp.12-13).

Para el caso del Nuevo Hospital de San Miguel de Guadalajara, que se rigió bajo el concepto cristiano de la caridad y que su construcción tuvo como base el plano delineado en 1792,¹⁴ contó con salas separadas por sexo y para diversos malestares. Entre los múltiples espacios que tuvo la institución, destacan aquellos para asistir padecimientos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, las infecto-contagiosas de las vías

Nuevo Hospital de San Miguel establecido en 1794, se encuentran: (Oliver, 1992, pp. 181-234; Gálvez, 1996, pp. 155-162 y Méndez, 2009, pp. 29-98). En este apartado solo retomamos algunos aspectos ya trabajados por los autores mencionados.

¹⁴ AHJ, Mapoteca, Plano 7.7, 518, RF-53 (1792).

respiratorias y las gastrointestinales, entre otras. El recinto incluyó dos escuelas (una de escribir y la otra de leer) y los espacios para la cocina, panadería, habitaciones de religiosos, oficinas, ropería, baños, botica, patios internos, almacenes, cementerio y diversas piezas de terapéutica.¹⁵ Véase el plano¹⁶ del nosocomio y la nomenclatura de sus espacios.

Con respecto a los diferentes espacios que conforman el plano de «la Nueva Fábrica de Belén», Lilia Oliver señala «un total de 22 salas y 20 “piezas”, separadas por sexo» (1992, p. 261). De acuerdo con el análisis de la autora, las disposiciones que presentan las salas del recinto tienen su origen en los hospitales cruciformes de la Edad Media, como el antecedente de la planta radiada y el tipo de arquitectura¹⁷ que a finales del siglo XVIII matizó el carácter religioso del hospital.

¹⁵ AHJ, Mapoteca, Plano 7.7, 518, RF-53 (1792).

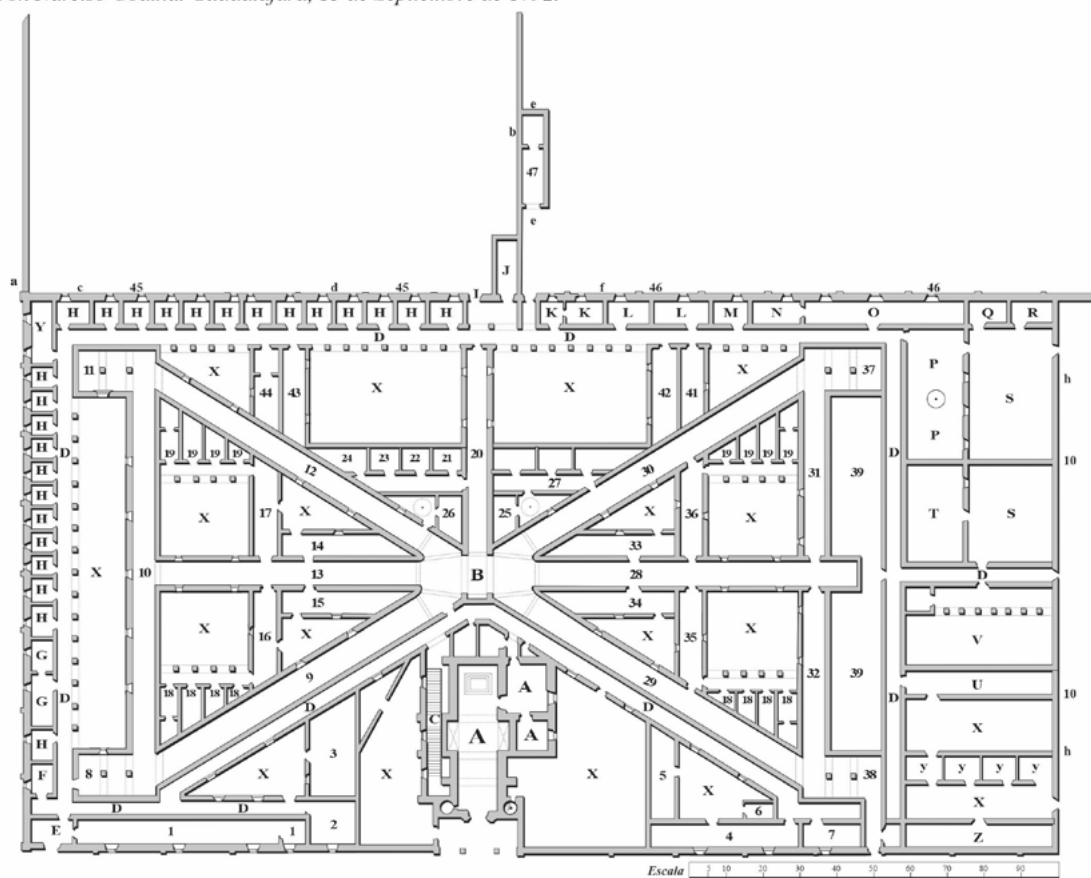
¹⁶ Leyenda del plano de 1792: «Plano del Hospital General que el Ilustrísimo Reverendísimo Señor Don Fray Antonio Alcalde, Dignísimo Obispo de Guadalajara, capital de la Nueva Galicia, construyó a sus expensas en esta ciudad y por su Disposición se presenta a S. M. para que le dé el Destino que fuere de su Real agrado: Delineado por el Capitán de el Real Cuerpo de Ingenieros Don Narciso Codina». Notas. 1ª. La pared A continuada de 186 varas con la igual b, sobre el lado c.d. de 132 varas forma un rectángulo de 24.552 varas cuadradas, que es la huerta. 2ª. La pared e.e de 250 varas sobre la f.f. de 204 forma un rectángulo de 51.000 varas cuadradas, que es el campo santo. 3ª. La pared g. de 56 varas, sobre la h.h. de 150 varas forma un rectángulo de 8.400 varas cuadradas, corral de ganado con puerta al campo. 4ª. Este hospital no tiene piso alto, pero su fábrica está bastante elevada sobre el terreno, bien construida, y cubierta con azotea, con suficientes luces, así por medio de ventanas, como linternas, y claraboyas. Tiene cañerías para dar agua a todas las oficinas necesarias, con su tarjeas de desagüe. 5ª. Las camas están de firme de mampostería, arrimadas a lo largo de las salas, y paralelas a sus paredes, y son 775, con las divisiones, y comodidad posible, y lugar para poner otras. 6ª. Salas, piezas y oficinas, destinadas para mujeres, están con entera separación. Guadalajara 15 de septiembre de 1792». AHJ, Mapoteca, Plano 7.7, 518, RF-53 (1792).

¹⁷ El Panóptico, como otro tipo de arquitectura de fines del siglo XVIII que presenta similitudes con respecto a la organización de las plantas radiadas hospitalarias, fue lleva-

Plano I.

Plano del Hospital Real de San Miguel de Belén, 1792

Plano del Hospital General que el Ilustrísimo Reverendísimo Señor Don Fray Antonio de Alcalde, Dignísimo Obispo de Guadalajara Capital de la Nueva Galicia construyó a sus expensas en esta ciudad y por su disposición se presenta a Su Majestad para que le dé el destino que fuere de su real agrado: delineado por el Capitán del Real Cuerpo de Ingenieros Don Narciso Codina. Guadalajara, 15 de Septiembre de 1792.



Fuente: AHJ, Mapoteca, Plano 7.7, 1792, 518, RF-53. Elaboración propia a partir del Plano de 1792.

Cuadro 1.
Salas y espacios de acuerdo al plano de 1792

No.*	Sala / Espacio
A	Iglesia, coro, sacristía y antesacristía
B	Capilla donde se pone el altar para que oigan misa los enfermos
C	Escalera para subir al coro
D	Corredores
E	Portería
F	Cuarto del portero
G	Sala de recibo y cuarto para el padre general
H	Celdas de religiosos
Y	Enfermería de religiosos
I	Huerta
J	Común
K	Secretaría y librería
L	Sala de semillas y despensa
M	Cuarto del dispensero
N	Reclusión
O	Refectorio
P	Cocina
Q	Cuarto para cocineros
R	Carbonera
S	Patios para leña
T	Amasijo
V	Pieza para las lavanderas
U	Recreo
X	Patio
Y	Piezas para sillas, guarniciones, carnicería, etc.
Z	Caballeriza y pajar
I	Escuela de muchachos
2	Botica
3	Almacén de Idem

No.*	Sala / Espacio
4	Pupilaje
5	Refectorio
6	Común
7	Celda del Rector
8	Entrada a las salas de enfermos y la de San José
9	La de Dios Padre, para fiebres
10	La de Santiago y San Miguel, cirugía
11	La de San Pedro para eclesiásticos
12	La del Espíritu Santo
13	La de Dios Hijo
14	La de San Francisco de Paula
15	La de los Dolores, ambas para unciones
16	La de San Jerónimo, gálicos
17	La de San Nicolás, heridos
18	Piezas para locos y delirio
19	Para rabia y contagio
20	Sala de Nuestra Señora de Betlem y entrada de los religiosos a las enfermerías
21	Cuarto del enfermero mayor
22	Ayudante
23	Capellán
24	Ropero
25	Baño para mujeres
26	Para hombres
27	Habitación para las enfermeras
28	Sala del Salvador
29	Del Corazón de Jesús
30	De la Pasión, fiebres
31	De la Santa Rosalía
32	De Santa Ana, cirugía
33	Del Refugio

No.*	Sala / Espacio
34	Del V. P. Vetancourt
35	De la Sangre de Cristo
36	La de Guadalupe
37	De San Rafael
38	De San Miguel y entrada de las enfermas
39	Corral de gallinas
40	De ovejas

No.*	Sala / Espacio
41	Harinero
42	Procuración
43	Ropería
44	Sastrería
45	Puerta de la huerta
46	Campo santo
47	Depósito de cadáveres y capilla

Fuente: AHJ, Mapoteca, Plano 7.7, 518 RF-53 (1792) *Número/letra como se localizan en el plano de 1792.

Si bien es cierto que no es objetivo del presente estudio realizar un análisis arquitectónico de la planta radiada del nosocomio, nos vemos en la necesidad de referenciar algunas características de ese tipo de arquitectura que tiene su origen en los hospitales cruciformes de la Edad Media. De acuerdo con Enrique Marco Dorta (1936):

Arquitectónicamente, el hospital de Belén de Guadalajara representa una de las últimas etapas de la evolución de un tipo de edificio, puesto en boga en España por los Reyes Católicos. Me refiero al hospital de planta cruciforme (...) ofrecen, como es sabido, la característica de la disposición de sus enfermerías en dos largas crujías formando una cruz griega, colocándose en el crucero —que en América parece recibir el nombre de repartidor— el altar en que se celebraban los oficios divinos, que los enfermos podían oír desde sus camas (pp. 138-139).

do a la práctica por Jeremías Bentham en 1787: «principio constructivo que le pareció aplicable a cualquier tipo de establecimiento en el que personas de cualquier condición hubieran de ser mantenidas bajo vigilancia» (Bentham, 1980, p. 7). A decir de Michel Foucault, es un sistema arquitectónico y óptico cuyo procedimiento disciplinario es aplicable a diferentes instituciones: «también, hace obra de naturalista. Permite establecer las diferencias: en los enfermos, observar los síntomas de cada cual, sin que la proximidad de las camas, la circulación de los miasmas, los efectos del contagio mezclen los cuadros clínicos [...]» (Foucault, 1984, p. 207).

Además de traslucir el ejercicio espiritual que caracterizó a los betlemitas en la asistencia de los enfermos, la planta radiada del nosocomio denota una visión racional del espacio. Salas destinadas para cubrir las necesidades apremiantes de la población, entrelazadas por patios internos para su ventilación, organizadas de manera radial para ejercer un mayor control sobre los enfermos y facilitar al personal las rutinas y las actividades diarias. La nueva fábrica del hospital proyecta eso en su planta radiada para una mejor observación desde el repartidor.

Sobre la disposición que guarda el repartidor, este representa «el lugar en donde convergen las siete salas que son radiadas: se trata del crucero, también llamado repartidor (...), indicado en el plano de 1792 con una B, en el cual se encontraba la capilla donde se pone el altar para que oigan misa los enfermos» (Oliver, 1992, p. 260). Con respecto a las enfermerías tanto de hombres como de mujeres, «está muy claro que la distribución dada a las salas tuvo como eje principal las enfermedades epidémicas» (Oliver, 1992, p. 262).

Las salas destinadas para los hombres enfermos de fiebres fueron Espíritu Santo, Dios Hijo y Dios Padre y, para las mujeres, La Pasión y Corazón de Jesús; San José se destinó para españoles, Santiago y San Miguel para enfermos de cirugía, en tanto que San Nicolás fue para los heridos, en San Francisco de Paula y Los Dolores se atendieron las «unciones»,¹⁸ San Jerónimo se destinó para gálicos, San Pedro para eclesiásticos, las piezas de «locos y delirio» y «rabia y contagio» se destinaron para hombres y mujeres que presentaban estos males y la Sala de Venerable Vetancourt, para parturientas (Oliver, 1992, pp. 262-266). Sin embargo, las salas se adecuaron a las necesidades hospitalarias de la población y presentaron variaciones en su funcionamiento. Pero, ¿cómo se organizó adminis-

¹⁸ «Para recibir las unciones, el enfermo requería de una preparación previa consistente en baños, sangrías y sudoraciones, entre otras. Una vez listo, el paciente era sometido al tratamiento mercurial que le provocaba gran debilidad, salivación excesiva —signo de expulsión de los malos humores— y en muchas ocasiones la pérdida de dientes» (Aceves, 2002, p. 90).

tratativamente el hospital y cuáles fueron las funciones del personal que lo atendió? Véanse los cuadros 2 y 3.

Cuadro 2.
Personal Religioso del Hospital de San Miguel, 1793

Nombre	Nombramiento
Fray Juan de Jesús de Belén	Prefecto Presidente
Fray Miguel de la Luz	Vice prefecto
Fray Juan de San Pedro de Alcántara	Sacristán
Fray José de San Simeón	Boticario
Fray Manuel de San Pablo	Discreto
Fray Benito de San Antonio	Enfermero Secretario
Fray Martín de San José	Procurador
Fray Pedro de la Madre de Dios	Dispensero
Fray José de Santa Eulalia	Escuelero
Hermano Juan del Niño Jesús	Rector de Mujeres
Hermano Francisco de la Asunción	Ayuda de comunión
Hermano José de la Concepción	Ayuda de comunión
Hermano Juan de Belén	Ayuda de comunión
Hermano Eligio de San José	Ayuda de comunión
Hermano José de Ntra. Sra. de Belén	Ayuda de comunión
Hermano Ignacio de San José	Ayuda de comunión

Fuente: Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Guadalajara (AHAG), Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, exp. 7, ficha 51, 1793, foja 3 fr.

Cuadro 3.
Personal del Hospital de San Miguel, 1793

Nombre	Nombramiento
Bachiller don Antonio Barrios	Capellán
José Herrero	Penitenciario

Nombre	Nombramiento
Mariano García de la Torre	Médico (Doctor en Medicina)
Juan Gonzales	Cirujano
José Antonio Ramírez	Boticario
Crescencio Ramírez	Oficial de Botica
Marcos Vásquez	Mozo de Botica
José Antonio Mazariegos	Sangrador
Don Manuel López	Organista
José Antonio Ramírez	Sastre
Manuel Salcedo	Sastre
Lázaro Casillas	Pastor de las Carnes
Juan Casillas	Vaciero de Carnes
José Antonio Loreto	Cocinero
José Gutiérrez	Cocinero
José Carlos Pérez	Galopín de Cocina
Lugano Rubio	Panadero
José Antonio Granados	Panadero
José Pérez	Panadero
Macedonio Zúñiga	Lavandero
José Francisco Castañeda	Lavandero
José Loreto Velasco	Practicante de cirugía
Venancio Patiño	Practicante de cirugía Ameritándose
Marcelo Antonio Casillas	Mozo enfermero
Rafael Cabrera	Bacinero
José Manuel Bravo	Bacinero
Juan de Dios Pedro	Muertero
Felipe Martínez	Muertero
José Francisco Reyes	Basurero
Rafaela Belaustiquin	Enfermera
Margarita Mercado	Enfermera
Paula Carrillo	Atolera

AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, exp. 7, Ficha 51, 6 de febrero de 1793, Foja 2 fr. y 2 v. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

El cuadro 2 visualiza la importancia de los religiosos como los encargados de la administración hospitalaria asistida por un grupo de 17 frailes que desempeñaban las funciones principales, aunado a los 32 colaboradores, entre ellos seis personas relacionadas con el ejercicio médico (véase el cuadro 3). Cada uno cumpliendo una función específica como parte de sus labores de atención a los enfermos.

La atención espiritual era el elemento rector en la asistencia hospitalaria y así lo establecieron las «Constituciones» de los religiosos de la orden de Belén (García, 1723). Según lo prescriben esos estatutos, en cuanto los enfermos ingresaban al hospital los religiosos debían lavarles los pies, darles de comer y confesarlos, barrían y tenían limpio el recinto: «Para los frailes el día se iniciaba a la hora quinta con una oración mental de una hora, a la sexta se abrían las puertas de las enfermerías y los frailes entraban para barrer, sacar los vasos y limpiar» (Oliver, 1992, p. 148).

De acuerdo con las Constituciones, las actividades que más resaltan son las espirituales, oír misa y rezar antes de cada comida, como la función más importante ejercida por los frailes betlemitas. Era deber del prefecto acompañar al médico por la mañana en la visita realizada a los convalecientes. El resto de los religiosos debía hacerse cargo de los enfermos; mantenían en buen estado higiénico las instalaciones del recinto, daban de comer y atendían las necesidades espirituales de los convalecientes, como eran las misas, cantos y rezos (Oliver, 1992, pp. 147-153). Como vemos, los ejercicios religiosos eran las actividades más importantes del recinto y los saberes médicos se relegaban a segundo punto.

3. Los saberes tradicionales

Las teorías humorales rigieron los saberes médicos del hospital. De acuerdo con Germán Somolinos (1980), especialista en la historia de la medicina novohispana, la base de esos conocimientos

Estriba en la observación directa del enfermo, eliminando las discusiones sutiles y buscando una relación del origen con el pronóstico y el curso. Por primera vez, se abandona la antigua concepción localista de la enfermedad re-

ferida a un órgano, para aceptar la enfermedad como una afección general de todo el organismo [...] Se establecen los diferentes estadios de la enfermedad y se fundan los principios de la patología humoral que continuará imperturbable hasta el siglo XIX y en la cual, la salud debe considerarse como el estado de armonía y equilibrio entre los diferentes influjos de los varios elementos que constituyen el organismo (pp. 36-37).

Los saberes de la medicina clásica consideraban que el cuerpo humano se conformaba por cuatro humores —sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra— y su correcto equilibrio preponderaba la salud. En cambio, cuando alguno de esos humores se alteraba, se presentaba la enfermedad (Martínez, 2014, pp. 67-73). «El equilibrio natural de la salud se consideraba precario, ya que se creía que estaba sujeto a influencias externas potencialmente dañinas como la dieta, el estilo de vida o el ambiente» (Martínez, 2014, p. 72).

Ese sistema consideraba la alimentación como uno de los mecanismos terapéuticos que equilibraban los humores y ayudaban a preservar la salud. Sobre este punto, Abril Reynoso (2016), estudiosa del tema, señala que «la alimentación era considerada por Hipócrates, en sus obras *Dietá, régimen, alimentos*, y otras, como una parte de la higiene, por lo que el régimen alimenticio estaría presente en la terapéutica médica desde los inicios de la conformación de esa ciencia» (p. 50).

Estos saberes fueron conocidos y llevados a la práctica por Mariano de la Torre y Juan Gonzales, médico y cirujano respectivamente del Hospital de San Miguel de Guadalajara. Los facultativos sabían que con el suministro de víveres acorde al tipo humoral de cada enfermo, se lograba el equilibrio humoral y se alcanzaba la salud.

Los facultativos consideraron que «la dirección de la Comida, ó parte dietética de la Medicina, es la mas principal, y tal vez la mas oportuna para curar las enfermedades», pues «cada enfermedad, y cada tiempo de

ellas se requiere sugetarse á las reglas para proporcionarle el alimento, y no es fácil [...] sea igualmente buena para todos».¹⁹

En 1794 las tres rondas de alimentos repartidos diariamente a la comunidad de enfermos hospitalizados equivalieron a una «taza de Caldo, y una racion bastantemente proporcionada por Comida, y por Cena una ligera Sopa, Arroz, Ormiguillo, á lo que se agrega el desayuno de Chocolate, todo con su correspondiente pan».²⁰

Desde la visión de los médicos esa situación debía cambiar y propusieron un nuevo método y régimen «para la mejor curacion y pronta sanidad de nuestros pobres [enfermos] y en quanto á las oras de ministrarse los alimentos».²¹ Se propuso darles cuatro comidas mejor balanceadas y consistían en

Chocolate y Atole y respectiva cantidad de Pan del desayuno á la Comida se reduzca á una buena taza de Caldo, la racion regular de Carnero cosido con su Arroz Garvanzo, y algunos Navos, Yervas aromaticas como Yerba buena, Tomillo, un poco de sarza de Mostaza bien lavada, su pedasillo de Dulce de Membrillo: A las cinco de la tarde un poco de Chocolate, ú Atole con su correspondiente Pan, y á las siete de la noche su Arroz, Sopa Ormiguillo, ó Almendrada según le paresca al Reverendo Padre Prelado el variar.²²

¹⁹ Al parecer, esta crítica o inconveniente sobre el régimen alimenticio de los enfermos, estuvo dirigida al padre presidente y fue elaborada por Mariano de la Torre y Juan Gonzales desde 1788. Sin embargo, se dio a conocer y se incluyó en la declaración de fray Manuel de San Felipe Nery, vicario general, el día 4 de julio de 1794. BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, f. 99 fr-101 v. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

²⁰ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, f. 99 v. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

²¹ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, f. 101 v. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

²² BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, f. 100 v y 101 fr. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

Es importante resaltar que la dieta recomendada por los facultativos formaba parte de los alimentos distribuidos a los enfermos en las tres comidas que a diario se daban. La «Nueva Fábrica de San Miguel» contaba con panadería, cocina y personal que se encargaba de elaborar los alimentos. La despensa era muy variada y se diferenciaba entre la de la «comunidad», que era la de los enfermos, la de los religiosos, la de algunos trabajadores, la de los mozos y la destinada a los «pobres de la portería». Aun cuando no podamos precisar que incluía cada una de ellas, sí podemos señalar que no variaba en mucho y su distribución se hacía por los religiosos y por el personal que la llevaban en «cazuelas y ollas» a las salas de enfermos del nosocomio.

El alimento destinado para la «comunidad» se hacía a base de caldos medicinales y se dividía según las dietas ordenadas tanto por el médico como por el cirujano. Dependía del estado de la enfermedad y podía incluir «especies» o estar a base de «solo líquidos». El guiso principal que equivalía a cuarto de ración, media ración o ración entera, por lo común era de «carnero asado» o «gallina azada» y en algunas ocasiones de «carne de puerco» y se acompañaba de arroz guisado, torta, champurrado, leche, atole, chocolate, pan, etc., así como huevo y pescado tanto para los frailes como para ciertos empleados y «semitas a los pobres de la portería», que se repartían diariamente. Incluía un postre y variaba de acuerdo a las celebraciones litúrgicas, al calendario de pascua o a los días de fiesta de la Iglesia, consistía en dulce de membrillo, arroz con leche u algún otro agregado con dulce sencillo. Además, cuando «los religiosos no tienen ración determinada de Licor alguno [...] se les da, a unos, un trago de vino», siempre y cuando ellos así lo quisieran. Y en lo que respecta a la comida de los facultativos, al médico se le daban «dos tablillas de chocolate [...] dos raciones de Carnero, y dos tortas de Pan y al [cirujano] la mitad de esto».²³

²³ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, f. 94 fr y 41 v. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

Los brebajes medicinales que los facultativos del hospital recetaban para los enfermos se surtían de la botica del hospital. Cabe recordar que la construcción del nosocomio en 1794, incluyó el establecimiento de un Jardín Botánico en donde se cultivaban plantas para usos medicinales (Cabrera, 2016, p. 35). La botica del hospital fue registrada con el número 2, de acuerdo al plano de 1792. Sabemos que estuvo a cargo del Fraile betlemita José de San Simeón, que ejercía como boticario, así como de José Antonio Ramírez, que también se desempeñaba en la misma profesión, Crescencio Ramírez, oficial de botica, y de Marcos Vásquez, mozo de botica.

Existen pocas referencias sobre el funcionamiento del Jardín Botánico y de la propia botica durante el periodo de tiempo que nos ocupa. Sin embargo, algunos informes de las primeras décadas del siglo XIX, dan cuenta de las visitas a este tipo de establecimientos que funcionaban en la ciudad, algunas de ellas en manos de particulares y otras formaban parte de los nosocomios, como fue el caso de la del Hospital de San Juan de Dios, de la que se tienen algunas noticias. Por ejemplo, José Esteban Rico, profesor de farmacia por el Tribunal del Protomedicato de México, en las inspecciones realizadas en 1820, certificó que:

En veinte y dos del mismo nos pasamos acompañados del doctor en medicina don José María Cano, individuo de la citada junta, a la botica del Hospital de San Juan de Dios, dirigida no sé por quién, pues no encontró en ella a alguno que medianamente pudiera desempeñarla. Pedí medicamentos simples de primera necesidad y en los pocos que pedí a penas uno que otro se presentó y en muy cortas cantidades: en los compuestos casi ninguno, pues después de mal elaborados muy mal repuestos, ignorando en un todo las leyes del arte y desviándose completamente de los deberes que debe tener el farmacéutico para el beneficio de sus semejantes en el alivio de sus dolencias. Últimamente el poco aseo, las vasijas no apropiadas para la manutención de los fluidos, los medicamentos pulverizados mezclados en parte con el polvo que llevan las gentes por no estar con sus tapas los botes y el abandono que se observó tanto por mí cuanto por los señores a quienes les constó la nuli-

dad de que fuese o que pareciere al menos de farmacia. En cumplimiento de la comisión que me confirió la Junta Municipal de Sanidad.²⁴

Llama la atención el estado lamentable en que funcionaba la botica del Hospital de San Juan de Dios, la cual surtía las recetas para los enfermos de ese nosocomio. Sin embargo, no todas resguardaban medicinas caducas, todo lo contrario, en algunas de ellas se conservaban los brebajes medicinales en buen estado. La de don Mateo Cumplido presentaba «buen repuesto de medicamentos, tanto simples como compuestos, estos perfectamente trabajados y puestos en vasijas correspondientes».²⁵

En lo que respecta a las visitas efectuadas por los facultativos a los enfermos del Hospital de San Miguel, incluyendo a los religiosos cuando llegasen a estarlo, diariamente ordenaban las «raciones de comida y bebida» y las establecían de acuerdo a la enfermedad de los pacientes. Desafortunadamente, la información sobre la alimentación y brebajes medicinales prescritos a los enfermos durante otros momentos es escasa, aunque consideramos que esa dieta a «base de caldos» ordenada por los facultativos persistió durante gran parte del siglo XIX. Los saberes de la medicina humoral de San Miguel basaron su terapéutica en las propiedades curativas de caldos medicinales, plantas y minerales sin dejar de lado los nutrientes ya señalados. Son víveres que formaron parte de los alimentos básicos como carne, trigo y maíz comercializados entre Guadalajara y su región (Van Young, 1989, pp. 55-116). Para el caso del hospital, equivalió a la dispensa de los enfermos y son los alimentos que ayudaron a mejorar sus condiciones de salud. Pero, ¿cuáles eran las funciones de los médicos y cirujanos del hospital?

Aun cuando eran disciplinas que se complementaban, en la práctica existió una separación y responde a la diferenciación social que existió entre los saberes y el ejercicio que practicaban los facultativos que las tenían a su cargo: el médico, por haberse graduado en la Universidad tenía más

²⁴ Archivo Municipal de Guadalajara (AMG), Sanidad, 2/1820, Ant. Paq. 36, leg. 181.

²⁵ AMG, Sanidad, 2/1820, Ant. Paq. 36, leg. 181.

prestigio social que el cirujano y, este último, por ejercer un arte manual, era menospreciado. A decir de Verónica Ramírez (2010), estudiosa de las instituciones hospitalarias de la época Colonial, señala que

Mientras la primera fue una actividad científica cuya enseñanza quedó limitada exclusivamente a los recintos universitarios, la segunda, considerada «el arte de curar con las manos», se mantuvo dentro de las actividades técnicas y manuales, aunque desde el siglo XVI, al establecerse las cátedras de «Anatomía» y «Cirugía» en las facultades universitarias de Medicina, fue una de las materias que se impartieron a quienes más tarde serían médicos (p. 21).

Los médicos indicaban el tratamiento que consideraban conveniente, platicaban con el enfermo, lo observaban y no lo tocaban (Huerta, 2001, p. 99). Cuando se intervenía físicamente algún padecimiento, participaban los cirujanos, los barberos,²⁶ los flebotomianos o sangradores,²⁷ los algebristas²⁸ y los boticarios. Los cirujanos realizaban las operaciones quirúrgicas, extirpaban tumores, amputaban extremidades, corregían fracturas, extraían proyectiles de las heridas, ligaban arterias, suturaban descabros, se encargaban de lesiones delicadas (Huerta, 2001, p. 99) y practicaban autopsias.

La imagen 3, escenifica la atención a los enfermos en el Hospital de San Miguel a través de la pintura-mural de Gabriel Flores.²⁹ Véase la imagen.

²⁶ El que tiene por oficio afeitar o hacer la barba. También se les llamaba así a los sangradores, pues los barberos solían ejercer este oficio (*Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana Espasa Calpe*, vol. VII, p. 682).

²⁷ Los flebotomianos eran los cirujanos que practicaban la operación de la sangría, también algunos se dedicaban a sacar muelas (Castells, vol. II, 1860, p. 38).

²⁸ Los algebristas eran quienes acomodaban los huesos dislocados (Castells, Vol. I, 1860, p. 139).

²⁹ La pintura-mural de Gabriel Flores aún prevalece en las instalaciones del Viejo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (Aceves, 1993, s/p).

La separación entre las funciones de los facultativos persistió en el Hospital de San Miguel en la época de estudio que corresponde a este trabajo y se constata en los malestares que atendían. Mientras que el médico se encargaba de aquellos padecimientos que hacen «enfermar interiormente el cuerpo»,³⁰ es decir, el caso de los que padecían algún tipo de fiebre, diarrea, etc., el cirujano hacía lo mismo con aquellos malestares manifestados «por de fuera del cuerpo humano»,³¹ como por ejemplo, los enfermos de galio o los heridos.

En lo que respecta al médico del Hospital de San Miguel, Mariano García de la Torre, se desempeñó con ese nombramiento entre los años de 1761 a 1815: en 1784 formó parte de una «Junta de médicos y cirujanos» que mandó establecer el Presidente de la Real Audiencia Eusebio Sánchez Pareja con la finalidad de emprender algunas acciones ante la presencia de las fiebres que se presentaron en ese año y también debía inspeccionar las harinas con las que se elaboraba el pan en la ciudad.³² Entre 1792 y 1812, De la Torre fue el titular de la cátedra de medicina de la Universidad de Guadalajara (Castañeda, 2012, p. 183), se desempeñó como faculta-

³⁰ En el *Florilegio Medicinal*, Esteyneffer se refiere a dos tipos de causas en que se manifiestan las enfermedades en el cuerpo humano: «causas extrínsecas» (externas) y «causas intrínsecas» (internas). Con respecto a las primeras, señala: «Prosiguiendo de las causas susodichas, de ellas ay unas, que se llaman Extrinsecas, porque se ofrezan por de fuera del Cuerpo humano, al que alteran, y varian sus dolencias, como son: el Aire; la Comida, y Bebida; el Sueño, y Desvelo; el Movimiento, o Exercicio, y Quietud, la Evaquacion, y repleción; los Accidentes, o Pasiones del animo. Todos estos casi necesario se ofrecen al Cuerpo humano, los quales, asi como siendo con medida, y proporción, conservan el Cuerpo con salud, asi también, faltando, o excediendo su proporción, o medida, ocasionan las Enfermedades; y estas causas dichas son las ordinarias, fuera de otras que casualmente se suelen ofrecer» (Esteyneffer, 1712, p. 3).

³¹ «Otras Causas ay Intrínsecas, que son los humores interiores complexionales, los quales hacen enfermar interiormente el cuerpo, y todas sus partes» (Esteyneffer, 1712, p. 3).

³² AMG, Actas de Cabildo de 1784, f. 70.

Imagen 3.
Visión nocturna de una de las salas de enfermos
del antiguo Hospital Civil de Guadalajara.



Fuente: (Aceves, 1993, s/p).

tivo del Cabildo de la ciudad, tuvo el cargo de protomédico del Tribunal del Protomedicato en 1795³³ y fue miembro de la Junta de Sanidad en 1814.

García de la Torre realizaba dos visitas a los enfermos en la sala de medicina, tanto de hombres como de mujeres del Hospital de San Miguel. La de la mañana la efectuaba entre las seis y seis treinta y duraba una ho-

³³ Asunto 169. Protomédico Torres (Diego-Fernández, 2003, Vol. I).

ra aproximadamente y la de la tarde la realizaba entre las tres y cuatro tardándose media hora según el número de enfermos que debía de atender «que no bajaban de ochenta entre hombres y mujeres». En la visita era acompañado por el padre presidente, Fray Benito de San Antonio, por «un Practicante, el Boticario, o su oficial, y el mozo que llaman enfermero». De la Torre pulsaba a los enfermos, dictaba al practicante la receta y prescribía las dietas.³⁴

Sobre las visitas efectuadas por los médicos en otros recintos hospitalarios, Carlos Viesca, estudioso de la medicina novohispana, señala que para el caso del Hospital de Naturales de la ciudad de México, en 1776 se realizaban dos visitas diarias a los convalecientes: una a las siete de la mañana y la otra a las cinco de la tarde. En este recinto la atención de situaciones de urgencia se tomó cada vez con mayor importancia y se estableció que los médicos adscritos a los hospitales debían atender a los enfermos a cualquier hora del día (Viesca, 2001, p. 198).

En cambio, en el Hospital de San Pedro, en Puebla, el médico recetaba de acuerdo con el número de cama. Su actividad se limitaba a observar la limpieza, asistían a los enfermos y tomaban nota de los alimentos. El cirujano, por su parte, basaba su trabajo en los principios de observación y reflexión y se distinguía por la acción manual como ayudante del médico. Con su instrumental examinaba los músculos, vientre, articulaciones y le proporcionaba los datos al médico para su interpretación (Huerta, 2001, p. 100).

En cuanto a las actividades de los cirujanos como es el caso de Juan Gonzales, quien fungió con ese cargo en el Hospital de San Miguel entre los años de 1787 a 1806, debía visitar la sala de cirugía de hombres y la de mujeres. La visita la realizaba por la mañana a la misma hora que el

³⁴ Esta información se obtiene a partir de las declaraciones del padre enfermero mayor, Fray Joaquín de la Concepción, de la del médico, Mariano de la Torre, y de la del padre presidente del hospital, Fray Benito de San Antonio. BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, fojas: 67 v-78 fr, 78 v-81 fr, 88 fr-97 fr. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén. Y (Oliver, 1992, pp. 153-162).

médico y duraba una hora reconociendo entre veinticinco y treinta enfermos de su facultad. A excepción de tener programada alguna operación quirúrgica, «se dilata tres quartos de ora, ó una entera, que tambien quando hai alguna cosa hurgente se llama aunque sea de noche». A diferencia del médico, «le acompañan solamente quatro Practicantes, dos que viven dentro del Hospital, y dos que bienen de la calle, menos en las enfermerías de mugeres, á donde solamente entra el Cirujano». De acuerdo a este último señalamiento, podemos confirmar que Gonzales también visitaba la sala de mujeres correspondiente a la de su facultad.³⁵ Sobre este punto, se señaló:

haora que tiene Practicante asalariado el Hospital, lo acompaña, con otros dos de la calle, que ban á egercitarse en lo mismo, y otro muchacho inutil; que antes que hubiese dicho Practicante, lo acompañava solamente un mozo, que llevaba la luz, que á este, y no á otra persona de cuidado de respeto, tubo el declarante que encargarle mucho tiempo la postura de cataplasmas cada tantas oras, ó racion de bebidas, y que se les diese tambien los alimentos que señalava, que estos encargos en el dia, se los hase al Practicante asalariado.³⁶

La poca participación que tuvieron los dos facultativos en el recinto se explica porque la asistencia religiosa aun prevalecía como la actividad preponderante en la atención de los enfermos. Según Lilia Oliver, esa limitada participación implicaba la inexistencia de una medicina hospitalaria,

³⁵ Esta información se obtiene a partir de las declaraciones del padre enfermero mayor, Fray Joaquín de la Concepción, de la del cirujano, Juan Gonzales, y de la del padre presidente del hospital, Fray Benito de San Antonio. BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, fojas: 67 v-78 fr, 81 fr-84 fr, 88 fr-97 fr. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

³⁶ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, foja 83 fr. Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén.

que respondía —dice Foucault— a dos razones: no había nada en la práctica médica de esa época que permitiera la organización de los conocimientos hospitalarios, ni tampoco la organización del hospital permitía la intervención de la medicina. En consecuencia, hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes.³⁷

Entonces, ¿podemos señalar avances médicos presentados en la atención hospitalaria novohispana a finales del siglo XVIII?

4. Los avances médicos

Con la llegada de los Borbones a la Corona española se impulsaron acciones relacionadas con el mejoramiento de la higiene, la salud pública y, particularmente, la cirugía: «se puso particular interés en atender las necesidades sanitarias y médicas de los cuerpos armados, el Ejército y la Marina; se trataba de herramientas de primer orden tanto para defender los intereses expansivos de la monarquía como su integridad territorial» (Ramírez, 2010, p. 23).

En España se fundaron los Reales Colegios de Cirugía: el de Cádiz en 1748, el de Barcelona en 1760 y el de San Carlos de Madrid en 1774 (Ramírez, 2010, p. 24). El establecimiento de los colegios matizó el empuje de los saberes anatómicos y significó la creación de los centros docentes más importantes del siglo XVIII. En estos colegios los cirujanos recibieron una sólida formación científica con rigurosa práctica anatómica, enseñanza de la cirugía general y conocimiento sobre saberes clínicos especializados (Grunjel, 1973, p. 37).

La reforma ilustrada a los saberes médicos de la segunda mitad del siglo XVIII, alcanzó diversos ámbitos institucionales, aunque la cirugía fue una de las disciplinas más cultivadas por el reformismo ilustrado. Si bien, la creación de los Reales Colegios significó una etapa completamente innovadora, tanto para el ámbito quirúrgico como para la misma posición

³⁷ (Foucault, 1978, pp. 23-24), citado en (Oliver, 1992, pp. 157-158).

social de los cirujanos, en el ámbito universitario también fue necesario renovar los planes de estudio de las facultades de medicina y cirugía.

Para el caso de la Nueva España, el impulso de la cirugía que promovió la Corona Española se manifestó con la fundación del Real Colegio de Cirugía en 1768 (Ramírez, 2010, p. 106). Con el establecimiento del Colegio en el Hospital Real de Naturales de la ciudad de México, se institucionalizó la enseñanza de la cirugía y se profesionalizó su ejercicio. El establecimiento del colegio representó un paso importante para el desarrollo de teorías médicas modernas transmitidas a través de la docencia, así como la práctica académica y profesional de los facultativos. Si bien, la finalidad de dicho establecimiento radicó en fundar una «cátedra de Anatomía Práctica», en la realidad se fundaron un conjunto de materias. «En él —además de los estudios de Anatomía, Operaciones y Fisiología— se instruía a los estudiantes en diversas materias médico-quirúrgicas, como Clínica, Osteología y Botánica, entre otras» (Ramírez, 2010, pp. 25 y 106).

El Colegio de Cirugía continuó el modelo de los establecimientos quirúrgicos peninsulares que, a su vez, se guiaban por los franceses. La enseñanza teórica impartida en las aulas estaba relacionada con la instrucción clínica practicada en las salas del hospital, a la cabecera de los enfermos y con el estudio práctico de la anatomía mediante la disección de cadáveres (Ramírez, 2010-A, p. 161).

Si bien es cierto que a través de estos cursos los estudiantes podían acercarse a las nuevas teorías y prácticas quirúrgicas que en la Real y Pontificia Universidad de México se prohibían, el hecho es que no debió ser fácil que cualquier alumno terminara sus cursos y examinara cuerpos humanos. Por razones profanas y de mentalidades, la Iglesia debió impedir este tipo de prácticas. Aun así, la formación de los estudiantes que lograban ingresar y llevar sus cursos de manera un tanto formal, complementaban su instrucción con la práctica efectuada en las salas del Hospital de Naturales.

Con el establecimiento del Colegio de Cirugía, el atraso en que se encontraba la enseñanza de la medicina y cirugía universitaria se hizo más evidente. Esta institución ilustrada transformó la cirugía de arte manual

a técnica, por medio de una enseñanza institucionalizada, basada en un programa científico que siguió las modernas ideas francesas y con una gran influencia en la medicina y cirugía mexicana del siglo XIX (Ramírez y Viesca, 2010, p. 503).

Guadalajara no se vio ajena a la renovación de los saberes médicos promovidos por la Corona española durante la segunda mitad del siglo XVIII. El impulso a ese conocimiento se presentó en dos sentidos: 1) a través del establecimiento de las cátedras de medicina de la Real y Literaria Universidad de Guadalajara (Cárdenas, 1999, pp. 126-127)³⁸ y 2) se propuso instruir practicantes de cirugía asalariados y se impulsaron las anatomías para fines legales en el Hospital de San Miguel.

En las grandes capitales dependientes de la Corona española que tenían Universidad, como fue el caso de la ciudad de México y de Guadalajara, «el practicante universitario» y «el practicante asalariado» representaron dos figuras con presencia en el ámbito hospitalario.

Según las ordenanzas del Hospital Real de Naturales de la ciudad de México, en 1776 había dos practicantes de medicina y cinco de cirugía de planta. Entre las obligaciones de los de medicina destaca el atender las guardias por turno, siempre debían ser acompañados por un sirviente y asistían con los facultativos en las dos visitas realizadas a los enfermos; además, tenían la obligación de mantener equipado el cajón con el material quirúrgico, cortar los vendajes, aplicar las «unturas» y hacer las curaciones. Por su parte, los de cirugía debían realizar las operaciones fáciles, siempre ante la vista del cirujano y anotar lo correspondiente en el libro de recetas (Viesca, 2001, pp. 196-197).

En el Hospital de San Andrés tuvieron mayores responsabilidades. Constituían el sostén de las enfermerías: se les exigía acompañar a los

³⁸ Cristina Cárdenas (1999), estudiosa de las instituciones de educación, argumenta que con el establecimiento de la Universidad, «la única facultad [...] en la que predominaba la postura moderna, fue la de medicina, que propuso cambios sustanciales [...] se convirtió en el mejor bastión del pensamiento científico en las universidades españolas» (pp. 126-127).

médicos en las visitas, examinaban a los enfermos de recién ingreso, recetaban en situaciones de urgencia, asistían a las horas de la comida para supervisar los alimentos, vigilaban la atención a los enfermos, uno de ellos debía permanecer en guardia por veinte y cuatro horas, y en ausencia del médico, podían efectuar las visitas en su nombre (Martínez, 2001, p. 502).

Esas prácticas no fueron exclusivas del Hospital de Naturales y de San Andrés. En el de San Miguel de Guadalajara también se tienen noticias de sus actividades. De acuerdo con Juan Gonzales, cirujano del hospital, ante el crecido número de enfermos que debían atenderse en las salas del recinto correspondientes a su facultad, necesitaba «del auxilio de dos practicantes asalariados para la curación de pinzas aplicar los tópicos y para que me ayuden en las operaciones que con frecuencia son indispensables».³⁹ Posiblemente, esta petición hecha por el cirujano al padre prefecto del hospital, fray Juan de Belén, se trata de los primeros registros en donde el facultativo solicita la incorporación de practicantes asalariados al hospital, cuyo sueldo sería de «cuatro o cinco pesos mensuales». Es evidente que el cirujano, ayudado por algunos mozos y sirvientes del recinto, no podía solventar ni atender las dolencias padecidas por los enfermos que le correspondían, es decir, aquellos relacionados con el ejercicio de la cirugía. Ante tal problema, el médico del hospital, Mariano de la Torre, señaló:

Que la necesidad de los practicantes es cierta y casi indispensable para que el cirujano pueda hacer con acierto las operaciones; pues hay muchas que no pueden ejecutarse por los facultativos sin que les ayude algún otro que a lo menos tenga un mediano conocimiento de lo que intenta ejecutar como es por ejemplo la mutilación de un miembro en el que es necesario mantener al enfermo en la situación que corresponde saber tomar las arterias para

³⁹ AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, Exp. 7, Ficha 51, 6 de febrero de 1793, f. 1 fr. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

enlazarlas y después de hecha la operación estar pronto por más de veinte y cuatro horas para apretar o aflojar el torniquete según la necesidad lo exija.⁴⁰

Es evidente que el papel desempeñado por los practicantes asalariados en el Hospital de San Miguel, ayudaba a solventar las actividades diarias en la atención de los enfermos. Sin embargo, los practicantes no eran ni médicos ni cirujanos y carecían de esa praxis profesional y formación universitaria que distinguía a los facultativos. Eran aprendices que, al lado de cirujano acreditado, se instruían en ese «arte». El médico Mariano de la Torre apoyó la importancia y necesidad que conllevaba la formación hospitalaria del practicante y señaló que:

Todo lo útil que se puede considerar de que se le den al cirujano los dos practicantes se frustrará si vs pareciéndole bien no manda que el cirujano del hospital tenga precisa obligación de diariamente en el tiempo que le sea más cómodo les enseñe explicándoles algún autor clásico de la facultad como la Faye o el que mejor parezca el tratado de operaciones de Villa-verde el conocimiento de las partes del cuerpo humano de Juan de Dios López la práctica de disección de cadáveres y la ejecución en ellos de las operaciones para que adquieran uso y práctica [...] en quien poder confiar los acaecimientos de media noche y otras horas incómodas se sigue también la de mayor atención que es la del público pues entonces gozará el tener el cirujano hábiles y con conocimientos de las circunstancias en las enfermedades.⁴¹

Este informe fue emitido al Intendente de Guadalajara, Jacobo Ugarte y Loyola, como parte de las pesquisas que la Real Audiencia realizó

⁴⁰ AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, Exp. 7, Ficha 51, 6 marzo de 1793, f. 3 v. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

⁴¹ AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, Exp. 7, Ficha 51, 6 marzo de 1793, f. 4 fr- 4 v. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

al Hospital de San Miguel en 1793, y da a conocer la postura que adopta Mariano de la Torre ante la instrucción de los practicantes a cargo del cirujano. De acuerdo a lo que señala el doctor, Juan Gonzales diariamente debía enseñar y explicar los tratados de algunos anatomistas clásicos españoles, como Juan de Dios López, además de instruirlos en las operaciones para que «adquieran uso y práctica».

Gonzales confirmó estar dispuesto a enseñar a los practicantes asalariados las operaciones quirúrgicas, formar cirujanos hábiles y, así, «ser presentados a examen». Sin embargo, el propio Juan Gonzales reconoció que para lograr tal acometido era necesario «formar una o más cátedras como las que hay en el Hospital Real de México y en los Colegios de España donde se les enseña después de estar instruidos en la latinidad la física experimental, patología fisiológica, higiene terapéutica, química botánica y la medicina práctica, cuyos conocimientos son tan indispensables que sin ellos no podremos contar jamás con cirujanos diestros».⁴²

Con este tipo de declaraciones podemos advertir la importancia que va adquiriendo el practicante como parte del servicio médico y del personal encargado de la atención hospitalaria. Los practicantes debían «vivir dentro del hospital», y, evidentemente, hacerse cargo de las eventualidades que surgieran en el recinto, específicamente durante la noche, ya que tanto el médico como el cirujano no vivían en el nosocomio, aunque los religiosos betlemitas sí lo hacían.

No debemos dejar de lado que la asistencia a los convalecientes tenía sus problemas, no se ejercía como realmente se requería. Había inconsistencias e irregularidades, quejas en las visitas que los facultativos realizaban a las salas de los convalecientes, además, los fondos económicos escaseaban y faltaba personal, tanto religioso como civil. Sin embargo, lo más relevante de ese informe es la sugerencia del cirujano por establecer «cátedras» para instruir a los practicantes, como se hacía en el Hospital

⁴² AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, Exp. 7, Ficha 51, marzo de 1793, f. 9 fr. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

Real de Naturales, lugar en donde se fundó el Colegio de Cirugía, o como en los Colegios de España. Esta declaración revela los esfuerzos de los facultativos para ganar espacios y mayores funciones en un hospital que preponderaba la atención espiritual y relegaba su ejercicio a segundo punto.

No es fortuito que durante este mismo periodo, es decir, en julio de 1793, Juan Gonzales emitiera la «Instrucción que deben observar los practicantes destinados para el servicio del Hospital Real de San Miguel, formada de orden superior del Muy Ilustre Señor Comandante General Gobernador e Intendente de la Provincia, don Jacobo Ugarte y Loyola». A la letra, el reglamento establece:

Primero, los practicantes del Hospital Real de esta ciudad deberán levantarse todos los días indefectiblemente al amanecer y tendrán pronto el aparato para la curación de los enfermos cuidando de que esté limpio y aseado, circunstancias precisas para las heridas, úlceras;

Segundo, cada practicante tendrá un cuaderno en que apuntará lo que el cirujano le ordenare para evitar yerros en la curación que según las órdenes del facultativo deben hacer que se reducen por ahora a la simple de pinzas, aplicación de tópicos⁴³, ventosas, vexitorios⁴⁴, hacer sangrías⁴⁵ y dar a los enfermos las bebidas que se les hubieren mandado;

Tercero, es indispensable que los practicantes tengan en el mismo hospital un cuarto con las camas, mesa y que se les dé una vela, a fin de que

⁴³ Los tópicos son los medicamentos aplicados al exterior del cuerpo, como los ungüentos: medicamentos externos de consistencia de manteca, que se untan sobre la piel, específicamente sobre las úlceras (Castells, tomo II, 1860, p. 674).

⁴⁴ Se da este nombre a los tópicos que aplicados encima de la piel determinan una secreción serosa por la cual la epidermis se levanta de modo que forma una ampolla. Para ello sirven los emplastos llamados vejicorios (Castells, tomo II, 1860, p. 680).

⁴⁵ «Las sangrías eran prácticas habituales, tenían como propósito retirar las dolencias o humores, y para poderlas efectuar se tenían que aplicar previamente torniquetes, después abrir las venas con hojas metálicas filosas o bisturíes y recolectar la sangre en vasijas a las que se llamaba sangradoras [...] Las ventosas se utilizaban para acometer dolores, inflamaciones y tumoraciones» (Fajardo y Fajardo, 2001, p. 203).

puedan estudiar de noche las lecciones que el cirujano les señalare y que se les asista con la comodidad y su correspondiente chocolate, champurrado o atole, según les acomodare;

Cuarto, no deberá obligarse a los practicantes a otro servicio que el peculiar de los enfermos de cirugía sobre cuyo exacto cumplimiento celara el reverendo padre enfermero mayor y de las faltas que advirtiere o notare, dará aviso al cirujano del hospital para que tome las providencias necesarias y convenientes al remedio de la falta, que si reincidieren en ella y al juicio del cirujano fueren graves, deberá despedirse del hospital;

Quinto, las horas que quedaren libres a los practicantes después de haber hecho lo que el cirujano les deja ordenado, las emplearán solamente en el estudio y cada ocho días se les permitirá que uno de ellos salga a que lo asean y limpien en su casa, quedando el otro en el hospital hasta que le llegue su turno;

Sexto, con aviso del cirujano se les franqueará a los practicantes el camposanto para que busquen los huesos que fueren necesarios para su estudio y para las demás lecciones anatómicas que deben dárseles y también a proporción de su adelantamiento se franquearan al cirujano los cadáveres que pidiere para que sobre ellos estudien y se instruyan estos jóvenes en las partes de que se compone el cuerpo humano, función de ellas;

Séptimo, cuando en el hospital ocurriese alguna de las operaciones grandes como la de amputar un brazo, pierna, entonces será precisa obligación de los practicantes no apartarse de día ni de noche uno de ellos del enfermo, observando el torniquete para cuyo trabajo podrán alternarse cada dos horas según lo dispusiere el facultativo;

Octavo, los practicantes estarán subordinados en todo al cirujano y cuidarán igualmente de tratar con la atención y respeto al reverendo padre enfermero mayor observando con los enfermos un modo suave y dulce y asistiéndoles con la puntualidad y exactitud que exige la caridad y la obligación de sus oficios.⁴⁶

⁴⁶ «Instrucción que deben observar los practicantes destinados para el servicio del Hospital Real de San Miguel, formada de orden superior del Muy Ilustre Señor Coman-

La emisión de ese reglamento representa un logro muy importante para los saberes médicos en la Guadalajara de los últimos años del siglo XVIII. No sólo en el discurso se encuentran plasmados algunos indicios del impulso que recibieron los saberes quirúrgicos en el Hospital de San Miguel, sino que se dan los primeros pasos en el desarrollo de una nueva práctica médica. Esto se explica por varias razones:

1. El reglamento, formado por Gonzales a petición del Intendente Ugarte y Loyola fiel representante del pensamiento moderno en Guadalajara- constata los ideales que las reformas de los borbones implantaron en los territorios novohispanos, paralelas a las que entonces se realizaban en la ciudad de México, es decir, en el Colegio de Cirugía como son las relacionadas al campo quirúrgico;
2. La instrucción representa un asomo hacia una organización hospitalaria más efectiva, en donde la concepción de la salud-enfermedad adquiere mayor importancia a través de la asistencia médica. Un saber que va en contra de la antigua filosofía galeno-hipocrática, al proponer un ejercicio de la medicina basada en la práctica quirúrgica del cuerpo humano. Este nuevo pensamiento sobre el concepto de la enfermedad permitía buscar, a través de las disecciones en el cadáver, las causas de la misma;
3. Aun cuando no podamos demostrar que desde ese momento, es decir, julio de 1793, fueron remitidos los cadáveres del hospital y camposanto de Belén para que con fines didácticos se instruyera el cirujano y los practicantes, la sola iniciativa para realizar esas prácticas anatómicas significó un primer paso de un ejercicio médico mejor fundamentado. Las únicas anatomías que sí se realizaron estuvieron enfocadas desde

dante General Gobernador e Intendente de la Provincia, don Jacobo Ugarte y Loyola», Guadalajara, 9 de julio de 1793. Incluido dentro de los autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel. AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, Exp. 7, Ficha 51, foja 130 y 131. Guadalajara, julio 9 de 1793. Juan Gonzales al Intendente Jacobo Ugarte y Loyola.

el ámbito legal, pero no tuvieron ningún tipo de instrucción didáctica y no involucraron a los practicantes, solo a los facultativos. A raíz de la demanda que generaron los servicios hospitalarios desde los últimos años del siglo XVIII, a los facultativos de manera paulatina se les fueron sumando mayores responsabilidades. En el caso del cirujano, practicó las inspecciones anatómicas o autopsias por causas legales. Según lo prescribe la documentación de la Real Audiencia,⁴⁷ el Intendente de Guadalajara Fernando de Abascal, determinó en 1801 que los cirujanos del Hospital de San Miguel debían consignar las certificaciones correspondientes sobre la «esencia y gravedad» de los enfermos y heridos, principalmente para seguir los procesos criminales de la Real Audiencia.⁴⁸

4. Y, por último, solo señalar que, seguramente, los practicantes asalariados sí fueron incorporados a la atención hospitalaria y fungieron como los aprendices o ayudantes del cirujano. La época demandaba ampliar el personal hospitalario y no debió haber problema en que se sumaran como empleados del servicio médico, que, como lo mencionamos, se subordinaba a la autoridad eclesiástica del hospital. Pero, ¿cuáles fueron los criterios que determinaron el funcionamiento del Hospital de San Miguel y cómo estudiamos a la población enferma?

⁴⁷ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal. Los expedientes criminales, por lo común, registran las prácticas médicas ejericidas para fines legales.

⁴⁸ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 378, exp. 26. Bando emitido por el Intendente Fernando de Abascal y Souza. Guadalajara, septiembre 8 de 1801, foja 2 fr-6 v.

CAPÍTULO II.

El funcionamiento hospitalario a través de los registros

1. Los registros de enfermos

Los registros del hospital consignan a los enfermos que presentan más de una entrada al nosocomio. Sin embargo, ante la falta de homogenización que presentan algunos datos personales de los enfermos, tanto en sus nombres como en sus apellidos, y por la gran cantidad de información que ello genera, resultaría complicado determinar el porcentaje exacto de los reingresos que tuvo la población al hospital, aunque para algunos casos, sí podría realizarse ese rastreo. Por lo tanto, los registros representan una aproximación del número de entradas consignadas durante los años de estudio, aun cuando una misma persona registre varios ingresos e independientemente de esa problemática, la información permite un acercamiento al tema.

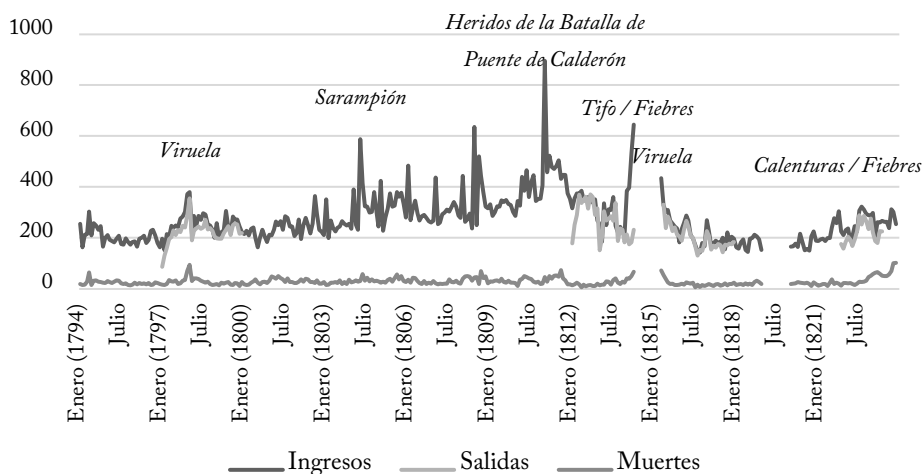
Los datos representan aproximaciones y no pueden considerarse totales absolutos. Se detectaron fojas faltantes y mutiladas en los libros del hospital por lo que es claro que los datos y las estadísticas que proyectamos presentan un subregistro.⁴⁹

⁴⁹ La fuente presenta faltantes durante diversos años, entre ellos 1797-1799. No obstante, se acentúan durante el periodo de estudio que corresponde a los años 1811-1823. Los faltantes son los siguientes: en mujeres, de septiembre a diciembre de 1813; en ambos sexos, de junio de 1814 a marzo de 1815, aunque tenemos los registros de militares de este periodo; en mujeres, faltantes totales entre 1818-1820; en hombres, de abril de 1819 a julio de 1820; en hombres, de julio a septiembre de 1821; en hombres, diciembre de 1823.

Los registros hospitalarios permiten conocer no solo el perfil cuantitativo de los enfermos, sino el cualitativo. En ciertos casos la fuente refiere el ingreso de familias completas, aunque esto no fue muy común; en ocasiones, se consignan a las madres con sus hijos «de brazos» en una misma cama; en otros, se detectó la presencia de hermanos o de algún otro familiar con la misma enfermedad, incluso, se ubicó a algunos que permanecieron internados en el hospital durante varios años, uno de ellos lo hizo durante una década. Se estudian las estadísticas, las variaciones y las dinámicas generales que presentan los registros de ingreso, de salidas y de defunción entre los años que van de 1794 a 1823. Véase la gráfica 1.

Gráfica 1.

Registros de ingreso, salida y muerte en el Hospital de San Miguel de Guadalajara, 1794-1823



Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. No. 19-42.

En el Anexo número 1, se pueden consultar los datos mensuales de la época señalada en la gráfica 1.

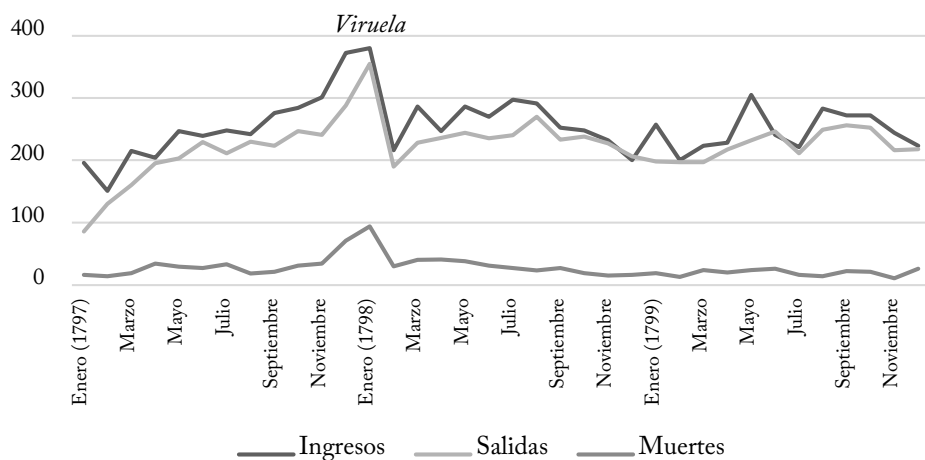
Las alzas que presentan las series de enfermos responden a los periodos de emergencia en la ciudad: como pueden ser las principales epidemias, el

caso de la viruela presentada entre 1797-1798 y la epidemia de sarampión de 1804. A principios de 1811, tenemos registrado el ingreso masivo al hospital de tropas militares originarias de la ciudad de México que participaron en la Batalla de Puente de Calderón; durante 1814 y 1815, los registros consignan las epidemias de tifo y de viruela; y durante 1823, se presenta un brote local de calenturas. La pintura-mural de Gabriel Flores escenifica de cierta manera el contexto de muerte y de enfermedad presentado durante el siglo XVIII en Guadalajara. Véase la imagen 4.

Como ya se dijo en la introducción de este trabajo, se estudia la serie documental que comprende los años entre 1797 y 1799 con un aproximado de 9 149 registros. Este muestreo de tres años consigna solo para ciertos casos el nombre de la enfermedad y el de la sala. El incremento que muestran los ingresos, salidas y muertes en la gráfica 2, constata la presencia de la epidemia de viruela de 1797.

Gráfica 2.

Registros mensuales de enfermos del Hospital de San Miguel: ingresos, salidas y muertes, 1797-1799



Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-24.

Imagen 4.

Cúpula central –el siglo XVIII–. El benefactor; el hambre, la peste, los enfermos, los frailes caritativos, el terror y la súplica.



Fuente: (Aceves, 1993, s/p)

En lo que respecta a las variaciones mensuales de los años señalados en la gráfica 2, cabe señalar que lo que sucede durante estos años es atípico y las mediciones son elevadas porque se presentó una epidemia de viruela a finales de 1797 y durante los primeros meses de 1798; segundo, la información proyecta una correspondencia entre los registros de entrada, los de salida y los de muerte, es decir, las variaciones en las series por lo regular son paralelas en los tres ejes: las salidas y las muertes de enfermos son proporcionales a la demanda e impacto que generan los ingresos de los mismos; y tercero, con respecto al «lugar de origen» que presentan los más de 9 000 registros de enfermos ingresados al hospital y tomando en conjunto los datos del periodo de tiempo que comprenden los años de 1797 a 1799, un aproximado del 65 % no eran originarios de Guadalajara.⁵⁰ Esa situación denota la importancia del recinto para la población foránea y local en la asistencia de sus padecimientos, ya que más de la mitad fue registrada de alguna localidad ajena a la ciudad. Lo anterior muestra el desplazamiento de la población a la ciudad y al paso por ella arribaban al nosocomio en busca de ayuda. Pero, en el ingreso de los convalecientes al nosocomio, ¿qué criterios se consideraron para distribuirlos en el hospital, cuál fue la concepción de las salas y la función del personal que las atendía?

Los religiosos betlemitas administraron el nosocomio durante el siglo XVIII. Distribuyeron a los enfermos entre las salas del hospital según lo establecido en las Constituciones de la orden de Belén entre espacios destinados para hombres, mujeres, españoles y el resto de calidades enfocadas con determinado padecimiento: «Esta separación, que se mantuvo a lo largo del siglo XVIII, respondía a que el capítulo VII de sus constituciones así lo ordenaba: estarán diversas enfermerías, separadas de los españoles, para los indios, moros y otras naciones» (Oliver, 1992, p. 263). Sin

⁵⁰ Se consignaron un sinnúmero de localidades que fueron anotadas como los «lugares de origen» de los enfermos, alcanzando más de 200 sitios en donde se destacan ciudades, pueblos, villas, rancherías, etc., de diversas regiones de la Nueva España. El porcentaje de los que se registraron en el hospital como originarios de «Guadalajara», representa un aproximado del 35 % de todos los datos.

embargo, existieron variaciones en lo que estableció la legislación de los betlemitas y se ajustaron a las necesidades locales que presentaban los recintos. Como fue el caso del Hospital de San Miguel de Belén, según lo suscriben sus registros de enfermos.

La población que ingresó al nosocomio entre 1797 y 1799, estuvo integrada por el 41 % de mujeres y por el 59 % de hombres, casi todos mayores de 15 años.

Cuadro 4.
Registros de ingreso por grupos de edad
en el Hospital de San Miguel, 1797-1799

Edad	Total
0 a 4	10
5 a 9	107
10 a 14	313
15 a 19	1053
20 a 24	1572
25 a 29	1140
30 a 34	1501
35 a 39	663
40 a 44	1007
45 a 49	500
50 a 54	554
55 a 59	180
60 a 64	279
65 a 69	79
70 y más...	161
Sin especificar	30
Total	9149

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-24

En el hospital se atendió a «todo tipo de gente», principalmente mayores de 15 años: los indios alcanzan el 38 %, los españoles el 30 %, los mestizos el 20 % y los mulatos el 10 %.⁵¹ De acuerdo con las características que presentan los grupos de edad, el porcentaje de la población adulta ubicada entre los 15 años y los 39, alcanza prácticamente el 65 %, más de la mitad son hombres y la mayoría son indios y españoles.

Otro aspecto hace referencia al porcentaje de la población ubicada hasta los 14 años de edad con el 5 %. Con respecto a los enfermos que se ubican por debajo de esa edad, se decidió aplicar el término «párvulo» para referenciar a la población infantil menor de 14 años y diferenciarla de los adultos. Cabe señalar que la fuente no consigna ese término, solo registra la edad. Además, la división por quinquenios tuvo como finalidad aproximarnos a los periodos de edad de los enfermos, a decir, niños o adultos.

El bajo porcentaje de los párvulos atendidos en el hospital contrasta el impacto de las epidemias infantiles como la viruela y el sarampión, que por lo común presentaban elevada mortandad. Como fue el caso de la viruela en 1780 y 1797-1798, que causó estragos entre la población infantil de Guadalajara (Argumaniz, 2019, pp. 187- 202). El porcentaje registrado en el hospital para los párvulos revela de alguna manera la postura de los padres de familia al resistirse y no llevar a los más pequeños a resguardarlos en el nosocomio, lugar en donde recibían ayuda en manos de extraños. Más bien, estos fueron atendidos en casa y curados con remedios tradicionales. Aunque también es necesario mencionar las «casas de niños expósitos», albergues y «casas de cuna», espacios destinados para resguardarlos, atenderlos, educarlos e instruirlos en algún oficio.

La población enferma se distribuyó de forma separada entre salas para hombres y para mujeres (véanse los cuadros 5 y 6).

Sobre la distribución que tuvieron los enfermos en el nosocomio, Oliver (1992-A) menciona que

⁵¹ Los datos exactos son los siguientes: indio 37.90 %; español 29.32 %; mestizo 19.65 %; mulato 8.98 %; coyote 2.27 %; morisco 0.61 %; negro 0.57 %; lobo 0.12 %; castizo 0.04 %; meco 0.04 %; y tresalbo 0.03 %.

A lo largo del siglo XVIII las salas del hospital de Belén estuvieron divididas en función de tres criterios: la separación por sexos; por razones étnicas, aunque sólo funcionó con los hombres, donde había una sala especial para atender a los españoles, y la separación entre «enfermos de cirugía» y «enfermos de medicina», que correspondía a la división que existía entonces entre estas dos prácticas (p. 31).

Cuadro 5.
Registros de ingresos de hombres por salas
en el Hospital de San Miguel, 1797-1799

No.*	Sala	1797	1798	1799	Total
H	Celda	3			3
8	San José	1			1
9	Dios Padre	76	59	29	164
10	Santiago	14	14	2	30
10	San Miguel	169	49	27	245
11	San Pedro	7	15		22
12	Espíritu Santo	529	596	645	1 770
13	Dios Hijo	914	976	1 005	2 895
14	San Francisco de Paula	13	50	8	71
15	Los Dolores	2	115	1	118
16	San Jerónimo	1			1
17	San Nicolás	1	1	1	3
37	San Rafael	1			1
**	Cuarto	1	2	2	5
**	San Antonio		1	1	2
**	Patio de San Rafael	8	10	10	28
**	Patio de los locos			1	1
**	Patio de San Antonio	2		1	3
	Sin especificar		2	1	3
	Total	1 742	1 890	1 734	5 366

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-24. * Número o letra con el que se localizan en el plano de 1792. ** No se localizó en el plano de 1792.

En 28 salas se registran movimiento de enfermos y resaltan ciertos aspectos: primero, la separación entre hombres y mujeres, a decir, poco más de 15 espacios se destinaron a los varones y un promedio de 10 salas fueron reservadas para la atención de mujeres. Aunque en el patio de San Rafael y en algunos cuartos se registran tanto hombres como mujeres, pero separados por sexo; segundo, los diferentes grupos poblacionales, independientemente de su edad y calidad, se encuentran dispersos en los diferentes espacios del recinto; tercero, se localizaron salas para la atención de ciertas enfermedades y se presentó mayor número de enfermos en cuatro salas radiadas que son de las más grandes del nosocomio: dos de hombres y dos de mujeres que corresponden a la separación de los enfermos, tanto de medicina como de cirugía.

Cuadro 6.
Registros de ingresos de mujeres por salas
en el Hospital de San Miguel, 1797-1799

No.*	Sala	1797	1798	1799	Total
28	El Salvador	828	898	930	2 656
29	Corazón de Jesús	297	322	230	849
30	La Pasión	62	71		133
33	El Refugio	17	2	63	82
34	V. P. Vetancourt	19			19
35	La Sangre de Cristo	2	8		10
**	Cuarto	7	5		12
**	San Blas		1		1
	Patio de San Rafael		1		1
**	Patio de San Blas	1	1	5	7
**	Patio de San Gabriel		3	4	7
	Sin especificar		3	3	6
	Total	1 233	1 315	1 235	3 783

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-24. * Número o letra con el que se localizan en el plano de 1792. ** No se localizó en el plano de 1792.

Cuadro 7.
Registros por salas con mayores ingresos
en el Hospital de San Miguel, 1797-1799

Sexo	No.*	Salas	Registros de enfermos %
H	12	Espíritu Santo (sala de cirugía)	19.34 %
H	13	Dios Hijo (sala de medicina)	31.64 %
M	28	El Salvador (sala de medicina)	29.03 %
M	29	Corazón de Jesús (sala de cirugía)	9.27 %
Total			89.28 %

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-24. * Número con el que se localizan en el plano de 1792.

Esas cuatro salas albergaron el 90 % de la asistencia de enfermos entre los años de 1797 a 1799 y forman parte de las enfermerías más grandes que tuvo el hospital con una capacidad de 66 camas por sala. Aunque es evidente que en tiempos de epidemias se acondicionaban todos los espacios y rincones disponibles, desde las mismas salas, celdas y patios en donde se asistían por separado hombres y mujeres (véase el plano de 1792).

Dios Hijo, señalada con el número 12, fue la sala que generó mayor demanda en hombres con el 31 % de todos los ingresos al hospital y de todos los grupos poblacionales (españoles, indios, mulatos, etc.). Este espacio se conoció como «sala de medicina» y fue atendida tanto por los religiosos betlemitas como por el médico del hospital, Mariano García de la Torre, quien también tuvo a su cargo la cátedra impartida en la facultad de medicina de la Real y Literaria Universidad de Guadalajara.

Espíritu Santo, señalada con el número 13, tuvo el 19 % de la asistencia de los hombres enfermos y se conoció como «sala de Cirugía». Este espacio fue atendido por el cirujano Juan Gonzales y en conjunto con el Dr. De la Torre, realizaban las prácticas médicas que requerían los juicios criminales de la Real Audiencia para su pronta resolución.⁵²

⁵² BPEJ, ARAG, Ramo Criminal. Los expedientes criminales, por lo común, registran las prácticas médicas ejercidas para fines legales.

En los espacios de mujeres, la sala El Salvador, registrada con el número 28, consignó casi el 30 % de la asistencia y el Corazón de Jesús, con el número 29, el 10 %. En estas salas la situación debió ser un tanto más crítica por las pocas enfermeras disponibles. Aun cuando los betlemitas no trataban directamente a las convalecientes, según lo prescribieron sus Constituciones, lo debieron haber hecho las tres colaboradoras del recinto: Rafaela Belaustiquin, Margarita Mercado y Paula Carrillo: dos de ellas se desempeñaban como enfermeras y la otra se encargaba de hacer el atole.⁵³ Aunque no descartamos la posibilidad de que ante la problemática que demandó tal cantidad de convalecientes, seguramente también fueron asistidas por los facultativos, los mozos y los religiosos, independientemente de que las Constituciones lo prohibieran: «Los frailes únicamente tenían acceso a las salas de los hombres, ya que se les prohibía entrar a las de mujeres [...] aunque tampoco las mujeres podían ingresar a las salas de los hombres» (Oliver, 1992, p. 261). Es evidente que los lineamientos que rigieron los espacios del hospital se adoptaron a las necesidades diarias de los enfermos.

Entre las salas Corazón de Jesús y El Salvador su estimado fue de 3 500 registros y alcanzan el 38 % de los ingresos hospitalarios entre los años de 1797 hasta 1799. Es un hecho que la asistencia de enfermas se cubrió por un grupo más amplio de colaboradores, ya que las circunstancias de emergencia hospitalaria lo requirieron, como fue el caso de la viruela presentada a finales del siglo XVIII.

2. La viruela de 1797

La viruela es una de las enfermedades más mortíferas que ha enfrentado el ser humano y es uno de los padecimientos más frecuentes presentados durante la época Colonial. De acuerdo a lo demostrado por Argumaniz Tello (2019), estudioso de la historia demográfica que ha abordado el im-

⁵³ AHAG, Serie Obras Asistenciales, El Hospital de Belén, Caja 3, exp. 7, Ficha 51, 6 de febrero de 1793, foja 2 fr. y 2 v. Autos formados sobre el manejo, arreglo y administración de las rentas del Hospital de San Miguel.

pacto de esta enfermedad en Guadalajara, señala que su presencia se registró en varias ocasiones -1762, 1780, 1797-1798, 1815 y 1830- con rango de presencia aproximado de entre 15 y 18 años por epidemia, circunstancias que son explicadas por las características y facilidad de su transmisión (pp. 92-170). Además de la viruela, también se presentaron otros periodos de sobremortalidad, como «los años del hambre» de 1785-1786, una de las crisis demográficas más letales presentadas durante el siglo XVIII en Nueva España.

Argumaniz (2019) señala que, «a pesar de que la viruela y el sarampión atacaban principalmente a la población infantil, se ha demostrado que cuando la enfermedad tardaba más de 15 años en reaparecer, afectaba a todos aquellos grupos de edad que no habían tenido contacto con la enfermedad, y por lo tanto, no estaban inmunizados» (pp. 96-97). De acuerdo con el autor, la viruela se propagó por el contacto entre personas, por descargas de saliva al toser, incluso al hablar entre una persona enferma y una sana y por objetos contaminados al ser manipulados por alguien contagiado del virus (p. 97).

El impacto que ocasionaron las crisis epidémicas a finales del siglo XVIII, como la viruela presentada entre 1797 y 1798, generó la puesta en marcha de acciones en beneficio de la población. Las medidas adoptadas estuvieron determinadas de acuerdo con la concepción que se tuvo de la enfermedad: eran atribuidas a castigos divinos, al desequilibrio de los humores, a los miasmas, etc. Aunque ciertas medidas sí representaron mecanismos preventivos de ayuda social.

En cuanto a medidas puramente sanitarias las órdenes dadas por las juntas fueron de lo más acertadas. Nombraron médicos de oficio encargados de visitar y asistir a los enfermos [...] Prohibieron los velorios, ordenaron sepultar los cadáveres inmediatamente que se había comprobado la defunción y cubrirlos con una gruesa capa de cal viva. Destruir las ropas y enseres que hubieran estado en contacto con los enfermos. Asear las habitaciones de los enfermos limpiando [...] y finalmente encender grandes hogueras [...] pa-

ra purificar el aire por donde se suponía se producía el contagio (Somolinos, tomo I, 1982, p. 243).

Sherburne F. Cook, estudioso de la historia de la medicina, señala que prácticas como la inoculación representaron una de las medidas efectivas que redujeron los efectos causados por estas epidemias. Cook (tomo I, 1982-A), señala que

Para la historia de la inmunología de la viruela, la epidemia de 1797 es interesante porque proporciona información apreciable no de la vacunación, sino del procedimiento más primitivo de la inoculación que se empleaba antes del descubrimiento de Jenner. Este método, que consistía esencialmente en transferir el virus de la viruela de un ser humano a otro, se usó durante casi todo el siglo XVIII. No obstante los esfuerzos oficiales para introducirlo en América Latina, no se había empleado mucho antes de la epidemia de 1779, cuando demostró su utilidad. Por consiguiente, se generalizó su empleo en 1797 (p. 306).

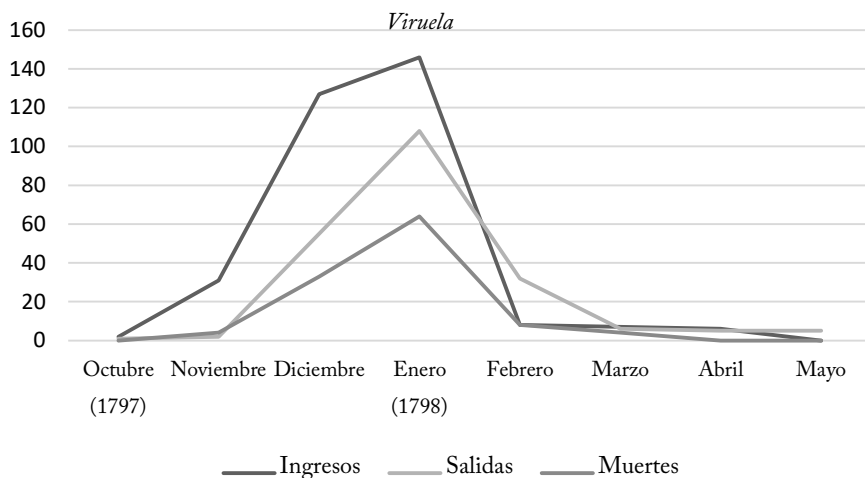
La inoculación y la vacuna contra la viruela que se introdujo a través de la Real y Filantrópica Expedición de Balmis en 1804, representaron soluciones eficaces que, con el paso de los años, lograron contrarrestar los graves efectos que la viruela ocasionó en la población novohispana.

La problemática social que ocasionó la viruela se tradujo en aumento de defunciones y de enfermos, tanto en la ciudad de Guadalajara como en el Hospital de San Miguel. De acuerdo con el aumento general que presentan los registros del nosocomio, se muestra que en el mes de septiembre de 1797 inicia el ascenso de los enfermos; en enero de 1798 se alcanza el punto más pronunciado y, a partir de entonces, descienden los ingresos, las salidas y las muertes (véase la gráfica 3).

De los 327 registros de viruela que consignan las entradas del hospital entre 1797 y 1798,⁵⁴ 113 fallecieron al interior del nosocomio: el 66 % de

⁵⁴ Estas son las cantidades que se contabilizaron en nuestras capturas nominales. Sin

Gráfica 3.
Registros de enfermos de viruela en el Hospital de San Miguel:
ingresos, salidas y muertes, 1797-1798



Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-23.

estas defunciones tenía rango de edad mayor a los 15 años y el resto eran menores de 14.⁵⁵ Sin embargo, llama la atención el bajo porcentaje que presentan los párvulos fallecidos por esta misma enfermedad, según lo ha demostrado la demografía, la viruela afectaba principalmente a los niños. Argumaniz (2019) señala que la mortalidad general en Guadalajara para estos dos años registró 1483 muertes, estimado que incluye mayor impacto en la población infantil (pp. 146 y 197). Aunque debemos recordar que la atención hospitalaria no se destinaba necesariamente para la atención de los infantes. Estos se atendían por sus familiares en casa y, por lo

embargo, en los resúmenes de los libros se indica que los ingresos de virolentos corresponden a 336 enfermos: 115 muertos y 221 salidos. La razón de los faltantes corresponde al deterioro que presenta la fuente.

⁵⁵ Murieron por viruela 113 personas, de estos 38 eran párvulos, 74 mayores de 15 años y un registro no especifica la edad.

común, no eran llevados a los hospitales, tal vez por la desconfianza que generaba dejarlos en manos de otros, en este caso del personal que atendía el nosocomio.

En cuanto a las salas en donde fueron registrados los enfermos de viruela, tanto hombres como mujeres, tenemos lo siguiente:

Cuadro 8.
Registros de viruela de hombres y de mujeres
por salas en el Hospital de San Miguel, 1797-1798

Sexo	No.*	Salas	Total
H	H	Celda	2
H	9	Dios Padre	119
H	10	Santiago	3
H	10	San Miguel	14
H	11	San Pedro	11
H	12	Espíritu Santo	17
H	13	Dios Hijo	26
H	14	San Fco. de Paula	1
H	15	Los Dolores	1
M	28	El Salvador	7
M	29	Corazón de Jesús	2
M	30	La Pasión	124
		Total	327

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-23.

* Número o letra con el que se localiza en el plano de 1792.

Ingresados los enfermos de viruela al nosocomio, era prioridad que recibieran ayuda espiritual, caridad o recibir los santos óleos, ante este padecimiento había poco que hacer. Sin embargo, aun con la gran mortandad que causó esta epidemia en las parroquias de la ciudad (Argumaniz, 2019, p. 146), las salas a cargo de los religiosos betlemitas no alteraron sus pro-

tocolos. A los enfermos de viruela se les recluyó en espacios destinados para enfermos de fiebre y separados por sexo.

Al hacer un desglose de las salas en donde fueron distribuidos los enfermos de viruela, tanto hombres como mujeres, el 82 % se registró en tres salas, dos de hombres y una de mujeres, que funcionaron para enfermos de fiebres. Para los hombres, los espacios de fiebres fueron Dios Padre marcado, según el plano de 1792, con el número 9 y Dios Hijo con el número 13, entre ambas suman el 75 % de los varones enfermos de viruela. Con respecto a las 133 mujeres, el 93 % fueron ingresadas en La Pasión, otra de las salas radiadas más grandes destinada para las enfermas de fiebre (véase el plano de 1792).

Es de interés señalar no solo el impacto que la epidemia de viruela provocó en el hospital, sino las problemáticas que presentaron dos de sus espacios en la distribución de los enfermos: Dios Padre, en hombres, y La Pasión, en mujeres. Por lo tanto, se demuestra la organización terapéutica del espacio hospitalario en manos de los religiosos de la orden de Belén. Entre Dios Padre y La Pasión registraron un rango aproximado a las tres cuartas partes de todos los enfermos de viruela. Pero, ¿cómo funcionó el hospital durante las primeras décadas del siglo XIX y cuáles fueron las otras enfermedades registradas?

3. Las enfermedades consignadas en el hospital entre 1811 y 1823

Los registros del hospital consignan el nombre regular de todas las enfermedades desde el 23 de noviembre de 1811: «En esta fecha se le comunicó verbalmente al Comisario de Entradas un Nuevo Método de apuntar los Enfermos por el Señor Regente de esta Real Audiencia, como Comisionado para el arreglo y buen manejo de este Hospital de San Miguel de Guadalajara; y da principio hoy mismo».⁵⁶

Sin embargo, la fuente no registra a la persona que los anota, aunque sabemos que a lo largo del siglo XVIII fueron consignados por los religiosos betlemitas. Durante el proceso judicial que la Real Audiencia le fincó

⁵⁶ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 34, f. 25 v, 23 de noviembre de 1811.

a la institución en la última década del siglo XVIII, se elaboró un reglamento en donde se creó el empleo de interventor que fue desempeñado por Juan de Cancelada y Saavedra a partir del 8 de julio de 1797.⁵⁷

Sobre el modo en que habían de llevarse los registros del nosocomio, el artículo 15° del reglamento de 1797 estableció que

El enfermero mayor ha debido llevar siempre un libro de entradas y salidas de enfermos de ambos sexos. Esta misma obligación continuará a su cargo, poniendolo con división a medio margen, para que en la derecha apunte los enfermos, expresando el día de su entrada, calidad, nombre, vecindad, y habitación; si es casado o soltero; si tiene Padres; si entró por heridas o enfermedad natural; que cama se le dio, que numero tiene, y en que sala se colocó. En el medio margen de la Yzquierda, se anotarán las ropas que traigan con la debida expresión de su clase, y a su tiempo, si murió o sanó, que día fue enterrado o despedido.⁵⁸

Desde ese momento los registros fueron consignados por el fraile «enfermero mayor» y por Cancelada, como fue el caso de la viruela y de otros padecimientos que fueron registrados por ellos mismos entre 1797 y 1798. Sin embargo, de manera progresiva dejó de aparecer la firma del fraile «enfermero mayor» y se consigna sólo la de Juan de Cancelada y la de Bernardo Vilacoba, quien se desempeñó como «Ropero y Comisario de Entradas». Esto se efectuó por algún tiempo y posteriormente dejaron de asentarse las firmas.

⁵⁷ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21, f. 208 v. «El 8 de julio toma posesión Juan de Cancelada y Saavedra, co-administrador del Hospital de Belén, nombrado por Ugarte».

⁵⁸ AMG, Sanidad, 7.2 / 1797, Ant. Paq. 14, Leg. 47, 13 fojas. Contaduría principal de la Real Hacienda. Instrucción que forman los ministros de la Real Hacienda de la tesorería de la ciudad, en cumplimiento de la orden dada por el Intendente de la provincia. Se dictan 36 reglas que debe seguir el interventor co-administrador del Hospital de San Miguel, el cual está a cargo de los betlemitas, 24 de agosto de 1797.

Al considerarse estos antecedentes, se pueden exponer dos posibilidades sobre el empleado que los asentó. De acuerdo al personal que colaboró en el Hospital de San Miguel durante el año de 1814,⁵⁹ la institución era atendida por un grupo de 100 empleados y 18 de ellos se relacionaban con la atención médica, a decir, médico titular, cirujano mayor y diversos practicantes de medicina y cirugía. Probablemente, el dato fue registrado por alguno de estos colaboradores o estuvo a cargo del «Ropero y Comisario de Entradas».

En cuanto al término que se registra como enfermedad, no refleja certeza y pleno conocimiento en el diagnóstico para asentar el malestar o deceso de las personas. Estos saberes formaron parte de los conocimientos tradicionales que permearon la concepción de la medicina clásica en Guadalajara y en gran parte de las instituciones universitarias y hospitalarias de Nueva España. Los registros consignan padecimientos, dolencias y en realidad mayormente son los síntomas de los males desconociéndose la enfermedad real que los producen. Un fenómeno que resulta lógico, puesto que los cambios o avances de los saberes médicos no se presentan necesariamente de forma paralela entre las instituciones novohispanas.

Los datos consignan padecimientos asociados con enfermedades infecciosas de transmisión sexual, los producidos por heridas y las relacionadas con enfermedades infecto-contagiosas de las vías respiratorias y gastrointestinales, de dolor de articulaciones, de retención de líquidos, hinchazones e inflamaciones y malestares varios, entre otros más. A continuación, se presentan los diez padecimientos consignados de forma regular entre los años que van de 1811 hasta 1823 (véase el cuadro 9).

Los padecimientos más frecuentes alcanzan el 85 % con respecto a los 28 000 registros nominales consignados entre 1811 y 1823. La presencia de los males es común en todos los grupos sociales y su distribución entre las salas del hospital no es uniforme. Presentan sintomatología asociada

⁵⁹ AHAG, Obras Asistenciales, Hospital de Belén, Caja 4, S/N. Expediente que describe la relación que guarda el Hospital de Belén. Contiene la relación del plan de gobierno que se sigue en cuentas, rentas y fincas, marzo de 1814.

Cuadro 9.
Registros de las diez enfermedades más frecuentes en los ingresados al Hospital de San Miguel, 1811-1823

Enfermedad	1811	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1818	1819	1820	1821	1822	1823	Total
Gálico	98	1 301	1 066	378	695	623	610	329	127	198	543	713	486	7 167
Fiebre	54	610	582	1 613	1 164	648	458	296	49	110	307	347	809	7 047
Herido	33	382	462	203	347	469	430	447	107	162	463	773	654	4 932
Pleurésia	0	100	135	11	66	141	193	78	18	78	226	262	153	1 461
Diarrea	3	136	153	30	39	49	152	45	11	32	101	110	138	999
Reumatismo	4	130	117	27	28	46	9	13	7	22	87	184	127	801
Tumor	8	110	41	13	23	60	63	20	6	25	61	87	81	598
Contusión	0	17	34	20	33	89	110	41	8	20	44	101	53	570
Hidropesía	4	60	45	23	32	43	47	8	5	5	30	35	40	377
Sarna	2	20	11	5	40	103	72	20	4	0	3	22	4	306
Total	206	2 866	2 646	2 323	2 467	2 271	2 144	1 297	342	652	1 865	2 634	2 545	24 258

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42.

por diversas causas resaltando las producidas por transmisión sexual con el 25 %, seguido por las infecto-contagiosas de las vías respiratorias y gastrointestinales registradas como fiebres con el 24.9 % y las producidas por algún tipo de herida, con el 18 %. Los enfermos se distribuyeron con orden a lo largo de las salas, según lo podemos observar en los cuadros 10 y 11.

Los datos se presentan año por año y de manera individual para conocer el funcionamiento y las variaciones de cada una de las salas. Las que muestran movimiento se adecuaron a las eventualidades diarias de la población. No es fortuito que determinados espacios registren mayores ingresos que otros. Cada uno se destinó para atender las necesidades de los enfermos, como se estipuló en las ordenanzas del hospital.⁶⁰

Los hombres alcanzan el 78 % de la atención de enfermos y las salas de mayor capacidad, Espíritu Santo, Dios Hijo y Dios Padre, son las que registran mayores ingresos. En mujeres, el estimado alcanza poco más del 20 % y El Salvador y Corazón de Jesús son las que presentan mayor demanda. Llama la atención que La Pasión registrada con el No. 30, que era de las más grandes, no registra ni un solo ingreso durante más de diez años. Las salas radiadas de hombres y de mujeres albergaron en promedio 66 camas por sala y el resto lo hicieron con porcentajes menores, aunque en tiempos de emergencia hospitalaria se acondicionaban todos los espacios disponibles (véase el plano de 1792).

A continuación, la distribución por salas que muestran en su conjunto las diez enfermedades de cirugía y medicina que reportan mayor número de registros. Véase los cuadros 12 y 13.

La distribución de los enfermos en las salas de hombres y de mujeres se hace de manera proporcional y no es fortuito que algunos espacios consignen mayor número de registros. Si observamos San José, Santiago, Espíritu Santo y Corazón de Jesús correspondientes al cuadro 12, muestran mayores ingresos con padecimientos manifestados «por de fuera del cuerpo humano» (Esteyneffer, 1712, p. 3), a decir, malestares externos relacionados con el ejercicio de la cirugía como fue el caso del galio, los contusos,

⁶⁰ AMG, Sanidad, 7.2 / 1797, Ant. Paq. 14, Leg. 47. Instrucción, 13 fojas, 24 de agosto de 1797.

Cuadro 10.
Registros de ingreso de hombres por salas en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Sala*	1811	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1818	1819	1820	1821	1822	1823	Total
San José (8)	34	231	91	8	31	91	180	165	44	73	141	93	84	1 266
Dios Padre (9)	62	861	863	119	469	566	432	435	139	222	394	594	538	5 694
Santiago (10)		198	134	90	37	7	41	6	1		1	283	231	1 029
San Miguel (10)	53	150	65	279	120	2	1	3			4	86	118	881
Esp. Santo (12)	73	653	473	263	626	591	453	298	92	166	454	566	260	4 968
Dios Hijo (13)	66	505	278	504	667	498	471	382	80	227	459	670	582	5 389
San Fco. de P. (14)	9	129	111	80	45		15	14						403
Los Dolores (15)	16	159	381	132	103	273	155	126	3	12	37	71	234	1 702
San Jerónimo (16)	3	74	83	59	72					2				293
San Nicolás (17)	13	81	44	89	99	22						26	10	384
Otros espacios	2	26	27	34	18	25	12	15	3	8	20	31	31	252
Total	331	3 067	2 550	1 657	2 287	2 075	1 760	1 444	362	710	1 510	2 420	2 088	22 261

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. *Entre paréntesis, número o letra con el que se localizan en el plano de 1792.

Cuadro II.
Registros de ingreso de mujeres por salas en el Hospital de San Miguel, 1812-1823

Sala*	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1821	1822	1823	Total
El Salvador (28)	574	354	446	263	251	284	309	416	526	3 423
Corazón de Jesús (29)	518	240	109	159	206	242	205	303	245	2 227
Santa Ana (32)			91						89	180
El Refugio (33)			13						14	27
V.P. Vétancourt (34)			6							6
La Sangre de Cristo (35)			133				1	1		135
Otros espacios	4	4	3		2	3	1	2	3	22
Total	1 096	598	801	422	459	529	516	722	877	6 020

Fuente: ANH, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. *Entre paréntesis, número o letra con el que se localizan en el plano de 1792.

los que registran tumor, los sarnosos y los heridos. Estos últimos tienen mayor ocupación en Dios Padre porque era una sala para «reos heridos».

En cuanto a los cirujanos que atendieron estos espacios, sabemos que Juan Gonzales se ocupó de las salas Espíritu Santo de hombres y Corazón de Jesús de mujeres, cuando menos desde 1787 hasta el año 1806; en 1813 se recibió a José de Herrera con el cargo de «primer cirujano de la armada nacional retirado» y en julio de 1816 se acogió al también militar retirado José Victoriano Guerrero, «primer ayudante de cirujano mayor de ejército», quien se hizo cargo del Departamento de Cirugía hasta el año 1822; Ignacio Moreno fue nombrado cirujano mayor en 1818 y se des-

Cuadro 12.

Distribución por sala y enfermedad de los padecimientos relacionados con el «ejercicio de la cirugía» con mayores registros en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Sexo	No.*	Salas	Gálico	Herido	Tumor	Contusión	Sarna
H	8	San José	637	294	63	54	18
H	9	Dios Padre	655	2 171	73	178	63
H	10	Santiago	484	270	56	36	4
H	10	San Miguel	90	29	8	6	1
H	12	Espíritu Santo	3 290	702	156	186	136
H	13	Dios Hijo	403	170	41	12	10
H	14	San Fco. de Paula	131	67	12	3	0
H	15	Los Dolores	173	500	11	14	1
H	16	San Jerónimo	93	32	4	1	2
H	17	San Nicolás	38	45	3	1	0
H		Otras salas	73	13	5	5	3
M	28	El Salvador	47	34	4	1	10
M	29	Corazón de Jesús	1 010	589	157	68	58
M		Otras salas	43	16	5	5	0
		Total	7 167	4 932	598	570	306

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. * Número con el que se localizan en el plano de 1792.

Cuadro 13.
Distribución por sala y enfermedad de los padecimientos relacionados
con el «ejercicio de la medicina» con mayores registros en el Hospital
de San Miguel, 1811-1823

Sexo	No.*	Salas	Fiebre	Pleuresía	Diarrea	Reuma	Hidropesía
H	8	San José	5	3	3	8	2
H	9	Dios Padre	1 251	220	143	208	50
H	10	Santiago	6	0	1	6	0
H	10	San Miguel	524	30	24	34	10
H	12	Espíritu Santo	22	3	1	25	2
H	13	Dios Hijo	2 540	626	327	305	114
H	14	San Fco. de P.	64	3	14	11	8
H	15	Los Dolores	567	139	53	39	8
H	16	San Jerónimo	108	3	0	4	0
H	17	San Nicolás	207	17	7	20	2
H		Otras salas	29	2	7	13	3
M	28	El Salvador	1 474	411	402	122	169
M	29	Cor. de Jesús	19	2	8	3	9
M		Otras salas	231	2	9	3	0
		Total	7047	1 461	999	801	377

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. * Número con el que se localizan en el plano de 1792.

empeñó con ese cargo hasta 1839, año en que fue designado médico y cirujano del hospital.⁶¹

Las salas San Miguel y Dios Hijo para hombres y El Salvador para mujeres consignadas en el cuadro 13, constatan problemas de salud con causas que hacen «enfermar interiormente el cuerpo» (Esteyneffer, 1712, p. 3). Son malestares identificados como: fiebres, pleuresía, reumatismo, diarrea y la hidropesía.

⁶¹ AHJ, Libros de entradas y salidas (varios) y BPEJ, ARAG, Ramo criminal, (varios).

En cuanto a los médicos del nosocomio, Mariano García de la Torre fue el médico titular entre el periodo de tiempo que va de 1761 hasta 1815 y se encargó de Dios Hijo para hombres y de El Salvador para mujeres; Ignacio Otero se desempeñó como médico en 1817 y la plaza dejada por Mariano García de la Torre fue ocupada por José María Cano y Noreña. Este facultativo se encargó de los departamentos tanto de hombres como de mujeres y ejerció de julio de 1818 hasta el año 1839.⁶² Sin embargo, es necesario precisar que aun cuando los facultativos se hicieron cargo de algunos espacios del nosocomio, su ejercicio siguió subordinado a la administración de la Real Audiencia y a la del Gobierno del Estado, así como a la eclesiástica regida por las Hermanas de la Caridad. No fue sino hasta las reformas emprendidas durante las últimas décadas del siglo XIX, cuando la dirección del Hospital Civil de Guadalajara quedó en manos de los médicos del recinto (Viveros, 1999, pp. 175-189).

El funcionamiento hospitalario se rigió bajo la normatividad de un reglamento de 1797. En uno de sus artículos se estableció que

A cualquiera hora del día o de la noche deben admitirse en el Hospital los pobres enfermos que ocurran, y en el acto, según sus males han de destinarse a las salas de Medicina o Cirugía, y socorrer por el Practicante su necesidad en términos que por falta de pronta asistencia, no experimente se agrabe la enfermedad. Si ella fuere de calidad que exija el auxilio pronto del Médico o Cirujano, no se escusara llamar a cualquiera de los dos sin pararse en la incomodidad de la hora.⁶³

La división entre «salas de cirugía y de medicina» responde a la separación y diferenciación social que existió entre los saberes y el ejercicio que practicaban los médicos y los cirujanos. Esta separación persistió hasta 1839, año en que las reformas universitarias de entonces unieron ambos saberes (Viveros, 1999, p. 175).

⁶² AHJ, Libros de entradas y salidas (varios) y BPEJ, ARAG, Ramo criminal (varios).

⁶³ AMG, Sanidad, 7.2 / 1797, Ant. Paq. 14, Leg. 47. Instrucción, 13 fojas, 24 de agosto de 1797.

Resta matizar que el Hospital de San Miguel presenta organización entre la distribución de los enfermos por salas y aun cuando la proximidad física de los espacios entrevé cierta vecindad entre los unos y los otros, se mantiene un orden terapéutico. Esta organización que presenta el espacio comprende justo el periodo de tiempo del movimiento de Independencia iniciado en el año de 1810. Durante ese movimiento armado arribaron sinnúmero de tropas realistas a la ciudad procedentes de diversos puntos de Nueva España y generaron la presencia epidémica y endémica de distintas enfermedades.

Las entradas al Hospital de San Miguel se incrementaron desde las primeras décadas del siglo XIX por heridos de la independencia, soldados enfermos y por resultas de las epidemias de tifo de 1814 y de viruela de 1815. Durante la época de la independencia, la ciudad y el hospital se convirtieron en centros receptores de tropas militares realistas, insurgentes y civiles provenientes de diferentes puntos de Nueva España. De los más de 28 000 ingresos que tuvo el hospital entre fines de 1811 y 1823, un aproximado del 54 % no eran originarios de Guadalajara. Migrantes que arribaron en forma permanente y temporal en una ciudad que ofrecía las condiciones para mejorar su calidad de vida. A continuación se presentan los registros de ingresos de hombres, de mujeres y de los militares consignados en el hospital entre los años de 1810 y 1823.

Este cuadro incluye los registros de los militares ingresados al Hospital de San Miguel desde el mes de septiembre de 1810. Resaltamos la presencia que tuvieron las milicias en Guadalajara ya que su estimado alcanza el 35 % con respecto a toda la población enferma que ingresó al nosocomio entre 1810 y 1823. La insurgencia incentivó el fenómeno de migración a la ciudad con el arribo de tropas españolas y grupos de insurrectos provenientes de diversos puntos de Nueva España. Tan solo en el mes de enero de 1811, se registraron en el hospital un promedio de 896 ingresos, de estos, 302 eran soldados que participaron en la Batalla de Calderón y pertenecían a compañías militares de la ciudad de México, de Puebla y de Querétaro, principalmente.

Cuadro 14.
Relación de militares, hombres y mujeres registrados en el Hospital de
San Miguel, 1810-1823

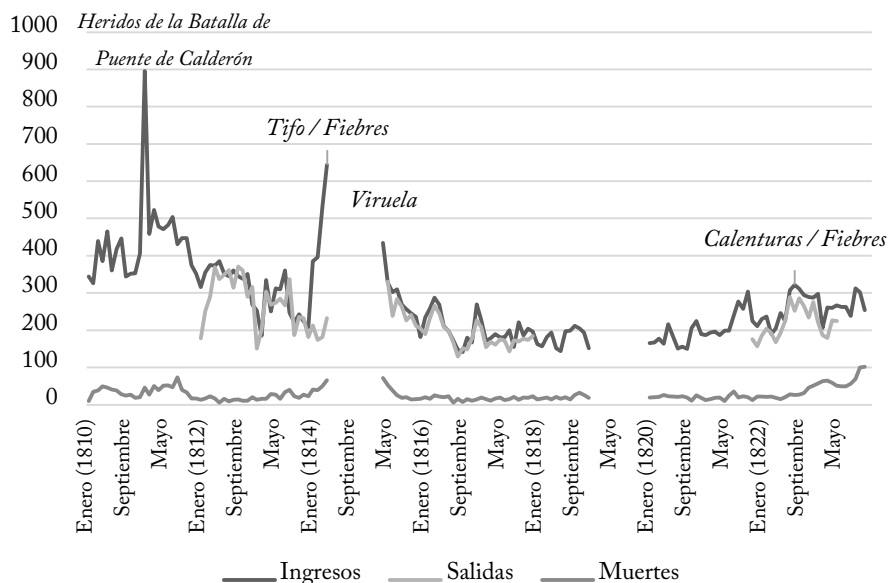
Año	Militares	Hombres	Mujeres	Total
*1810	88	844	523	1 455
1811	1 928	1 505	2 431	5 864
1812	1 613	1 454	1 096	4 163
1813	1 187	1 363	598	3 148
1814	596	1 061	801	2 458
1815	1 646	641	422	2 709
1816	1 212	863	459	2 534
1817	988	772	529	2 289
1818	583	861		1 444
1819	157	205		362
1820	302	408		710
1821	672	838	516	2 026
1822	1 135	1 285	722	3 142
1823	567	1 521	877	2 965
Total	12 674	13 621	8 974	35 269

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 31-42. *Se contabiliza desde el mes de septiembre de 1810.

El esparcimiento de virus y bacterias fue provocado por el movimiento de población, por la migración, por el comercio y por el desplazamiento de los regimientos militares. Rutas terrestres y marítimas que no solo desplazan contingentes y personas, diseminan las enfermedades y sus mortales virus dieron causa a las grandes crisis epidémicas de tifo de 1814 y de viruela de 1815, que significaron cruentos periodos de sobremortalidad. A las que se suman las enfermedades venéreas, las infectocontagiosas y las gastrointestinales que generaron graves problemas de salud pública entre la población de Guadalajara y en los grupos sociales que las padecieron.

A continuación, se presentan las estadísticas de los enfermos registrados en el Hospital de San Miguel entre 1810 y 1823. Véase la gráfica 4.

Gráfica 4.
Registros mensuales de enfermos en el Hospital de San Miguel:
ingresos, salidas y muertes, 1810-1823



Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 31-42.

Las cifras de entradas y salidas que muestra la gráfica 4 mantienen regularidad en sus series, pese a que existen vacíos de información. La capacidad del hospital, la de sus recursos económicos y la del personal que lo atendía, deben ser abordados desde el entorno de guerra y de epidemias que caracterizó el periodo de estudio. El hecho de que los ingresos repercutan en la misma estimación con las salidas nos lleva a plantear algunas reflexiones: en primer lugar, a la capacidad hospitalaria para albergar durante ciertos momentos a determinado número de enfermos, a decir: a mayores ingresos mayores salidas. Este recinto se construyó en 1794 y aun cuando tuvo la capacidad suficiente para servir en los momentos de emergencia hospitalaria, la problemática de la época rebasó el servicio prestado por la institución. El contexto se caracterizó por el ingreso

de militares y de civiles al hospital que participaron en el movimiento armado de 1810 y por los estragos que causaron las epidemias de tifo de 1814 y de viruela de 1815 que significaron un grave problema de salud y de muerte, el actuar de las autoridades fue rebasado y las medidas implementadas no lograron reducir las consecuencias mortales de estas enfermedades, al menos la del tifo de 1814 (Argumaniz, 2019, pp. 155-170 y 333-340).

En el nosocomio se presentaron problemas no solo con los enfermos y con los espacios que se acondicionaron para su atención, sino con las defunciones registradas a causa de estos periodos de sobremortalidad y con el personal que requería el hospital debido al desmesurado ingreso de convalecientes, situación que demandó ampliación de los servicios y personal que lo atendiera. Cabe recordar que durante este periodo el nosocomio era administrado por el personal civil a cargo de la Real Audiencia; y por último resaltar que el hospital careció de los recursos económicos y del personal adecuado que asegurase la administración y el servicio.

Los convalecientes mayores a los quince años representan el 96 %, lo que manifiesta que el hospital no estaba destinado para los párvulos. La atención a los menores seguía efectuándose en casas de cuna, albergues locales y, principalmente, eran curados por sus familiares en casa, lugares

Cuadro 15.
Registros de ingreso al
Hospital de San Miguel según
su grupo de edad, 1811-1823

Edad	Total
0 a 4	6
5 a 9	114
10 a 14	449
15 a 19	1 223
20 a 24	7 333
25 a 29	6 890
30 a 34	5 217
35 a 39	2 645
40 a 44	1 522
45 a 49	907
50 a 54	567
55 a 59	378
60 a 64	443
65 a 69	98
70 y más.	93
Sin especificar	396
Total	28 281

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42.

en donde recibían mejores atenciones que las proporcionadas por el personal del nosocomio. En cambio, la población ubicada entre los 15 años y los 39 es la que presenta el mayor volumen de las estadísticas con el 82 % de todos los ingresos. No es fortuito que hombres jóvenes, en su mayoría españoles militares en edad productiva para trabajar y combatir como parte de las huestes realistas, ingresaran al hospital en búsqueda de ayuda. Si bien es cierto que el servicio brindado por el personal hospitalario presentó deficiencias y estuvo lejos de curar los malestares cotidianos que aquejaban a la población, en algo debió colaborar para paliar sus padecimientos.

Si consideramos el periodo de tiempo que va de septiembre de 1810 hasta 1823, el 39 % de los enfermos son hombres, las mujeres alcanzan el 25 % y los militares casi todos españoles suman el 36 % y es lo que explica la gran diferencia numérica entre ambos sexos y con el resto de las calidades. Con respecto a la calidad de los enfermos, el estimado para los mestizos e indios alcanza el 36 y 12 %, respectivamente y para los españoles el 50 %.⁶⁴ Este elevado porcentaje para los españoles se explica por el proceso de la independencia de inicios del siglo XIX, situación que provocó el arribo de tropas realistas a la ciudad y la presencia endémica de las enfermedades venéreas.

⁶⁴ El registro de la calidad dejó de anotarse en 1821 con un aproximado de 22 174 entradas. Hasta este año, los datos proporcionan los siguientes ingresos por calidad: españoles 10 861, mestizos 7 978, indios 2 641, mulatos 275, negros 163 y 256 registros que no se especifican.

CAPÍTULO III.

Los males venéreos

1. Los enfermos de galio

Los humores venéreos aparecieron en el Nuevo Mundo durante la conquista española y para los territorios novohispanos se convirtieron en serios problemas de salud. De acuerdo con la *Descripción geográfica* de Alonso de la Mota y Escobar (1966), en el Hospital de la Santa Veracruz de Guadalajara se curaban «enfermos de llagas y morvo gálico» (p. 26) y con el establecimiento del gran nosocomio en 1794 se destinaron tres salas de mediana capacidad para su tratamiento: en la sala San Jerónimo se atendían los enfermos de galio y en San Francisco de Paula y Los Dolores se aplicaban las «unciones». El hecho de haberse designado tres áreas para la atención de las enfermedades venéreas demuestra la gravedad que tuvo ese mal desde los últimos años del siglo XVIII y los registros hospitalarios constatan el impacto que generaron en Guadalajara.

Estudiosos de la historia de la medicina como Pedro Laín Entralgo (1978) y Michel Foucault (2015), abordan los orígenes de esta enfermedad. La designan como «la gran novedad clínica de los tiempos modernos» (Laín, 1978, p. 311) y como una de las enfermedades venéreas que «de golpe, al terminar el siglo XV, suceden a la lepra como por derecho de herencia» (Foucault, 2015, p. 18).

La sífilis brotó durante el contexto del Renacimiento:

El año 1495 fueron sitiadas en Nápoles, por el ejército del Gran Capitán, las tropas francesas que ocupaban la ciudad. Durante el cerco estalló una epi-

demia extraña y grave: comenzaba la enfermedad con erupciones pustulosas y úlceras, a las que seguían pérdidas de sustancia y la muerte o un estado de miserable invalidez [...] a comienzos del siglo xvi era un azote en toda Europa (Laín, 1978, p. 311).

Las enfermedades sexuales representaron un serio problema durante el siglo xviii en España. De acuerdo con el estudioso de la historia de la medicina, Luis Sánchez Granjel, los males venéreos y, en particular la sífilis, aparecen mencionados en los textos médicos del momento.⁶⁵

En el *Florilegio Medicinal* de Esteyneffer (1712), se decía que

La definición del morbo gálico es difícil, por lo muy vario, como se halla, no tanto en su causa, como en sus efectos; en común es de *maléfica*, y *venenosa calidad* [...] Las señales del Morbo Gálico de la primera Especie, son: quando caen los cabellos, o pelos de la barba, o de las sejas sin otra enfermedad. La segunda Especie; quando ay purgacion de materia, que llaman en Gryego *Gonorrhea*, y suele ser esta materia de mal olor, y de varios colores; también suele aver granos, o manchas coloradas, o amarillas en la cara, o en el cuerpo, los quales no sanan, ni se curan sin que cese la rayz de la enfermedad. La tercera es, quando ay grandes dolores en la Cabeza, y en los Artículos, o Coyunturas así de día, y mucho mas de noche; llagas dolorosas en la Garganta, Boca, partes genitales, o en las Ingles, y también se suelen extender, en lo demás del cuerpo. Lo mas grave es, quando el humor llega a roer los mismos huesos, y nervios, con desvelos y calenturillas (p. 298).

⁶⁵ «En las obras de Virrey y Mange y Baguer, autor este último que hace descripción en su *Floresta* de la sífilis, la gonorrea y el bubón venéreo; en la *Cirurgía natural* de Massoneau se ofrece una más puntual referencia a la purgación o gonorrea, los bubones venéreos y la sífilis; los mismos procesos aparecen descritos en las obras de Blas Beaumont [...] Al conocimiento de la sífilis y otras dolencias venéreas hizo contribución valiosa Suárez de Rivera en sus libros *Arcanismo antigálico* (1721) y *Manifiestas demostraciones de las más seguras y suaves curaciones del morbo gálico* (1745)» (Sánchez, 1979, pp. 194-195).

Los humores venéreos y otras enfermedades más letales como la viruela, se convirtieron en serios problemas de salud y de muerte para los territorios novohispanos. Es por ello que se impulsó el establecimiento de una serie de recintos destinados para atender todo tipo de padecimientos. Surgieron los hospitales de San Hipólito y el Divino Salvador para dementes, para los leprosos se destinó el de San Lázaro y, para los de galio, el del Amor de Dios (Aceves, 2002, pp. 49 y 86).

El abordaje histórico de la sífilis da una perspectiva del impacto que significó su presencia en Europa y en Nueva España. No es fortuito que para su atención se hayan destinado ciertos nosocomios, situación que demuestra la gravedad de la enfermedad. Para el caso de Guadalajara, el estudio de los registros hospitalarios da un acercamiento al tema sobre la gravedad de las enfermedades venéreas en la ciudad.

El galio, registrado como «sífilis» en los libros de entradas a partir de 1830,⁶⁶ es una infección venérea producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Normalmente se trasmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios prolongados en un periodo de años.

El primer estadio (sífilis primaria) se caracteriza por la aparición de una pequeña pústula indolora en la piel o en una membrana mucosa, de 10 a 90 días después de la exposición [...] Rápidamente evoluciona a la formación de una úlcera indolora que no sangra y se denomina chancro [...] Cura espontáneamente en un periodo de 10 a 40 días dando la falsa impresión de que el proceso no ha tenido importancia. El segundo estadio (sífilis secundaria) se produce unos dos meses después [...] se caracteriza por malestar general, anorexia, náuseas, fiebre, cefalea, alopecia, dolor óseo o articular [...] La enfermedad sigue siendo muy contagiosa en este estadio y puede contagiarse por el beso. Los síntomas suelen mantenerse durante un periodo de tres semanas a tres meses, pero a veces reaparecen al cabo de los años. El tercer estadio (sífilis terciaria) puede tardar en desarrollarse de 3 a 15 años o más. Se

⁶⁶ El término *sífilis* se usa como sinónimo de gálico y los diferentes estados evolutivos que presenta esta misma enfermedad.

caracteriza por la aparición de tumoraciones blandas [...] La sífilis terciaria puede ser indolora, pasando inadvertida [...] en ocasiones, sin embargo, se acompaña de un dolor intensísimo (Gispert, 2003, pp. 1163-1164).

El desarrollo degenerativo y crónico de la enfermedad se presenta con pústulas, úlceras indoloras, fiebre y afecciones cutáneas que pueden pasar inadvertidas por el enfermo. En su fase final provoca «un dolor intensísimo» (Gispert, 2003, p. 1164). Las autoridades del hospital desconocieron el cuadro clínico y la etiología de la enfermedad. Los saberes de la medicina clásica ubicaban a la sífilis como un padecimiento correspondiente a la teoría de los humores tratado a través del mercurio y de otras pócimas (Aceves, 2002, pp. 89-90). Sin embargo, no fue sino hasta la década de los cuarenta del siglo xx, con el descubrimiento de la penicilina, cuando este mal tuvo curación (Márquez, 2015, p. 1152). En el cuadro 16, se presentan los nombres con que fueron consignados los humores venéreos en el Hospital de San Miguel.

Las enfermedades venéreas se consignan en los registros del nosocomio según los síntomas o lesiones visibles del enfermo como las llagas o los bubones y de acuerdo a las maneras en como históricamente se le llamó. Aun cuando hay una disparidad de criterios para identificarla, lo más común fue llamarla «gálico».

Los datos que arrojan los registros señalan que el mal alcanzó poco más del 25 % de todos los ingresos consignados entre los años de 1811 hasta 1823. El 1 % corresponde a párvulos menores de 14 años. De acuerdo con Lourdes Márquez Morfín (2015), especialista del tema de estudio, «los niños adquirían la enfermedad en el vientre de sus madres infectadas, o en el nacimiento, o bien por contagio durante el amamantamiento de éstas, no por herencia, ya que no se trasmite vía genética. También por contagio de sus nodrizas y mediante la inoculación de la vacuna antivariólica procedente de niños enfermos sin diagnosticar» (p. 1151). Este medio de transmisión se desconoció durante la época de estudio.

En lo que respecta a la mortalidad de las enfermedades venéreas, alcanzan poco más del 2 % de defunciones con respecto a los 7167 registros

Cuadro 16.
Registros de las enfermedades relacionadas con el gálico en el Hospital
de San Miguel, 1811-1823

Año	Gálico	Gonorrea	Incordio	Llagas	Venéreo	Otros*	Total
1811	13	9	29	44	2	1	98
1812	966	67	98	125	30	15	1301
1813	1029	7	3	27			1066
1814	375	1		2			378
1815	680			15			695
1816	612			9	1	1	623
1817	609			1			610
1818	328					1	329
1819	127						127
1820	198						198
1821	542			1			543
1822	710	1		1	1		713
1823	486						486
Total	6675	85	130	225	34	18	7167

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. *Otros: Bubón, condilomas y herpes.

de ingreso en el nosocomio entre los años que van de 1811 hasta 1823. Este reducido porcentaje de mortalidad de un mal que «a comienzos del siglo XVI era un azote en toda Europa» (Laín, 1978, p. 311), lleva a plantear algunas reflexiones: en primer lugar, cabe recordar que en el hospital se llevaron a la práctica las sanaciones que requerían los enfermos, como la adaptación de algunas salas para atender tanto a hombres como a mujeres y se destinaron entre tres y cuatro espacios para tratarlos con unciones, pomadas mercuriales y ácido nítrico. Se les daban baños y remedios terapéuticos que forman parte de las prácticas tradicionales por lo que posiblemente mejoraron sus condiciones de salud y por eso el porcentaje de mortalidad es bajo: en segundo término, las defunciones esconden un subregistro que no constata la gravedad de las enfermedades venéreas; en

tercer lugar, cabe recordar que la sífilis es una enfermedad crónica lo que lleva a considerar que las defunciones se registraron en un periodo «de largo plazo» que rebasa los años de estudio que se plantean en este trabajo. Además, por las limitaciones de información sobre la causa de muerte y por la irregularidad de los registros que contiene la misma fuente en años posteriores, no se puede realizar una presentación más allá de lo planteado. La causa de muerte por galio seguramente fue registrada con otros nombres, consignándose tal vez como «fiebre», que era un síntoma de diversos malestares (Sánchez, 1979, pp. 177-178).

Los párrocos de la ciudad de Guadalajara registraron durante este mismo periodo «muy pocos decesos» (Argumaniz, 2020, p. 55), de un mal venéreo cuyo 40 % de hospitalizaciones fueron consignadas como originarios de Guadalajara y como feligreses de sus mismas parroquias. De acuerdo con Argumaniz (2020), durante esta misma época los registros parroquiales de defunción de los curatos de Guadalajara consignan la causa de muerte durante algunos años. En los datos del autor sobresalen las «fiebres» para referirse al deceso de la población durante la epidemia de tifo de 1814 (p. 55). Probablemente, la mortalidad por sífilis no se consignó en las defunciones hospitalarias para no dar a conocer un grave problema de salud pública y que incidía negativamente en las normas culturales y prácticas sexuales de una sociedad católica como la de Guadalajara. Se registraron las muertes, pero con otro nombre, lo más probable como fiebres, que era parte de los síntomas del enfermo.

No olvidemos el contexto de la segunda década del siglo XIX, en donde «las epidemias reconocidas como causantes de grandes mortandades eran la preocupación fundamental de las autoridades sanitarias, mientras la sífilis no era identificada como enfermedad endémica y permanecía en la secrecía. Las enfermedades venéreas, dado su carácter de transmisión sexual, son mantenidas en secreto a causa de la vergüenza» (Márquez, 2015, p. 1107). Al parecer, esta situación se presentó en Guadalajara y lo confirman los registros hospitalarios y los parroquiales.

Los datos consignados para los enfermos venéreos arrojan que el 99 % tenía rango de edad mayor a los 15 años. Sin embargo, los ubicados entre

los 20 años y los 34 alcanzan poco más de tres cuartas partes del total, periodo de vida productivo y reproductivo de quienes la padecieron, siendo los varones los que con mayor frecuencia la registran con el 84 %, mientras que el resto son mujeres. Esto significa que uno de cada cuatro de los enfermos ingresados al nosocomio, son quienes en mayor medida portaron el mal. La situación refleja el grave problema de salud y la emergencia hospitalaria en la ciudad.

Los datos distinguen a los militares y los civiles enfermos por galio. Véase el cuadro 17.

Cuadro 17.
Representación de las enfermedades venéreas registradas en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Año	Enfermedades diversas (excepto venéreas)	Mujeres venéreas	Hombres venéreos	Militares venéreos	Total de ingresos
1811	233		25	73	331
1812	2862	257	295	749	4163
1813	2082	165	299	602	3148
1814	2080	74	92	212	2458
1815	2014	88	101	506	2709
1816	1911	90	134	399	2534
1817	1679	107	144	359	2289
1818	1115		123	206	1444
1819	235		47	80	362
1820	512		65	133	710
1821	1483	91	163	289	2026
1822	2429	130	193	390	3142
1823	2479	98	212	176	2965
Total	21114	1100	1893	4174	28281

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42.

Los registros del hospital consignan a la sífilis como una enfermedad endémica y de alta frecuencia con respecto a los malestares que suscribe la fuente. Alcanza un promedio del 25 % con relación a los más de 50 padecimientos que suscriben los registros de enfermos y si consideramos que el dato corresponde solamente a un malestar, se constata su frecuencia elevada. Sin embargo, al contextualizar la interpretación en el entorno histórico del movimiento de independencia, la milicia en la ciudad explica la problemática. Este grupo militar la padeció con casi el 60 % y la mantuvo en forma endémica, al menos durante el periodo de la Independencia. No es fortuito que Félix María Calleja reiterara a sus tropas,

Que si su misión era la de restablecer y cuidar el orden, no debían cometer ningún acto fuera de la legalidad. Por tal motivo envió a todos los comandantes un oficio en el que les recomendaba vigilar estrictamente la disciplina porque algunos destacamentos cometían muchas arbitrariedades en los pueblos, y porque muchos soldados olvidaban el espíritu de su profesión, de las leyes y de su propio honor. También dijo estar enterado de que algunos oficiales toleraban los excesos de la tropa (Olveda, 2011, p. 289).

Durante los primeros años de la independencia el número de enfermos por sífilis fue de los más elevados y corresponde al momento en que se registró el mayor porcentaje de ingresos al hospital de milicias conformadas en su mayoría por españoles.⁶⁷ A pesar de la falta de datos que presenta la fuente entre los años de 1818 y 1820,⁶⁸ la sífilis se mantiene latente y aun

⁶⁷ El registro por calidad dejó de anotarse en 1821. Hasta este año los datos proporcionan la siguiente información por calidad de los enfermos de gálico: españoles 3 954, mestizos 1 513, indios 405, mulatos 53, negros 33 y 10 registros sin especificar.

⁶⁸ Entre 1818 a 1820 la fuente presenta un faltante absoluto para el caso de la mujer. Si bien, el registro de hombres también muestra lagunas, sobre todo entre 1819 y 1820, el año de 1818 y la serie de 1821 a 1823 se encuentran casi completas. De acuerdo a esta información, se puede corroborar, un descenso en el registro de militares ingresados con respecto al número de entradas que este mismo grupo presenta a inicios del periodo de estudio.

cuando después «de 1818 pudo observarse en la intendencia de Guadalajara un descenso de los grupos armados»,⁶⁹ su intensidad continuó siendo elevada y por más de una década rebasó al resto de las enfermedades, incluidas las «fiebres» que hacían referencia a padecimientos varios.

La intensidad que presenta la sífilis lleva a plantear una situación de comportamiento social por parte de las tropas durante los años de la lucha armada. La conducta sexual que arrojan los datos revelan esas largas jornadas de enfrentamiento y espera una y otra vez entre los distintos bandos armados, y que estando fuera de sus hogares y alejados de sus familias provocó una dinámica sexual entre los soldados y las mujeres de las distintas ciudades y rancherías por las que pasaban los contingentes armados. La condición de sujetos viajeros y ausentes del seno familiar potencializó la condición natural de los soldados como hombres permitiéndoles ejercer su sexualidad con suma libertad. Estas conductas responden a la «masculinidad militar» y son los factores que intensificaron la presencia de las enfermedades venéreas durante las primeras décadas del siglo XIX en la ciudad de Guadalajara. La imagen 5 refleja el registro de algunos militares y de sus enfermedades, entre ellas, las venéreas.

Situación similar se presentó en el Hospital Real Provisional de San Fernando, de la Villa de Sombrerete, en el año 1812. Este recinto se estableció de manera temporal para atender a los distintos regimientos militares desplazados hacia el Norte de Nueva España y funcionó durante 1812. Según lo refiere la fuente, de un total de 285 militares enfermos que ingresaron al recinto durante los primeros meses de 1812, el 63 % fue registrado con «mal venéreo».⁷⁰ Esta situación establece una idea del pro-

⁶⁹ De acuerdo con Olveda, «a partir de 1818 pudo observarse en la intendencia de Guadalajara un descenso de los grupos armados, no sólo por el indulto ofrecido por el gobierno, sino también porque la corona española aplicó mecanismos para reforzar la lealtad» (Olveda, 2011, p. 367).

⁷⁰ AGN, Indiferente Virreinal, 5567-019, Hospitales. Libro de entradas y salidas de enfermos militares verificado en el Hospital Real Provisional de San Fernando de la Villa de Sombrerete, a cargo de don Miguel Miranda, contador y administrador. El libro de en-

Imagen 5.

Registros de las enfermedades en los militares ingresados al Hospital de San Miguel, 1811

200. Joaquín Moncada Ep^l. n. los Reyes n.
Dombarduro Cantilla en el n. Granada Ciudad n.
n. la P^a. Artil- Armeaia, n. 27a. n. edad, su estado sol-
leria n. Marina. texo, hijo n. Félix y Juana Huipata;
Salio en 4. n. enfermo n. relajacion en los Videndo.
Dic.^e Sala n. Dios Ep^l. n. Santo n. 5. n. no 55.

201. Rafael Lara Ep^l. n. Malinalco subtele-
Def. n. Toluca gacion n. Ferminio, n. 24a. de edad,
4. Comp. n. 2. su estado soltero, hijo n. Gregorio y
Piquero. Sa- Maria Guerrero, su oficio Obrajero;
lio en 30 n. dno. su enfermedad venerea. Sala n.
San José n. 78. n. no 57.

202. Josef M^a. Barra Ep^l. n. aqui, n. 60 a. n.
Salio en 11 n. edad, viudo n. M^a. Alvarez: su oficio
Diciembre Zapatero. su enfermedad Galico.
Sala n. Dios Hijo n. 37. n. no 58.

203. Veniciano Garcia ind. n. aqui, n. 30 a. n.
Salio en 30 n. edad, su estado soltero, hijo n. Ygn.^o
Diciembre. y M^a. Real: su excecicio Panadero.
enfame n. reumatismo. Sala n.
Dios Hijo n. 18. n. no 59.

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. Año 1812, No. 34, foja 25 V.

blema que generó la enfermedad en otra localidad en la cual los cuerpos militares también estaban involucrados, aunque para el caso que nos ocupa el problema fue igual de grave.

En la ciudad de Guadalajara el desplazamiento y la presencia de los destacamentos durante las primeras décadas del siglo XIX intensificó la presencia de la sífilis. Según Márquez Morfin, «las enfermedades venéreas son acompañantes cotidianos de los soldados. La soledad, el distanciamiento de sus parejas y el relajamiento moral y sexual son “el caldo de cultivo” para el contagio y diseminación de la infección» (Márquez, 2015, pp. 1130-1131). Pero, ¿cómo podemos conocer el relajamiento moral y sexual entre la población que nos lleve a considerar la diseminación de las enfermedades sexuales a finales de la época colonial en Guadalajara?

2. Relajamiento moral y sexual

No olvidemos que a lo largo de la época Colonial, la corona española expidió una amplia normatividad para controlar las buenas costumbres de la población. Las prácticas sexuales que significaban infracciones a las normas establecidas por la Iglesia y por el Estado se castigaban a través de delitos criminales como el incesto y el estupro,⁷¹ entre otros. Los actos sexuales que atentaban y dañaban la moralidad e integridad de las mujeres, fueron sancionados tanto por el código canónico⁷² como por el derecho

fermos del Hospital consigna, aproximadamente, 40 cuerpos militares desplazados en ruta hacia el norte de Nueva España, enero 1812.

⁷¹ «El incesto no es otra cosa, que la copula entre parientes en grados prohibidos; y causa de prohibirse dicha copula, es, porque es contra la reverencia que se debe a la sangre, y así donde no ay conmixti6n de sangres, no abra incesto» (Torrecilla, 1757, p. 402). «El estupro generalmente tomado, significa qualquier concúbito prohibido, y asi se toma en el derecho civil; y estrechamente tomado, es la desfloraci6n ilícita de la virgen, sin aver precedido pacto de casamiento, y asi se toma en Derecho Can6nico» (Torrecilla, 1757, p. 296).

⁷² «El derecho can6nico se denomina así de la palabra griega *Canon*, que en latín significa *regula*, es decir: coleccion de cánones o reglas establecidas por la Iglesia, para dirigir las acciones del pueblo cristiano, en orden a la felicidad sobrenatural». También puede

indiano. Y aun cuando en el ámbito sexual se buscó proteger los vínculos familiares y matrimoniales con criterios de orden moral y religioso, los delitos sexuales se consideraron dentro del ámbito criminal porque atentaban contra la familia y el orden social (Coss, 2009, pp. 193-231). A decir de la historiadora Carmen Castañeda (1989), «en la sociedad colonial existía una mayor represión a las infracciones del matrimonio por lo que eran más castigados delitos como el adulterio y el incesto que la violación o el estupro» (p. 21).

En el ámbito sexual, la noción de sexo se concibió como una práctica impura y su inmoralidad atentaba contra las buenas costumbres y contra el matrimonio. Graciano fue uno de los canonistas más representativos de la época medieval, y señala a la

Violación como el coito ilegal, relacionado con la corrupción sexual. En otro pasaje, Graciano afirmaba que la violación implicaba el secuestro de la mujer además del coito ilegal con ella. La violación era cometida siempre y cuando no hubiera negociaciones previas de matrimonio. El secuestro implicaba violencia ya fuera contra la mujer, sus padres o ambos. Graciano agregaba que la intención de matrimonio no mitigaba la ofensa y que el violador sólo podía escapar de la pena de muerte refugiándose en una iglesia (Castañeda, 1989, p. 35).

La normatividad sexual de los países católicos consideró impuras las prácticas sexuales concebidas fuera del matrimonio y la moral católica influyó notablemente en el trasfondo y concepción de la sexualidad. Por ello, había que regular el orden social, mismo que fue considerado desde el Concilio de Trento.

definirse como: «la colección de leyes y reglas dictadas por los primeros pastores de la Iglesia, y especialmente por el Romano Pontífice, para mantener el orden, el decoro, el culto divino y la pureza de costumbres en los fieles» (Donoso, 1852, pp. 29-30).

Las reformas del siglo xvi no se centraron exclusivamente en cuestiones teológicas o de dogma sino que también los aspectos sexuales jugaron un papel muy importante. (...) Después de Trento las autoridades católicas insistieron aún más sobre el poder disruptivo de la sexualidad sobre la sociedad cristiana y en la necesidad de la pureza sexual y aunque consideraban el matrimonio un mal menor, por conducir a la fornicación y al placer, creían que lo mejor para el buen cristiano era el celibato (Castañeda, 1989, p. 53).

Las reformas celebradas en el concilio de Trento del siglo xvi pusieron énfasis en la institución del matrimonio y, en aras de evitar los actos impuros, la teología que rodeó ese santo sacramento desarrolló una normatividad muy amplia sobre sexualidad (Castañeda, 1989, pp. 49-57). Por ello, las infracciones cometidas en ese ámbito fueron denunciadas como delitos criminales de estupro e incesto ante el tribunal de justicia de la Real Audiencia de Guadalajara.

La información contenida en los procesos judiciales por estupro e incesto del tribunal de la Audiencia, proporciona información sobre el comportamiento social y moral, las agresiones sexuales, las riñas y reflejan las prácticas médicas del momento. Los datos que consignan las actas judiciales dan la posibilidad de conocer a la población civil, a los sujetos que cometieron algún delito criminal y los comportamientos morales y sexuales de un sector de la población.

Sin pretender reconstruir detalladamente cada uno de los procesos criminales, se presenta una visión general de las prácticas sexuales más importantes y representativas que muestran la relajación moral de un sector de la población novohispana durante los últimos años de la época Colonial. Esta situación nos ayuda a explicar la diseminación de las enfermedades venéreas en Guadalajara.

Los informes vertidos por los médicos, cirujanos y parteras del Hospital de San Miguel, tuvieron peso importante en el veredicto final que emitía el tribunal de la Audiencia ante el agresor. Por eso, consideramos importante estudiar el testimonio de los facultativos y demás autoridades

como la herramienta elemental que nos permite indagar en torno al relacionamiento moral y sexual del momento.

Las tareas asignadas a los cirujanos del Hospital de San Miguel incluían la inspección de «la parte vergonzosa» de las involucradas en los procesos criminales por estupro e incesto. Es de llamar la atención este tipo de denuncias ventiladas ante la Real Audiencia, en donde a pesar de que las parteras eran quienes normalmente se encargaban de realizar estas inspecciones, sabemos que también correspondió a los cirujanos ejercerlas, como lo mostramos a continuación.

El profesor en medicina don José María Sancho Abech fue designado por la Real Audiencia de Guadalajara en 1819 para realizar la observación y el reconocimiento de «las partes genitales» de María Josefa Crescencia Rodríguez de diez años de edad. El cirujano «halló que dicha parte era lacerada en rape hacia el ano con inflamación de las vulvas y vagina y boca de los labios, que denota haber sido maltratada por un cuerpo confuso aunque no demuestra que la introducción se extendiese a más de media o una pulgada».⁷³

En este proceso cabe destacar el reconocimiento que se le hace a la afectada, inspección que autorizó el propio tribunal para consignar al acusado. Sin embargo, lo que más llama la atención es el cuidado y puntualidad del informe, detallando cada rasgo o signo físico de los órganos genitales de la niña que, aun cuando esta observación no corresponda a los facultativos del Hospital de Belén, consideramos importante su mención.

Sin embargo, algunos años antes se había registrado una denuncia por el mismo delito, ocurrida en Guadalajara en 1809. Se acusaba a Bonifacio Enriques por intento de violación a María Casimira Robles, «de calidad

⁷³ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 152, exp. 16, progresivo 2303, foja 4. Ante Don Pedro José Anita, Alcalde Ordinario de Primer Voto, causa seguida a pedimento de Don José A. Rodríguez contra Nepomuceno Rodríguez de 16 años alias «la Guardiana» por estupro y violencia hacia María Crescencia Rodríguez de 10 años. Se le nombra un curador a Nepomuceno y se le condena al servicio de las armas por 8 años. Certificado expedido por José María Sancho Abech, Sombrerete, Zacatecas, Marzo de 1819.

india o mulata y edad de ocho años». En respuesta al proceso, el tribunal de lo criminal determinó que el cirujano del Hospital de Belén, José Antonio Cumplido, diagnosticara a la afectada. En la inspección que realizó el facultativo «le halló las señales de semejantes esfuerzos, aunque la inmadura naturaleza resistió los últimos efectos de la consumación».⁷⁴

El análisis de la documentación nos proporciona información que va más allá del comportamiento social y de las agresiones sexuales que sufrían algunas mujeres y muchas de ellas eran unas niñas. En la ciudad de Guadalajara, hacia 1812, María Juliana González de 15 años de edad, «honesta recogida, doncella o (virgen)»,⁷⁵ a fuerza de engaños fue conducida por su cuñado Juan José Crisóstomo de 32 años a la «barranca que se halla por la espalda del hospital real de belén nuevo y estuprándola a fuerza de fuerza violándole al mismo tiempo su natural integridad».⁷⁶ Dos matronas revisaron «las partes ocultas» de la afectada confirmando «violada su natural integridad».⁷⁷

El relajamiento sexual y el desenfreno de las pasiones se matizan en los procesos por incesto de los primeros años del siglo XIX. Uno de ellos su-

⁷⁴ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 104, exp. 10, progresivo 1579, foja 13 v. Ante Don Pascual Fernández Rubio, Alcalde Ordinario de Segundo Voto, denuncia presentada por Don Antonio Enríquez del Castillo contra su cochero Bonifacio Enríquez por haber faltado el respeto a su familia por varios intentos de violación o estupro en su casa a una de sus criadas llamada Casimira Robles de edad de 8 años, india o mulata. Se toma la declaración al reo y se interroga a los testigos. Certificado expedido por José Antonio Cumplido. Guadalajara, 9 de diciembre de 1809.

⁷⁵ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 16, exp. 7, progresivo 269. María Antonia y María Juliana González ante el Alcalde Ordinario de segunda elección contra Juan José Crisóstomo Chicaleño por estupro y adulterio. Guadalajara, 1812.

⁷⁶ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 16, exp. 7, progresivo 269, declaración de don Manuel Capetillo alcalde ordinario de segunda elección de esta nobilísima ciudad, foja 1 fr. Guadalajara, agosto de 1812.

⁷⁷ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 16, exp. 7, progresivo 269, declaración de las matronas, foja 4 v y 5 fr. Guadalajara, agosto de 1812.

cedió en Tepic y se resolvió en los tribunales de Guadalajara. La diligencia criminal involucra a María Gertrudis Rosas de 12 años de edad quien por casi tres años sostuvo «relación sentimental» con su padre, el Sr. José Guillermo Crosas. La relación entre padre e hija desencadenó en el embarazo de María Gertrudis dando a luz a un niño llamado José Rulfo que fue registrado como hijo y abuelo de Guillermo Crosas. Según la hija, la «correspondencia duro casi tres años saliendo embarazada en su principio a los dos meses cuyo prole en el día tiene dos años y se nombra José Rulfo a que ha reconocido por su hijo el referido padre de la declarante».⁷⁸

Otro proceso criminal que constata «el relajamiento moral» es seguido contra Paulino García por los delitos de estupro e incesto cometido contra su hija María Ana García en el año 1824 en la ciudad de Guadalajara. El abuso sexual que perpetró Paulino García sobre su hija abrió una demanda judicial. Esta incluyó la participación de los facultativos del Hospital de San Miguel enfocada en inspeccionar las heridas o el daño físico provocado a la menor para deslindar responsabilidades. El cirujano del Hospital de San Miguel, Ignacio Moreno, realizó la inspección anatómica a la joven y certificó

Estar asistiendo a María Ana García de mal venéreo; la laxitud de sus partes genitales indica ser ella prostituta antigua, por lo que no debe creerse el estupro violento y reciente de que ella se queja: la causa de su mal venéreo fue sin duda alguna cohabitación de que resulta contagiada.⁷⁹

⁷⁸ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 85, exp. 4, progresivo 1366, foja 1 fr. Ante Don Juan José de Zea, Subdelegado, causa seguida por incesto contra José Guillermo Rosas y María Gertrudis Rosas, quienes habían mantenido una relación por tres años. Declaran que el padre pidió a la hija que tuvieran dicha relación y ella aceptó por el carácter tan fuerte de su padre y por temor a ser golpeada. A él se le condena a 8 años de presidio y a ella 6 años en la casa de recogidas. Tepic y Guadalajara, 1803-1810.

⁷⁹ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 3, número de inventario 72. Proceso criminal seguido contra José Paulino García por estupro inmaturo violento perpetrado con su hija María Ana García, Guadalajara, 25 de septiembre de 1824.

Los procesos judiciales por estupro e incesto representan un apoyo documental para estudiar el relajamiento moral de la población. Permiten conocer la transmisión de las enfermedades venéreas por «contacto sexual» o como Ignacio Moreno lo enunció para referirse a la presencia del mal venéreo: la «cohavitation de que resulta contagiada». El cirujano enfatizó la convivencia y el amancebamiento que María Ana ejerció como prostituta y padre e hija fueron diagnosticados con galio según los registros del Hospital de San Miguel de 1824 y 1825. En el caso de Paulino, que falleciera unos meses después de que se le emprendiera este proceso criminal, los registros del hospital consignaron la muerte por galio.⁸⁰ Véanse las imágenes 6 y 7.

Si bien es cierto que en este contexto se desconocieron los medios de difusión de las enfermedades venéreas, la valoración médica que certifica

Imagen 6.

Registro de causa de muerte por gálico consignado a Paulino García en el Hospital de San Miguel, 1825.

531. P. En 23 de Abril de 1825, murió Paulino García, natural de Coahuila de 65 años en 19 de Julio de 1825. al. Casado Magdalena Jimenez, elabrador - Mco del 1.º V.º - enf.º de gálico. Sala de Dios Padre. N.º 38. Paso a Med.ª de D.º S.º G.

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. Año de 1825, No. 43, foja 68 v.

⁸⁰ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 43, foja 68 v.

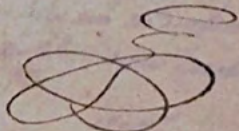
Imagen 7.
Certificación médica emitida por los facultativos
del Hospital de San Miguel en 1824

El Ciu.^o Ig.^o Moreno Prof.^o & Md.^o y Cirujano

Certif.^o y juro ante diciendo a N.^{ra}
Ana García & Mal venereo; la laci-
tud & su parte, genitales indicar
ella proposita antigua, por lo q.^o
no debe creerse el estupro violento y
reciente & q.^o ella se queja: la can-
sa & su mal venereo fue sin duda
alguna contravención & q.^o resulta con-
tagiada.

G.^o Md.^o Bot.^o 2.^o & 1824.

Y
Ign. Moreno.



Fuente: BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 3, número de inventario 72. Proceso criminal seguido contra Jo-
sé Paulino García por estupro inmaturo violento perpetrado con su hija María Ana García, Guadalajara, 25
de septiembre de 1824, foja 7 fr

el cirujano Ignacio Moreno representa un antecedente de la transmisión del galio por conducta sexual.

Algunos procesos criminales por estupro e incesto denunciados ante los tribunales de justicia entrevén la diseminación de las enfermedades venéreas por «conductas sexuales» y demuestran el relajamiento moral de un sector de la población. El estudio de una de las formas de contagio de la sífilis describe el relajamiento sexual como uno de los hábitos sociales y culturales que mantuvieron en secreto la intensidad de las enfermedades venéreas en Guadalajara.

Si bien es cierto que esta situación se manifiesta desde el establecimiento del gran nosocomio de Belén en 1794, al destinarse tres salas de mediana capacidad para su tratamiento, la elevada intensidad que presenta la sífilis se constata cuantitativamente desde fines de 1811. Pero, ¿quiénes padecieron esta enfermedad y cómo se les distribuyó en el hospital?

3. La distribución por salas de los enfermos de galio

Enfermaban niños, hombres, mujeres, y, sobre todo, militares. Véase cómo fueron distribuidos en las salas del recinto en los cuadros 18 y 19.

En la distribución de los espacios sobresale la sala Espíritu Santo con el 55 % de los ingresos en hombres y la de Corazón de Jesús con el 91 % de mujeres, respectivamente, según el plano de 1792. Si bien es cierto que el gran nosocomio destinó la sala San Jerónimo para gálicos en tanto que San Francisco de Paula y Los Dolores se reservó para las unciones, que registran el 6.5 % de los convalecientes, ante la gravedad del problema se acondicionaron varios espacios. Entre ellas tenemos la de Espíritu Santo que se destinó para los militares y la de Corazón de Jesús para mujeres con rango del 60 % entre ambas (véase el plano de 1792).

El estudio de este problema resulta trascendental para analizar la enfermedad en un entorno hospitalario. No es fortuito que los espacios designados para los males venéreos formen parte de las «salas de cirugía». De acuerdo a la visita que las autoridades de la ciudad realizaron al hospital durante el mes de marzo de 1814, el personal que las atendía se relacionaba con el ejercicio de ese mismo saber:

Cuadro 18.

Salas de hombres registradas como enfermos venéreos en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Salas*	1811	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1818	1819	1820	1821	1822	1823	Total
San José (8)	25	139	55	4	23	41	88	70	20	43	59	33	37	637
Dios Padre (9)	1	1	15		59	115	92	63	38	28	89	69	85	655
Santiago (10)		116	97	59	18		15					96	83	484
San Miguel (10)	6	20	28	2	1							32	1	90
Espíritu Santo (12)	41	430	372	182	462	366	293	180	67	121	292	334	150	3 290
Dios Hijo (13)	14	209	141	6	3	1	2	2		3	2	4	16	403
San Fco. de Paula (14)	6	42	51	9	2		11	10						131
Los Dolores (15)		27	75	27	28						4	5	7	173
San Jerónimo (16)	3	31	48	11										93
San Nicolás (17)	2	24	11	1										38
Ntra. Sra. Berthem (20)		1												1
Cuarto*		3	8	3	11	10	2	4	2	3	6	10	9	71
S/E		1												1
Total	98	1 044	901	304	607	533	503	329	127	198	452	583	388	6 067

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. * Entre paréntesis, el número con el que se localizan en el plano de 1792.

A mas de estos dos facultativos [José de Herrera y el practicante mayor] tienen las salas de cirugía otros once practicantes, y catorce sirvientes inferiores, distribuidos estos últimos en la forma siguiente: en el departamento de paysanos heridos un enfermero, un cataplasmero, y tres para la limpieza; y en el de la tropa un enfermero, un untador de unturas comunes, uno que hace lo mismo con el mercurio, uno que aplica fomentos, uno que pone cataplasmas, uno que da los baños, y tres destinados a la limpieza. Cuatro o cinco de estos sirvientes deverian escusarse obligando a que hiciesen sus oficios los practicantes, siempre que no se tenga por conveniente disminuir el numero de estos, que tambien parece superabundante.⁸¹

Las salas de cirugía fueron atendidas por 27 colaboradores del hospital: entre ellos el cirujano José de Herrera, los practicantes mayores, los menores y los sirvientes. Si consideramos que el gallo representó la en-

Cuadro 19.
Salas de mujeres registradas como enfermas venéreas en el Hospital de
San Miguel, 1812-1823

Salas	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1821	1822	1823	Total
El Salvador (28)	4	4	1	23	1	3	2	3	6	47
C. de Jesús (29)	253	161	39	65	88	104	89	127	84	1 010
Santa Ana (32)									8	8
El Refugio (33)			1							1
La S. de C. (35)			32							32
Cuarto					1					1
Sin especificar			1							1
Total	257	165	74	88	90	107	91	130	98	1 100

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. * Entre paréntesis, el número o letra con el que se localizan en el plano de 1792.

⁸¹ AHAG, Obras Asistenciales, Hospital de Belén, Caja 4, S/N, marzo 1814, f. 13 v-14 fr.

fermedad con mayor número de ingresos, el personal de atención a los enfermos era reducido.

Espíritu Santo se destinó para el «departamento de la tropa» que padeció el mal venéreo. Esta sala tenía a su alcance el servicio de baños para hombres registrado con el número 26 y se destinó para los remedios terapéuticos y sanaciones de los enfermos. San Francisco de Paula y Los Dolores se destinaron para las unciones, los cuartos por lo regular consignan a tenientes, sub-tenientes, sargentos o personas «distinguidas» y el resto de los espacios se acondicionaron para cobijar a la gran cantidad de enfermos venéreos. Para el caso de mujeres, la sala Corazón de Jesús se destinó para atender el mismo padecimiento y también dispusieron del servicio de baños para sus sanaciones, pero a diferencia de los hombres, esta sala no las comunicaba directamente con ese cuarto.

Se dispuso de ocho practicantes para aplicar los fomentos, cataplasmas, ungüentos, unturas comunes, baños, pomadas mercuriales y de ácido nítrico, aplicado como parte de los remedios terapéuticos y representan las prácticas tradicionales ejercidas en este y otros recintos. Por ejemplo, en el año 1800 se introdujo un tratamiento basado en ácido nítrico que formaba parte de las sanaciones más novedosas aplicadas a los enfermos de galio en el Hospital de San Andrés de la ciudad de México (Aceves, 2002, p. 102). Para el caso del Hospital de San Miguel de Guadalajara, este mismo componente también se registró entre los medicamentos de la botica del recinto en 1814.⁸²

María Luisa Rodríguez señala los remedios que fueron aplicados a tres regimientos militares en el Hospital de San Andrés durante 1791.⁸³ En el «informe sobre los resultados obtenidos para curar el mal venéreo en las

⁸² AHAG, Obras Asistenciales, Hospital de Belén, Caja 4, S/N, marzo 1814, f. 23 fr-24 v. «Lista de los medicamentos que faltan en la botica» del Hospital de San Miguel de Belén.

⁸³ Apéndice VI: «Informe sobre los resultados obtenidos para curar el mal venéreo en las tropas con el método de viana en el Hospital de San Andrés» (Rodríguez-Sala, 2005, pp. 381-384).

tropas con el método de viana...» se detallan los síntomas, los remedios, las purgas, los baños, los sudores, las lavativas, la duración de la curación, sus efectos y los resultados que fueron aplicados a un aproximado de 80 soldados. A pesar de que un porcentaje reducido de militares «salió bueno» del hospital, la mayoría lo hizo en las malas condiciones en que habían ingresado, varios salieron con dolores generales y hubo quién «se fingió bueno por huir de los ladrillos calientes con que dan los vapores por que lo quemaban». ⁸⁴

Una certificación médica elaborada por Ignacio Lucero, cirujano de la Real Cárcel de la ciudad de México en 1796, detalla las características del reo Francisco Lozada que padecía galio.

Haviendolo verificado con toda exactitud, estando en este oficio mi cargo dijo, que de los dolores articulares de las extremidades inferiores no hay duda de la causa el dilatado tiempo de el contacto de los grillos, y así mismo, el mal uso de los alimentos y la mala disposición en su naturaleza, pues por esto ha contraído el paciente don francisco la enfermedad nombrada sifilítica, como también algunas úlceras en el balano y supresión de gonorrea [...] Lo que se halla son vestigios de gálico, así por las cicatrices, que le vio en la boca, como por las escoriaciones del viril, añadiendo a esto que se queja de muchos dolores nocturnos; todo lo cual dice esta contagiado de gálico. ⁸⁵

Aun cuando el informe no corresponde a un convaleciente atendido en el nosocomio de San Miguel, la referencia ilustra las características más representativas de la enfermedad como los síntomas y se deja entrever el «obrar de manos» del cirujano, a quien correspondió atenderlo. Esta situación también se corroboró en el Hospital de San Miguel y su atención

⁸⁴ Apéndice VI: «Informe sobre los resultados obtenidos para curar el mal venéreo en las tropas con el método de viana en el Hospital de San Andrés» (Rodríguez-Sala, 2005, pp. 381-384).

⁸⁵ AGN, Indiferente Virreinal/Caja 2534 / 7613 / 23, 74 fs. Expediente sobre la enfermedad de don Francisco Lozada, f. 51 fr y 54 v.

se brindó en las salas de cirugía teniendo como encargados a los practicantes de ese mismo saber. Ahora nos referiremos a otro malestar que de igual forma tuvo una presencia importante en el hospital: «las fiebres».

4. Los enfermos de fiebres

Las «fiebres» remiten un concepto médico general y su presencia en la población novohispana está relacionada con los diversos padecimientos por ser un síntoma con que fueron designadas las enfermedades y las epidemias durante la época Colonial. Luis Sánchez Granjel (1979), señala que

El problema médico que más acució a la sociedad española del siglo xvii fue el que plantearon las fiebres o calenturas, concepto clínico que englobaba muy diversos procesos, siempre de aparición frecuente y en bastantes ocasiones de indudable gravedad. La literatura profesional sobre las fiebres atestigua, con su número, la importancia que al tema otorgaron los médicos [...] en la *Medicina práctica* (1730) de Francisco Sanz de Dios Guadalupe se las describe [...] define el estado febril, analiza con pormenor las calenturas a las que se concede entidad clínica propia, diferenciando las fiebres diarias e intermitentes, la «synocho» o fiebre pútrida, la fiebre ardiente y sus variedades y las fiebres hécticas o crónica y la maligna (pp. 177-178).

En la ciudad de Guadalajara, las fiebres se consignaron con mayor frecuencia durante los periodos de sobremortalidad de fines de la época Colonial. En los libros de entierros de los curatos de la ciudad aparecen como la principal «causa de muerte», específicamente durante el tifo de 1814, la viruela de 1815 y el sarampión de 1825. Los estudios de Juan Luis Argumániz Tello (2017 y 2017-A), demostraron la mortalidad que causaron estas epidemias en la ciudad y las medidas impulsadas para reducir los riesgos (pp. 156-175 y pp. 101-120). Aunque no es intención regresar a esos planteamientos, cabe mencionar que el estimado de mortalidad hospitalaria por fiebres alcanza el 17% con respecto a los 7047 registros consignados entre 1811 y 1823 (Salas, 2020-A, pp. 129-143).

Este porcentaje que visualiza una proporción elevada debe ser visto de acuerdo a las características de las fiebres que hacían de su presencia una constante. Las fiebres presentan «síntomatología directamente asociada con las enfermedades infecto-contagiosas de las vías respiratorias y gastrointestinales, que solían presentarse en Guadalajara, tanto endémica como epidémicamente. Padecimientos relacionados tanto con la pobreza y malas condiciones de vida, como con los limitados conocimientos médicos de la época» (Oliver, 2003, p. 232).

De acuerdo con la sistematización de los datos, tenemos los siguientes nombres de enfermedades con que se registran las variaciones de fiebres:

Cuadro 20.
Registros de las enfermedades relacionadas con las fiebres
en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Año	Calentura	Escalofríos	Fiebre	Fríos	Resfríos	Total
1811	2		10	41	1	54
1812	11		279	294	26	610
1813			459	123		582
1814			1603	10		1613
1815			1113	51		1164
1816	2		534	112		648
1817			226	232		458
1818	1		187	108		296
1819			37	12		49
1820			46	64		110
1821			172	134	1	307
1822	1	1	240	105		347
1823	4		703	102		809
Total	21	1	5609	1388	28	7047

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42.

Los ingresos al hospital durante 1814, 1815 y 1823 elevan los registros por fiebre. Sus síntomas son consignados como fríos y calenturas ya que eran los padecimientos que presentaban los enfermos de las epidemias de tifo, de viruela y de calenturas (Argumaniz, 2017, pp. 156-175 y Argumaniz, 2017-A, pp. 101-120). El poco conocimiento médico y la diversidad de nombres para designar a esos males, explica que su registro sea constante en los ingresos del recinto. Eran enfermos que diariamente ingresaban al hospital para sanar sus malestares cotidianos o producto de las epidemias ya señaladas.

El periodo de sobremortalidad de 1813-1814, se debió a una enfermedad de carácter infeccioso: el tifo, que depende esencialmente de las condiciones de vida de la población y de la poca higiene. Lourdes Marques Morfín (1994), pionera en los estudios de historia demográfica y de salud pública en la ciudad de México, señala que:

El tifo es una enfermedad infecciosa; por lo tanto, depende esencialmente de los factores que influyen sobre las probabilidades de contacto entre un agente infeccioso y una persona susceptible, a la que se le llama huésped. Es así que, los factores determinantes de esta enfermedad se relacionan con los aspectos insalubres y con la falta de hábitos higiénicos. Existían dos clases de tifo: el de Mosser y el murino; la rata es el reservorio, y la pulga y el piojo son los artrópodos vectores de las *rickettsias* (p. 220).

Las acciones promovidas para aminorar los efectos mortales de esta epidemia en Guadalajara fueron impulsadas por la Junta de Sanidad a través de una serie de disposiciones preventivas y desde la óptica de la medicina tradicional. Las recomendaciones emitidas por uno de sus integrantes, el doctor en medicina Mariano García de la Torre, están relacionadas con la poca higiene de la ciudad y su población.

Mariano de la Torre, a través de un comunicado fechado en julio de 1813, se dirigió al Real Tribunal del Protomedicato pidiendo informes de lo acontecido por la misma epidemia en la ciudad de México. De la Torre

formuló un pequeño cuestionario en donde mostró sus preocupaciones y entre los aspectos que más llamaron su atención, destacan los siguientes:

1) ¿Qué síntomas o señales tienen antes de ser atacados de dichas fiebres; 2) ¿Qué síntomas tienen en los primeros días de la enfermedad?, ¿Cuál de las tres cavidades del cuerpo de cabeza, pechos, vientres es más atacada y más padece?; 3) En lo más adelantado de la enfermedad, ¿qué evacuaciones agravan o alivian al enfermo?; 4) ¿Cuáles de estas son con las que se verifica la más cierta muerte, como también los síntomas que más ciertamente indican ésta?; 5) ¿Qué edad o que sexo es la más atacada?; y 6) ¿Qué alimentos son más adecuados o dañosos? ¿Cómo también, si ataca más o menos gravemente a los vinosos que los abstemios?⁸⁶

Del informe elaborado por el médico resaltan varias consideraciones: 1) el acercamiento que el doctor en medicina, como integrante de la junta, mantuvo con una de las instituciones rectoras de la salud pública, como fue el Real Tribunal del Protomedicato, manifiesta una clara comunicación entre dos instancias ocupadas del mismo asunto, en este caso, aminorar los efectos de la epidemias en diferentes ciudades; y 2) la descripción que solicita el médico sobre las características, síntomas, signos de la enfermedad, las diversas etapas y evolución de la misma, así como los efectos que se presentan en las cavidades del cuerpo humano, son señales de ese conocimiento médico que empezaban a caracterizar a los médicos y cirujanos del Hospital de Belén. Cabe recordar que De la Torre fue el doctor que tuvo a su cargo las salas de medicina del nosocomio y atendió a los enfermos de fiebres recluidos en estos espacios, además de ser el titular de la cátedra de medicina de la Universidad de Guadalajara.

Durante los periodos de epidemias fue común que se impulsaran los brebajes a base de hierbas medicinales. Para el caso que nos ocupa, de nue-

⁸⁶ AMG, Sanidad, Caja 2, S-5/1813, Ant. Paq. 53, leg. 15, 64 fojas, f. 1 y 2. Oficio en que el doctor en medicina, Mariano García de la Torre, dicta algunos consejos «físico-médicos» y precauciones para evitar la epidemia del tifo. Guadalajara, 21 de julio de 1813.

vo los facultativos Mariano de la Torre e Ignacio Otero, como miembros de la Junta de Sanidad, propusieron «cocimientos de salvia y una hierba llamada escoba amargosa o con la hierba de estafiate. Si el vientre se inflama, deben hacerse cataplasmas de malva, estafiate y manzanilla, que después de cocidas se exprimen y se mezclan con manteca y sal y se hace la cataplasma poniéndola sobre el vientre» (Argumaniz, 2017, pp. 163-164).

Las acciones promovidas por los médicos ayudaron a paliar los dolores provocados por la enfermedad en la población, pero no disminuyeron la mortalidad registrada en la ciudad. Lilia Oliver (2016), señala que «fue, con mucho, mayor que la epidemia de cólera de 1833» (p. 680) y Argumaniz Tello (2019) demuestra que la epidemia «más devastadora que se registró durante las primeras décadas del siglo XIX fue el tifo de 1814» (p. 181).

De acuerdo con Argumaniz (2019), las «fiebres» o tifo de 1814, predominaron entre las causas de muerte señaladas en las parroquias de Guadalajara con un 74 % de un total de 2 211 decesos, muriendo más adultos aunque también los párvulos fueron afectados (pp. 217-218 y 190). En cambio, en el hospital, como ya lo señalamos, de los 7 047 pacientes ingresados entre 1811 y 1823, 17 % fallecieron por fiebre.

En los menores de 14 años el estimado alcanza el 3.2 % de los enfermos ingresados al nosocomio, mientras que el resto corresponde a los mayores de 15. La proporción en niños es baja si consideramos que algunos periodos de sobremortalidad presentados durante este mismo momento como la viruela de 1815 causaban efecto mortal en los infantes. El bajo porcentaje indica que los menores fueron atendidos en sus propias casas y los que murieron se registraron en las parroquias de la ciudad. Con respecto a la población mayor de quince años, el estimado alcanza prácticamente toda la muestra, incluyendo a los militares con casi la mitad de los ingresos. Esto resulta lógico, pues es una enfermedad que no solo encierra a los portadores de la viruela o del tifo, sino aquellos malestares comunes que a diario aquejaban a la población como fueron las enfermedades infecto-contagiosas de las vías respiratorias y gastrointestinales. La distribución de los enfermos de fiebres por salas solo incluyó a los hombres y mujeres, los militares se incluyen entre los varones civiles. Véanse los cuadro 21 y 22.

Cuadro 21.
Salas de hombres registradas como enfermos de fiebre en el Hospital de San Miguel, 1811-1823

Sala*	1811	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1818	1819	1820	1821	1822	1823	Total
Dios Padre (9)	40	348	383	107	251	37	2	4	10	27	12	20	10	1 251
Santiago (10)													6	6
San Miguel (10)	11	55	3	266	110			3			2	9	65	524
Espíritu Santo (12)		3		4	4	1	3		1		1	1	4	22
Dios Hijo (13)		1	34	472	505	290	258	215	36	78	171	184	296	2 540
San Fco. de P. (14)	1	4	1	18	37			3						64
Los Dolores (15)	1	6	55	4		200	92	69	2	4	18	9	107	567
San Gerónimo (16)		2		38	68									108
San Nicolás (17)	1	5	6	84	82	17						5	7	207
Otros espacios		5	5	7		3	4	2		1	1	1	5	34
Total	54	429	487	1 000	1 057	548	359	296	49	110	205	229	500	5 323

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42.* Entre paréntesis, el número o letra con el que se localizan en el plano de 1792.

Cuadro 22.

Salas de mujeres registradas como enfermas de fiebre en el Hospital de San Miguel, 1812-1823

Sala*	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1821	1822	1823	Total
El Salvador (28)	181	94	418	105	99	99	100	116	262	1 474
Cor. de Jesús (29)		1	8	2	1		1	2	4	19
Santa Ana (32)			90						30	120
El Refugio (33)			10						13	23
V. Vetancourt (34)			6							6
La S. de C. (35)			81							81
Sin especificar							1			1
Total	181	95	613	107	100	99	102	118	309	1 724

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 33-42. *Entre paréntesis, el número con el que se localizan en el plano de 1792.

La distribución de los enfermos muestra el comportamiento de los diversos espacios en años de urgencia hospitalaria cuando era prioridad atender a los convalecientes y en aquellos años regulares en donde no se presentaban las epidemias y los ingresos disminuían. Los enfermos de fiebre se distribuyeron en espacios distintos a los de sífilis. Para el caso de los hombres, aun cuando quince salas registran algún tipo de movimiento, resaltan Dios Hijo con el 47.7 % y la de Dios Padre con el 23.4 %, señaladas con el número 13 y 9, respectivamente. Cabe señalar que Dios Padre también funcionó como una sala para «reos enfermos» después de 1815.

La sala Dios Hijo funcionó como uno de los espacios destinados para los enfermos de fiebres y su porcentaje de internamiento denota la aplicación de mecanismos que rigen el funcionamiento interno de algunas áreas del hospital por enfermedad. En este caso, la fiebre y su carácter infectocontagioso el cual era desconocido por los empleados del hospital. En mujeres, resaltan seis espacios, aunque la atención se concentra en la sala El Salvador. Aun cuando este espacio no fue concebido en el plano de 1792

como una de las piezas destinadas para ese mal, se adaptó a la problemática del momento y consignó al 85 % de las mujeres registradas con fiebres.

Doce son los enfermeros que asisten en el Departamento de medicina; pero de estos uno solo es el destinado a velar de noche sobre las enfermerías, lo que es imposible desempeñe con la exactitud correspondiente a tanto número de enfermos, y así se hace preciso que se reparta este cuidado entre cuatro o seis, que turnando entre si velen y rondan todas las salas ministrando a los enfermos los auxilios que necesiten; y que esta providencia sea extensiva al Departamento de mujeres, por ser también una sola la enfermera la que tiene este oficio, con el misero premio de veinte reales mensuales.⁸⁷

El servicio hospitalario presentó inconsistencias y el personal era escaso para atender las necesidades. Solo doce enfermeros atendían el «Departamento de medicina» y una trabajadora el área de mujeres, sin considerar el resto de convalecientes que por diversos malestares sobrecargaron el hospital.

La distribución de los enfermos con fiebre se hizo en espacios diferentes a los de sífilis y, a pesar de la vecindad que presentan ambos padecimientos, la distribución sugiere una organización terapéutica entre las salas. Se advierte la presencia de mecanismos que rigen el funcionamiento del hospital: para hombres con fiebres, el ingreso se consignó en espacios concebidos para ese mal, principalmente en Dios Hijo con casi el 50 % a cargo del médico Mariano de la Torre y por los practicantes de medicina que ejercían en esa misma rama, en tanto que para las mujeres, la sala El Salvador fue el lugar de internamiento con el 85 %; en cambio, los varones con sífilis fueron confinados en Espíritu Santo con el 54 % a cargo del cirujano José de Herrera y por los practicantes del mismo saber, mientras que Corazón de Jesús alcanzó el 91 % de mujeres. Estas cuatro salas forman parte de los espacios más grandes del hospital y por su capacidad

⁸⁷ AHAG, Obras Asistenciales, Hospital de Belén, Caja 4, S/N, marzo 1814, f. 13 fr.

son los más importantes que atendieron los facultativos y sus ayudantes, pero de forma separada.

Cabe resaltar la organización entre la distribución de los enfermos por salas y, aun cuando la proximidad física de los espacios entrevé cierta vecindad entre los unos y los otros, por lo regular se mantiene un orden terapéutico. Esta distribución dada a los enfermos forma parte de la organización hospitalaria de San Miguel y en este proceso podemos incluir otras enfermedades como fueron las de trastorno mental.

CAPÍTULO IV.

Los padecimientos mentales

1. La locura en la época Colonial

A lo largo de la historia, la demencia se ha concebido a través de diferentes saberes, facetas y características. Cada cultura ha construido su propia visión al grado de encasillar a los enfermos mentales como seres embrujados, endemoniados, herejes y se les han adjudicado cualidades y dones especiales. En Nueva España, la demencia se atribuyó a castigos divinos, afecciones espirituales, se contempló por las diferentes modalidades de la locura y, por el desorden social que ocasionaban, debían estar encerrados en hospicios, acilos y hospitales. Para el caso de la ciudad de Guadalajara de finales de la época Colonial, el internamiento de estos sujetos al interior del Hospital de San Miguel denota ciertos criterios que permite su estudio desde una óptica médica, caritativa, incluso hasta represiva, situando al facultativo como el que determina su encierro hospitalario.

Los hospitales novohispanos dedicados a la atención de enfermos con trastorno mental, fueron el de San Hipólito y El Divino Salvador, establecidos desde el siglo XVI y el siglo XVII respectivamente en la capital novohispana (Sacristán, 1994, p. 12). El Hospital de San Hipólito recibió dementes de todas las calidades y de distintas ciudades como Guadalajara y La Habana, Cuba, entre otras. Su sostenimiento dependió del real y medio que el Hospital de Naturales entregaba por cada indígena recluido y la asistencia de los enfermos dependió de su naturaleza «furiosa o pacífica» (Sacristán, 1992, p. 32). A los primeros se les recluía en jaulas y bretes, mientras que los más tranquilos podían convivir con el resto de la

comunidad de enfermos y, aun cuando andaban libremente por el hospital, no podían salir (Sacristán, 1992, p. 32).

El establecimiento de los hospitales de San Hipólito y el Divino Salvador para atender a los enfermos con trastorno mental en Nueva España, surgió por el abandono en que se encontraban, por el abuso que con ellos se cometía, por el desorden que provocaban y por el mal aspecto que representaban. Se trató de locos desamparados, sin familia y abandonados que deambulaban por las calles. Aunque también hubo familias pudientes que pagaban por el encierro de sus locos (Sacristán, 1992, p. 34).

En los hospitales se les asistía desde la óptica de la caridad, se les custodiaba y trataba de sanar sus necesidades corporales y espirituales, relegando a segundo punto la atención médica, ya que la concepción de la demencia se interpretó por criterios de orden tradicional. Se les consideró seres embrujados, faltos de razón y se les asoció con factores sobrenaturales y con todo tipo de delirios religiosos.

La locura se pudo interpretar como expresión de una transgresión religiosa, como pérdida de la razón y como efecto de desarreglos físico-biológicos. Las interpretaciones religiosas tuvieron mayores seguidores entre los denominados *grupos primarios*, formados por la familia, los vecinos y la comunidad cercana al insensato, quienes llegaron a aceptar la falta de raciocinio del loco como argumentación de carácter secundario. Por el contrario, los grupos un poco más cultivados de la población, esto es, el clero, los funcionarios reales y los médicos identificaron la locura como pérdida de la razón y daño cerebral, pero admitieron las interpretaciones religiosas para identificar a los locos en un tribunal (Sacristán, 1994, pp. 12-13).

La locura sustentó sus saberes médicos bajo la teoría humoral de Galeno e Hipócrates. Se atribuyó a un desequilibrio humoral del cuerpo, al calor, al frío, a la sequedad y a la humedad que dañaba determinados órganos como el cerebro, el bazo y el hígado (Sacristán, 1994, p. 13). Sin embargo, aun cuando esta concepción tradicional predominó como el conocimiento aceptado y difundido en las diferentes instituciones de educación de

la Nueva España, como La Real y Pontificia Universidad de México y el Tribunal del Protomedicato, durante el México Ilustrado de fines del siglo XVIII y, con la fundación de nuevas instituciones como fue el Real Colegio de Cirugía y el Seminario de Minería, se dio paso a un proceso de desarrollo de las ciencias, las artes y la cultura. Al demente, que durante siglos se le consideró incurable y endemoniado, se le empezó a tratar como un hombre enfermo (Ackerknecht, 1973, pp. 143-144). Sin embargo, el entorno de la Ilustración y el desarrollo de la ciencia novohispana aun cuando establecieron las bases para la gestación y secularización de un conocimiento que empezó a privilegiar los saberes de la medicina clásica sobre el popular y el religioso, estos últimos aspectos siguieron considerándose para justificar la locura de los sujetos y su internamiento hospitalario. ¿Cuál fue la connotación que se adjudicó a los enfermos con trastorno mental en Guadalajara a finales de la época Colonial y por qué se les encerró?

2. Los enfermos con trastorno mental

Matías de la Mota y Padilla señala en la *Historia de la Conquista* (1920), que una vez que los religiosos de la orden de Belén se encargaron de la administración del Hospital de San Miguel de Guadalajara en el año 1704, los frailes tuvieron presente la idea de establecer otros dos hospitales: uno para hombres y el otro para mujeres en donde se atenderían diversos padecimientos y se encerraría a los locos que libremente deambulaban por la ciudad. Según De la Mota y Padilla (1920), era necesario que desde la caridad «se recogiesen los pobres dementes que tanto padecen, acarrear perjuicios» (p. 490).

Ojalá viéramos otro hospital, y aun otros dos o tres muy necesarios pues vemos en las calles muchos hombres y mujeres, mentecatos y aun furiosos, gravemente necesitados de tutores, que les ministren el sustento que ellos no saben pedir, que los recoja y abrigue siquiera por la honestidad, y por librarlos de las extorsiones que padecen en poder de los muchachos, que con terquedad los irritan y enfurecen más, y en los hospitales no los recogen por el per-

juicio que ocasionan, con quitarles el sueño a los demás enfermos que lo necesitan, para recobrar la salud perdida, por lo que fuera de grande utilidad al público, que se les diese lugar a los religiosos de la caridad de San Hipólito, que son los que en la ciudad de México se ejercitan en asistir a estos pobres inocentes (De la Mota, 1920, pp. 489-490).

Si se considera que durante la segunda mitad del siglo XVIII, Guadalajara al igual que los principales centros urbanos de Nueva España como la ciudad de México, Puebla y Querétaro, presentan un crecimiento de su población y que la misma capital tapatía era sede de importantes instituciones administrativas, civiles, religiosas y médicas, resulta idónea la propuesta que realizó De la Mota y Padilla al señalar la fundación de dos hospitales para el encierro de los dementes. Este contexto determina el problema social de desorden e incomodidad que significaban estos enfermos y por eso surge la necesidad por establecer un espacio para recluirllos.

La construcción de un manicomio al interior del Hospital de San Miguel formó parte de las mejoras pensadas por los betlemitas para la atención de estos enfermos. Los religiosos lo idealizaron mediante un plano elaborado en 1759 en donde especificaron ocho «enfermerías de unciones delirios y locura» (Zarate, 2022, p. 125). Sin embargo, fue hasta la construcción de la «Nueva Fábrica de Belén» en 1794, cuando se destinaron algunas salas para albergarlos. Alejandro Ramos, estudioso de las instituciones hospitalarias en Guadalajara, llama a esos espacios «el manicomio», que tuvo finalidades diversas. Ramos (2005) señala que

En el interior de su organización se advierte que en esta época el concepto de cura se encuentra entrelazado con otras funciones del establecimiento, los cuales son resultado de su fundamentación religiosa y de las necesidades apremiantes de la población. De esta forma, además de los fines explícitos de caridad, auxilio espiritual y curación, el hospital al internar y separar a personas que resultaban un riesgo para los demás, también desarrolló funciones de contención (manicomio), control (epidémicos) y vigilancia (sala de detenidos). Los conceptos de caridad, cura y vigilancia se encuentran conjugados

en la forma concreta en que el nuevo hospital opera. A propósito de esto último, la característica panóptica que contiene el diseño físico del nuevo hospital de Belén sirve para apoyar y favorecer rutinas y actividades varias como las referida (pp. 56-57).

Más que establecerse un manicomio al interior del recinto, lo que la Nueva Fábrica incluyó fueron «Piezas para locos y delirio» de hombres y de mujeres destinadas para asistirlos e internarlos, ya que por el desorden que generaban se les concibió una incomodidad social. La finalidad de auxiliarlos en sus necesidades corporales y espirituales se hizo bajo la concepción de la caridad cristiana brindada por los religiosos betlemitas y el resto del personal del recinto.

Según las características y comportamientos furiosos o pacíficos que presentaban cada uno de ellos, fue como se les encerró y distribuyó: las bartolinas y celdas, como lo señalan los registros del hospital, se destinaron para los enfermos más violentos que sí los hubo en el recinto: sujetos que por su mal comportamiento registran más de un ingreso al nosocomio. En cambio, las salas y patios se destinaron para los sujetos más tranquilos que no generaban tantos problemas con la población internada.

De acuerdo con los registros del nosocomio, el primer sujeto que se consigna con algún trastorno mental correspondió a la segunda sede del Hospital de San Miguel, en donde actualmente se ubica el Mercado Corona de Guadalajara, y data del 13 de junio de 1787 (Ramos, 2005, p. 52). Este tipo de ingresos esporádicos obedeció «a la presencia de otras enfermedades y no propiamente se trataba del padecimiento demencial. Además, el breve tiempo que permanecieron en el hospital indica que en este edificio no había un sitio especial para alojar y cuidar a los dementes» (Ramos, 2005, p. 52).

El hecho que se registrase a estos sujetos desde 1787 no significa que antes no hubieran ingresado, salvo que el registro lo consigna después de esa fecha. El nosocomio, en su segunda sede no contaba con los espacios necesarios para albergarlos, como sí fue el caso del de San Hipólito de la ciudad de México que recibió a estos enfermos procedentes de diver-

sas partes de la Nueva España, incluida la propia Guadalajara en donde se tiene registrado un envío en el año 1791: «Queda en este hospital [de San Hipólito] para su curación el demente José Carlos Torres que remitió el Sr. Presidente de la Real Audiencia de Guadalajara [Jacobo Ugarte y Loyola] y lo ha entregado el juez de este Real Tribunal de la Acordada».⁸⁸

Durante estos mismos años siguieron registrándose entradas al Hospital de San Miguel de enfermos con diversos padecimientos mentales, pero sus periodos de internamiento fueron de unos cuantos días y meses a excepción de uno de ellos. El 4 de febrero de 1793 ingresó al recinto don Juan Flores, español de 50 años, fue consignado como «demente» y recluido en el «cuarto del repartidor» y una vez que se construyó la «Nueva Fábrica de Belén», su ingreso se registró en una habitación que le llamaban «el cuarto del chocolatero» correspondiente a una de las «Piezas para locos y delirio» destinada para albergarlos. Ese hombre estuvo encerrado de forma consecutiva en el hospital por un lapso de 10 años y murió el 23 de julio de 1803. Cabe señalar que la causa de muerte fue consignada con el mismo padecimiento mental con el que ingresó.⁸⁹ Seguramente, esta situación representa un caso en donde los familiares no querían hacerse cargo del sujeto, tal vez por el grado de peligrosidad o por los desenfrenos que caracterizaban a estas personas y fueron las razones que determinaron su encierro. Don Juan Flores fue recluido durante una década como demente en una de las piezas para locos y fue asistido por los frailes betlemitas y el resto del personal del recinto.

De acuerdo con los registros del hospital, tenemos los siguientes datos con que fueron consignados los padecimientos mentales y los espacios de su encierro. Véanse los cuadros 23 y 24.

De los datos se desprenden varias observaciones: en primer momento, cabe resaltar que los 358 registros de enfermos que presentan algún trastorno mental entre los años que van de 1797 a 1823, son una peque-

⁸⁸ AGN, Instituciones Coloniales, Hospitales, 33825. Convento Real de San Hipólito, 31 de octubre de 1791.

⁸⁹ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 19 al 25, 1793-1803.

Cuadro 23.
Registros de los padecimientos mentales en el Hospital de San Miguel,
1797-1823

Año	Demente	Loco	Fatuo	Histérico	Total
1797	16	1			17
1798	20	3			23
1799	18	9			27
1800	9	16			25
1801	5	12			17
1802	5	18			23
1803	1	11			12
1804	9	9			18
1805	4	10			14
1806	1	10			11
1807	4	10			14
1808	3	5			8
1809	9	2			11
1810	3	3	3		9
1811		2	1		3
1812	14				14
1813	10	1	1		12
1814	5	1	2		8
1815	3				3
1816	5			2	7
1817	11	1			12
1818	3				3
1819	2				2
1820			2		2
1821	8		3	1	12
1822	14	2	5	1	22
1823	20	1	4	4	29
Total	202	127	21	8	358

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-42.

Cuadro 24.
Registros por salas de hombres y mujeres con padecimiento mental en
el Hospital de San Miguel, 1797-1823

Año	Cuartos y patios (Hombres)	Cuartos y patios (Mujeres)	Otros espacios	Total
1797	8	8	1	17
1798	10	8	5	23
1799	13	9	5	27
1800	13	6	6	25
1801	10	2	5	17
1802	5	6	12	23
1803	5	2	5	12
1804	4	5	9	18
1805	6	3	5	14
1806	5	4	2	11
1807	3	7	4	14
1808	1	2	5	8
1809	4	1	6	11
1810	2	1	6	9
1811	2		1	3
1812	1	4	9	14
1813	2	3	7	12
1814	1		7	8
1815			3	3
1816	1	1	5	7
1817	3	3	6	12
1818	2		1	3
1819			2	2
1820			2	2
1821	4		8	12
1822	4	2	16	22
1823	8	1	20	29
Total	117	78	163	358

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-42.

ña muestra de los más de 120 mil registros de ingresos que, por diversos malestares, consignó el hospital durante el mismo periodo de tiempo; segundo, se constata uso indistinto de la terminología médica resaltando el caso de los dementes con el 56 % y, en segundo momento, los locos con el 35 %; tercero, prácticamente todos los enfermos son mayores de catorce años de edad y la mitad de los registros corresponden a españoles; y cuarto, de acuerdo con la distribución de los espacios que presenta el plano de 1792, las «Piezas para locos y delirio» no se registran en la nomenclatura de las entradas del hospital.

La distribución de los enfermos con padecimiento mental se consigna en varias salas. Resaltan algunos de estos espacios como son los «Cuartos» y los diversos patios internos localizados con la letra X en donde se encerró casi al 60 % de esa población enferma, tanto a los hombres como a las mujeres. En las entradas del hospital el internamiento de varones se registra en los Patios de San Rafael, San Nicolás, San Antonio, etc. y para el caso de las mujeres, en los Patios de San Gabriel, San Blas, San Nicolás, etc. Los que fueron reclusos en los diversos patios internos del nosocomio eran sujetos con temperamento tranquilo que podían andar «suelos», convivían con el resto de la población enferma y con el personal hospitalario (véase el plano de 1792).

Los cuartos señalan un total de 25 registros y hacen referencia a los sujetos más inquietos que ingresaron al hospital. Se les encerró en piezas, separados por sexos y en la mayoría de los casos de forma individual porque eran peligrosos. Con el resto de los registros, el 25 % fue recluso en salas destinadas para enfermos de fiebre -Dios Padre, Dios Hijo y el Salvador- porque seguramente presentaban ese malestar. Los demás fueron distribuidos en los diversos espacios del hospital.

A excepción del caso señalado en donde un demente estuvo recluso en el hospital durante una década, con el resto de los enajenados su periodo de internamiento varió y algunos lo hicieron por algunos cuantos días, meses o años. Seguramente, estos registros hacen referencia a sujetos que escapaban de sus hogares y deambulaban por las calles, vagos y ociosos que generaban desorden e incomodidad en la ciudad y que eran

remitidos por alguna autoridad local al recinto; o sujetos que cometieron alguna fechoría y al hacerse pasar por «locos» trataban de evadir la justicia. A esta situación se agrega el resto de necesidades que tuvo el Hospital de San Miguel para atender otros asuntos de igual importancia, como fue el asistir a los enfermos que resultaban por los periodos de sobremortalidad de fines de siglo XVIII y de principios del XIX. Esto representó un verdadero problema para la ciudad y el hospital, ya que el recinto durante los periodos de epidemia sobresaturaba sus instalaciones.

3. La locura a través de los procesos judiciales: estudio de caso

La concepción y trato que se dio a la demencia se percibe a través de las causas criminales denunciadas ante el tribunal de justicia de la Audiencia de Guadalajara a finales de la época Colonial. El estudio de los procesos judiciales adquiere relativa importancia por el hecho de que los facultativos del Hospital de San Miguel fueron partícipes en el diagnóstico y certificación de la locura o de cualquier otro problema mental relacionado con los involucrados.

En el México Ilustrado el hospital para locos no es un espacio terapéutico. Sin embargo, en las causas judiciales adquiere una notoria preeminencia. Se ha constituido en el lugar privilegiado para la «observación del paciente», donde la medicina reúne experiencias sobre los insensatos que hasta entonces deambularon libremente, pero también en una alternativa para las familias en demanda de protección y deseosas de librarse de sus locos (Sacristán, 1994, p. 87).

En algunos procesos judiciales denunciados ante la Real Audiencia de Guadalajara, en donde se hacía referencia a la locura de un reo, las autoridades correspondientes solicitaban un sinnúmero de testimonios a los facultativos del Hospital de San Miguel para comprobar y acercarse, en la medida de lo posible, al estado mental del acusado. Cabe recordar que la participación de los facultativos novohispanos en los procesos judiciales, se remontan a los últimos años del siglo XVIII con la emisión de las actas

judiciales que lo atribuyeron. Su finalidad era deslindar las responsabilidades de los involucrados en los juicios criminales de la Real Audiencia, lo cual permitió a un grupo de facultativos el ejercicio de las prácticas médicas y, para el caso que nos ocupa, el diagnóstico de la locura.

Cristina Sacristán (1994) estudió los procesos judiciales del Santo Oficio de la Inquisición y de la Real Audiencia de la Ciudad de México correspondientes a la época Colonial. La autora indagó la concepción del demente registrado en las causas de esos tribunales como acusado, denunciante e incluso, auto-inculpado. Señala que aunque los enajenados carecían de voz propia, hablaban a través de los diversos agentes que intervenían en los procesos, a decir: los escribanos, los jueces, los médicos de cárceles, los confesores en turno, abogados defensores y fiscales (p. 17).

De acuerdo con Sacristán (1994), la documentación consultada no solo creció en cuanto a los casos ventilados en los tribunales de justicia de la capital del virreinato después de 1760, sino que en esa misma época el procedimiento judicial comenzó a privilegiar los diagnósticos médicos sobre las declaraciones de testigos y el conocimiento de oídas de terceras personas que eran tan importantes un siglo atrás (p. 18).

Sacristán, en otro de sus estudios (1992), analizó los criterios de duración de la locura en los procesos inquisitoriales y encontró diversos tipos de locos (pp. 85-86). De acuerdo con la autora (1992),

El «loco atreguado» tiene intervalos de lucidez en los que la locura hace «treguas» con él, mientras que el «loco perenal perpetuamente persevera en su locura». Un caso de locura recurrente sería la de los «lunáticos», quienes con la luna creciente pierden la razón y se enfurecen, en tanto que con la menguante se muestran «pacíficos y razonables». (...) La melancolía fue caracterizada (...) como la enfermedad que le aquejaba por su falta de apetito y sueño, los trastornos del entendimiento y el buen estado de su memoria (...) La manía se caracterizó por el furor y la audacia (...) en dicha enfermedad se desordena la fantasía (...) la «fatuidad», «estulticia» y «metecas» (...) son formas de locura sin «furor» en que el «mentecato» y el «fatuo» se manifiestan por las «palabras», en tanto que el «estulto» lo hace mediante sus «obras» (pp. 85-86).

De acuerdo con los síntomas que presentaban los sujetos con trastorno mental, el malestar podía ser temporal, permanente o recurrente, por los estados afectivos que dañaban al sujeto, por su comportamiento peligroso, por el desorden de su pensamiento, acciones y lenguaje erráticos, entre otras muchas razones.

En el Archivo de la Real Audiencia de Guadalajara localizamos un proceso judicial que nos dio la posibilidad de estudiar los saberes médicos que los facultativos emplearon para atribuir la demencia de un sujeto.⁹⁰ Véase la imagen 8.

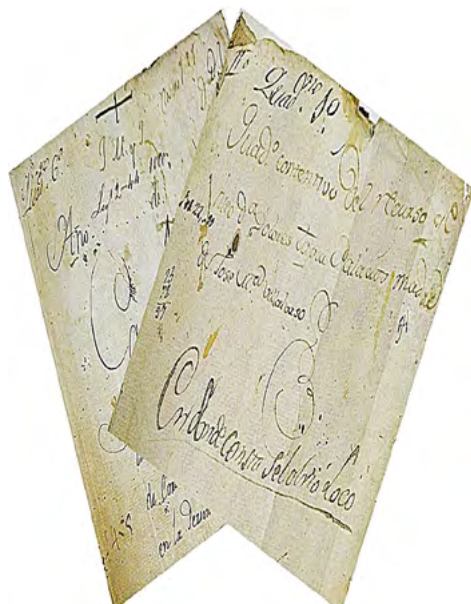
Sin embargo, debemos puntualizar que aun cuando desde el ámbito médico se empezaba a ganar terreno para discernir por medio de facultativos estos padecimientos, las cuestiones culturales y religiosas siguieron formando parte de los saberes que explicaban estos males.

En el proceso criminal denunciado ante el tribunal de justicia de la Real Audiencia de Guadalajara, se acusa a José Villavazo por los delitos de robo y homicidio incurridos en el año 1798 en la ciudad de Guadalajara. Villavazo fue remitido a la cárcel y consignado al Hospital de San Miguel como loco y de cierta manera logró engañar a la autoridad, a los frailes y a los médicos del recinto. Por sus comportamientos peligrosos fue remitido en varias ocasiones como demente, loco y furioso tanto al Hospital de San Miguel como al de San Hipólito de la ciudad de México, lo cual generó que al menos seis facultativos le certificaran algún problema mental. Véase el cuadro 25.

⁹⁰ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara, 1797-1804. Agustín Yáñez, a nombre de José María Villalbazo alias «Fino», ante la Real Audiencia presenta pruebas de apelación a los cargos que se le atribuyen a este último de ladrón ganguero y fabricar moneda falsa. Presenta recurso de su madre que dice se volvió loco (5 cuadernos); y BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, progresivo 1474, Guadalajara, 1808-1815. Ante el Señor Oidor de la Real Audiencia, Don Juan Nepomuceno Hernández de Alba, causa criminal seguida contra José María Villalbazo alias «el Fino», acostumbrado a fingir demencia, por el homicidio que ejecutó en la persona de José Robledo en una riña en la cárcel. Se interroga a los testigos y se le condena a 10 años de presidio.

Imagen 8.

Procesos criminales contra José Villalvazo denunciados ante el Tribunal de Justicia de la Real Audiencia de Guadalajara, 1797-1815



Fuente: BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, 1808-1815, foja 1 fr y Caja 47, exp. 5, 1797-1804, foja 54 fr.

De acuerdo con la documentación judicial del tribunal de la Real Audiencia, Villalvazo fue consignado al Hospital de San Miguel en el mes de agosto de 1798 quedando registrado en los libros del nosocomio como «reo y loco»⁹¹ y, después de un día de encierro, fue remitido a la cárcel de la ciudad. Allí fue diagnosticado por dos facultativos. Esta situación es la que nos interesa destacar, a decir, la discusión de la locura y el objeto del internamiento en alguna de las instituciones de reclusión. Situación que encierra una problemática de justicia y de orden social.

En la cárcel de la ciudad los facultativos del Hospital de San Miguel diagnosticaron a Villalvazo. El doctor en medicina Mariano García de la

⁹¹ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 23, foja 78 fr-78 v.

Cuadro 25.

Facultativos del Hospital de San Miguel que certifican algún trastorno mental en la causa criminal denunciada a José Villalvazo

Facultativo	Nombramiento
Mariano García de la Torre	Médico (Hospital de Belén)
Juan Gonzales	Cirujano (Hospital de Belén)
Pedro Tamez	Médico (Hospital de Belén)
José Antonio Cumplido	Cirujano (Tribunal del Protomedicato)
José María Ilisaliturri	Médico (Hospital de Belén)
José Ignacio de Otero	Cirujano (Tribunal del Protomedicato)

Fuente: BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, 1797-1804 y Caja 96, exp. 4, 1808-1815 (varias fojas).

Torre «lo pulso y reconoció escrupulosamente y afirma estar verdaderamente loco, pero que su edad juvenil puede adaptarle algunos remedios y restaurarse para lo que se pasara al Real Hospital de Belén». El cirujano Juan Gonzales afirmó la misma idea y señaló: «padece de demencia con el fin de que estando a los principios adolecido de ella se le aplicasen algunos medicamentos que pudieran restaurarlo aun juicio pero no habiendo esto surtido el efecto que esperaba y conociendo que ya no tiene remedio por estar del todo declarado».⁹²

Los facultativos ordenaron al tribunal de la Audiencia que Villalvazo nuevamente fuera remitido al Hospital de San Miguel. Así lo consignan los libros de entradas del recinto el 1 de septiembre de 1798, en donde podemos considerar, con las mediaciones que el caso merece, que tuvo un encierro caritativo y médico. Fue registrado como «demente» y recluido en uno de los patios contiguos a la sala San Rafael con el objeto de «que se le curase de la demencia que padecía». Sin embargo, mientras estuvo encerrado el médico del hospital Mariano García de la Torre nuevamen-

⁹² BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara, 1797-1804, foja 63 fr-63 v. Guadalajara, certificado emitido el 16 de octubre de 1798 por el médico Mariano García de la Torre.

te ratificó la demencia del sujeto señalando «esta verdaderamente loco sin tener ya remedio». El facultativo informó a la Audiencia su retención en el mismo San Miguel o su traslado al Hospital de San Hipólito de la ciudad de México,⁹³ mismo que no se realizó porque después de casi un año de encierro se fugó del recinto.

En las diligencias criminales contra Villalvazo las opiniones y demás diagnósticos emitidos por los médicos del hospital tuvieron mayor injerencia para conocer el estado mental del sujeto, en referencia a los aspectos religiosos y culturales suscritos en las declaraciones de los familiares, mismos que justificaban el actuar y locura del sujeto para que no fuera recluido en la cárcel. Sin embargo, por más errónea y contradictoria que resultase la visión médica y, aun cuando se basaba en la visión tradicional de Galeno y de Hipócrates, lo importante consiste en resaltar el peso que empiezan a ganar los saberes y opiniones de los facultativos sobre el resto de los actores, como pueden ser las declaraciones de los familiares y demás amistades requeridas por la autoridad judicial, que también fueron necesarias para el desarrollo del caso.

Nuevamente dos facultativos confirmaron el trastorno mental de Villalvazo en 1803.⁹⁴ Se trata del doctor don Pedro Tamez quien firmó como «Maestro de ceremonias de esta Real Universidad (de Guadalajara) y médico examinado y aprobado por el Real Tribunal del Protomedicato de Nueva España» y don José Antonio Cumplido, «cirujano aprobado por el Tribunal del Protomedicato de Nueva España». Ambos facultativos certificaron haber

reconocido a José María Villalvazo así cuando se presenta en estado de locura como cuando manifiesta el de conducta. En este el mismo me informó del modo con que pierde el juicio, que acciones comete sin conciente, como

⁹³ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara 1797-1804, foja 64 v. Guadalajara 19 de febrero de 1799.

⁹⁴ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara, 1797-1804, foja 13 fr.

se lo quita el extravío y quales quiera otras cosas que en tal tiempo lo acaecen sin olvidarse aun de ciertas circunstancias que exijan atención. En aquel executa muchos despropósitos, pero se le escapan algunas expresiones irregulares en la locura, y al mismo tiempo no deja de comer y dormir, ni menos presenta aquel aspecto melancólico y sombrío y las miradas furiosas y airadas que son tan características de los maníacos. En este supuesto y en el de que es casi imposible que un loco tenga presente todos sus hechos durante los lucidos intervalos y que haga reflexión sobre ellos, soy de saber que su locura es pasto de fingimiento y simulación.⁹⁵

En el análisis de la documentación judicial y en los actores que son partícipes de ellos, interesa resaltar los criterios de los facultativos que, aun cuando reflejan el peso de la medicina clásica, dan la posibilidad de estudiar la locura desde una óptica social y cultural. De acuerdo con los síntomas que observaron Tamez y Cumplido, atribuyeron la demencia a un mal permanente y recurrente.

Aun cuando el recinto hospitalario se presta como el medio inicial que permite el encierro y trato de estos enfermos, es una observación tenue y superficial que se ancla en las teorías humorales, mira el estado físico del sujeto, contempla sus caracteres externos, la semblanza del rostro, su alimentación y sueño. Tiene como propósito deslindar responsabilidades ante las autoridades, impartir justicia, establecer orden social y está lejos de representar el mejor instrumento didáctico y terapéutico para el avance de la medicina. Sin embargo, el hecho de que las certificaciones determinen la falta de racionamiento del sujeto, lo cual no necesariamente significa una medicalización del recinto ni del facultativo que la emite, ni de su espacio de trabajo, pero por el hecho de determinarla, representa parte de los elementos conductores que permiten considerar el desarrollo de los saberes médicos. A este respecto, Cristina Sacristan (1994) señala que:

⁹⁵ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 47, exp. 5, progresivo 750, Guadalajara, 1797-1804, foja 13 fr. Certificado emitido el 7 de octubre de 1803 por el médico Pedro Tamez y el cirujano José Antonio Cumplido.

Las dificultades para un diagnóstico certero por parte de la medicina contribuyeron y con mucho, al encierro del supuesto loco en el hospital hasta averiguar si la demencia era real. Numerosas «hospitalizaciones» obedecieron a la dificultad por reconocer la locura, no a la certeza de hallarse ante un loco, convirtiendo el hospital en un espacio privilegiado para la observación del enfermo (p. 82).

De acuerdo con los estudios de Cristina Sacristán (1992 y 1994) que analizan la concepción de la locura en las instituciones de justicia de la ciudad de México durante la época Colonial, podemos inferir que los síntomas observados por Tamez y Cumplido formaron parte de los mismos padecimientos que un grupo letrado novohispano de inquisidores, autoridades religiosas, civiles y médicos, en ese mismo entorno, diagnosticaban en los casos del Tribunal de la Santa Inquisición y de la Real Audiencia de la ciudad de México (pp. 9-89 y pp. 11-115). Cuando las autoridades en su intento por discernir la locura observaban no tanto la mente del acusado, sino el cuerpo, también hacían referencia al aspecto exterior, a

Los ojos caídos, mostrarse cabizbajo, el color del rostro y del cuerpo, la anatomía general, para después con mayor minuciosidad estudiar su mecanismo de funcionamiento: el estado del pulso que revelaba los latidos del corazón, las lesiones cerebrales, las enfermedades digestivas y la realización de las necesidades vitales del hombre como comer y dormir (Sacristán, 1992, p. 101).

Fue común que los médicos novohispanos y el resto de autoridades que discernían la locura observaran la óptica exterior de los sujetos. Advertían «que el entendimiento tenía su lugar en el cerebro, de ahí la «flaqueza de cabeza», y entendieron que el rostro reflejaba las turbaciones de la mente» (Sacristán, 1992, p. 102). Estos síntomas que fueron determinados desde la medicina clásica del siglo XVI y XVII siguieron formando parte de los saberes médicos considerados a finales de la época Colonial. Su uso resulta congruente por el peso que aún ejercía la teoría humoral de la medicina.

El internamiento que tuvo Villalvazo en el Hospital de San Hipólito de la ciudad de México, se debió probablemente al diagnóstico elaborado por el médico García de la Torre en el año 1799, en donde señaló que fuera recluido a ese nosocomio. En la declaración que Villalvazo vertió ante el tribunal de justicia de Guadalajara, relató cómo fue su encierro en San Hipólito y señaló

Que lo llevaron a México a quererle curársela que allí lo ejercitaban dándole baños y azotes que a veces lo tenían en una jaula y otras en el patio entre otros locos: que entonces habría como unos doscientos en la casa que les daban de comer algunas veces cordero y otras carne de baca con coles.⁹⁶

Esta declaración resulta trascendental, contextualiza y visualiza los remedios terapéuticos y tradicionales que la principal institución de la Nueva España suministró a sus enfermos y locos. Según el testimonio, no solo se puede señalar un internamiento represivo y de castigo, sino que, con ciertas mediaciones que el caso merece, se puede considerar un encierro médico, pues se tuvo la finalidad de curar y sanar al sujeto. De acuerdo con los saberes que predominaron como parte de la medicina clásica de la época, Roy Porter (2003) señala que

Un cambio de dieta también podía ser útil: los locos de atar eran sometidos a una dieta «disolvente» o «refrescante» que consistía en ensaladas de verduras, bebida de cebada y leche, y prohibía terminantemente el vino y las carnes rojas. Se elaboraba una serie de recomendaciones extremadamente detalladas para regular la dieta, el ejercicio y el estilo de vida (p. 50).

Los baños, ejercicios y el suministro de alimentos frescos se incluyeron como parte de los remedios terapéuticos que los frailes de San Hipólito suministraron a sus enfermos. Estos saberes formaron parte de la medi-

⁹⁶ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, progresivo 1474, Guadalajara, 1808-1815, foja 16 fr.

cina clásica y se consideraron necesarios para ayudar y curar a los reclusos en San Hipólito.

Por los constantes intervalos de locura que Villalvazo simulaba, los médicos Pedro Tamez y José Ignacio de Otero del Hospital de San Miguel nuevamente lo revisaron en 1809. Señalaron que

Nada se variaba la postura de sus ojos, el pulso ni presentaba alguno de aquellos fenómenos que son consiguientes a los reptos de los maníacos dementes [...] en su cuerpo no se encuentra síntoma alguno de lesión en el cerebro que era natural o indispensable hallarse manifiesto por aumento de fuerzas musculares, desconcierto de los ojos, sufrimiento del hambre y los rigores de las estaciones y arribatamiandos de cólera e irrespetos o por el contrario extremo un aire sorubrio, melancólico y abatido y al mismo tiempo una adhesión a ciertas ideas firme y ni variable índice de asegurar que ni con la manía ni con la demencia cabe ni tiene lugar su pretendido delirio.⁹⁷

Las observaciones que hicieron los facultativos se enfocaron en la óptica exterior del cuerpo y del rostro llamando la atención la referencia de los médicos al no encontrar «síntoma alguno de lesión en el cerebro». Los facultativos lo atribuyeron a una situación natural que debía presentarse por la descompensación de alguna parte del cuerpo, pues de acuerdo con las teorías humorales, esto perturbaba el cerebro. Finalmente, los médicos establecieron en el mismo certificado que «Villalvazo es un hombre sano, de temperamento colérico, como bien duerme mejor y solamente ha estado loco tres veces».⁹⁸ Y aun así, por el lado de los familiares del acusado se insistía en la demencia del sujeto para que no fuera procesado por la justicia y se recluyera en el hospital.

⁹⁷ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, progresivo 1474, Guadalajara, 1808-1815, foljas 27 fr-28 fr. Certificado emitido el 10 de julio de 1809 por el médico Pedro Tamez y el cirujano José Ignacio de Otero.

⁹⁸ BPEJ, ARAG, Ramo Criminal, Caja 96, exp. 4, progresivo 1474, Guadalajara, 1808-1815, foja 28 fr.

La resolución final del proceso se desconoce, aunque lo importante es destacar que las acciones de este sujeto permitieron dar un acercamiento a la concepción médica, social y cultural que se tuvo de la demencia y de su encierro hospitalario. Si por un lado, el encierro de estos sujetos se dio en gran medida porque fueron considerados una incomodidad social, por el lado de la documentación judicial, se indagó en las condiciones del internamiento y en las terapéuticas aplicadas para su sanación, tanto en el Hospital de San Hipólito de la ciudad de México como en el de San Miguel de Guadalajara y la forma en que, de acuerdo a su temperamento, fueron distribuidos en las diferentes salas, espacios y patios del recinto de Belén.

Aun cuando estas prácticas médicas tuvieron una finalidad judicial y reflejan los conocimientos tradicionales de la época, resultan importantes porque visualizan los razonamientos y conocimientos en boga. Son saberes anclados en las teorías humorales de la medicina hipocrática y que fueron conocidos por los facultativos que trabajaban en el hospital, en la cárcel y en la universidad. El hecho que se requiriese la presencia de los médicos y cirujanos para diagnosticar este y otros males, para examinar los cuerpos y mentes de los procesados, sin duda, representa uno de los medios y criterios que permiten considerar el avance de los saberes médicos, que aun cuando se hizo para fines legales y desde las teorías humorales, representan los instrumentos y medios de un saber en vías de construcción y avance. Y por último, resta matizar que aun cuando la documentación local permitió dimensionar el mayor ámbito médico de los facultativos con respecto a la óptica religiosa de atribuir la demencia, las cuestiones culturales y tradicionales siguieron formando parte de los saberes que rodearon la explicación de este y otros malestares, como fue el caso de los enfermos de lepra.

CAPÍTULO V.

Los enfermos de lepra

1. La concepción de la enfermedad

La lepra, la elefantiasis o el lazarino, como se conoció a este mal en la antigüedad, ha sido caracterizada como uno de los padecimientos más aterradores y temibles padecidas por el ser humano, históricamente fue incurable, mutilante y vergonzosa. Las lesiones cutáneas que la enfermedad producía generaban deformación y rechazo. Miedo para quien la padecía y terror para quienes rodeaban al enfermo. El peligro que significó la transmisión de ese padecimiento, generó que los lazarinos vivieran segregados de por vida en campos de confinamiento y barracas creadas exprofeso. La lepra causaba terribles deformaciones, ceguera, gangrenas pestilentes y olores fétidos. Desde la perspectiva social y cultural, el dolor de los leprosos no sólo era físico, sino que acarreaba un sufrimiento espiritual. Padecerla significaba un castigo divino y la muerte en vida. Pero,

¿De dónde viene el estigma de amoralidad en el leproso? La respuesta y posible piedra angular se encuentra —como señala Gussow— en las asociaciones erróneas de pasajes y referencias bíblicas, entroncadas con antiguas ideas y supersticiones que consideraban la enfermedad como amenaza social. El leproso era la imagen terrorífica donde se ubicaba lo destructivo, lo negativo y lo maligno. La lepra mutila a sus víctimas de una forma espantosa, cangrenando los miembros superiores e inferiores hasta que estos se desprenden. Ello, unido al olor pestilente de las heridas, motivó una reacción adversa a la vista de la desagradable apariencia del enfermo (Moreno, 1995, pp. 21-22).

Teniendo como base el análisis cualitativo y cuantitativo de los registros de enfermos del Hospital de San Miguel de Guadalajara y de los informes médicos y judiciales de la época de estudio, podemos identificar que los leprosos fueron estigmatizados como graves enfermos infecciosos. Sin embargo, aun cuando en Nueva España no se presentó una elevada mortalidad como históricamente la caracterizó en Europa, aun así, fue considerada por las autoridades virreinales como un grave problema de salud pública y como un peligro para la población.

Si se decía que la lepra era altamente contagiosa, entonces, ¿cuál fue la reacción de la población y de las autoridades frente a ese padecimiento? Parte del interés será analizar qué tan grave fue en la ciudad y cuáles fueron las acciones de las autoridades para prevenir mayores contagios.

Los avances médicos más importantes de este terrible padecimiento se presentaron en 1873, año en que el médico noruego Gerhard A. Hansen descubrió el bacilo *mycobacterium lepræ*, padecimiento infeccioso y crónico que causaba la lepra (Sánchez, 2015, p. 14).

Este parásito intracelular penetra por la dermis y las mucosas del cuerpo. Después de una larga incubación de entre tres y cinco años, evoluciona con lentitud y afecta la piel y el sistema nervioso de manera progresiva. Se sabe que esta enfermedad no es hereditaria, aunque el mecanismo exacto de su transmisión no se conoce porque su bacilo no ha podido cultivarse *in vitro*. Se contagia por el contacto directo y prolongado entre un enfermo y un sano susceptible (Sánchez, 2015, p. 14).

El estudio social de las enfermedades infecciosas como la lepra reconstruye un episodio olvidado sobre uno de los padecimientos más enigmáticos presentados en la historia de Guadalajara. Esteyneffer, en el *Florilegio medicinal* (1712), la describe como «una enfermedad horrible, tiene muchas, y varias señales» (p. 355).

Estando la persona tocada de la lepra, ó quando ya empiessa, ay de las señales siguientes; aunque no todas juntas en una misma persona, como; Perdien-

dose lo florido del color vivo del cuerpo, y que adquiere el Cutis en unos, un color denegrido, en otros como amarillo, y en otros blanquisco, como apagado; y a estos se les haze el tal Cutis mas grueso, y aspero, por llenarse de mucho humor, y en particular en la Cara, Manos, y Pies; haziendose el Sentido en estas mismas partes mas torpe, con un frio continuo en ellos, en particular de los Pies, pero todavía con entero movimiento; también en este tiempo salen varias verrugas en las Manos, Cara, y en lo demás del cuerpo, en particular en la raya de la Lengua; tienen alguna dificultad en la respiración, estí-tiquez continua del Vientre, y eructacion frecuente, con el anhelito, o halito hediondo, que hasta a los mismos enfermos molesta (Esteyneffer, 1712, p. 355).

La connotación que se tuvo de ese mal en Europa fue traída a los territorios novohispanos pensándose en que se presentaría con la misma virulencia. El establecimiento del Hospital de San Lázaro fundado en el siglo xvi en la capital virreinal destinado expreso para atender a esos enfermos,⁹⁹ demuestra el miedo y la preocupación por que ese padecimiento se presentara en Nueva España con la misma mortandad como en Europa.

Algunos informes de la época de estudio dan cuenta de esta situación. En la Villa de Colima hacia el año 1805, se presentaron diez mujeres y once hombres enfermos de lepra que debían remitirse al Hospital de San Lázaro de la ciudad de México.¹⁰⁰ El problema radicó en la forma de efectuar «la conducción de aquellos miserables», es decir, en el largo recorrido que

⁹⁹ «En la ciudad de México el establecimiento dedicado a la reclusión y la atención de los enfermos de lepra durante casi 300 años fue el Hospital de San Lázaro. Desde su refundación en 1572 lo dirigió su fundador, el médico español Pedro López, y durante el siglo xvii lo hicieron sus herederos. A partir de 1721 [...], lo operó la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios [...] Entre 1821 y 1861 lo administró el Ayuntamiento de la capital y finalmente fue clausurado en 1862» (Sánchez, 2015, p. 17).

¹⁰⁰ AGN, Instituciones Coloniales, Hospitales, 33861, Volumen 65. Secretaría del virreinato. Hospitales, fojas 206 fr-219 fr. Sobre remitir al Hospital de San Lázaro de México, 10 mujeres y 11 hombres que se hallan contagiados de este accidente en la villa de Colima, partido de la Intendencia de Guadalajara. Ciudad de México, 1805.

debía efectuarse desde Colima a la ciudad de México y en los lugares por donde pasaría la caravana que transportaría a los lazarinos.

Para evitar que se «infeccione (...) el reino», la Junta Superior de Propios de la Ciudad de México propuso algunas alternativas: se recomendó que mientras aquella villa establecía un lazareto en donde se recogiesen a los enfermos, los 21 lazarinos debían ser recluidos en el Hospital de San Juan de Dios de Colima, lugar en donde se les cuidaría y asistiría. La Junta dispuso que:

En atención de los graves inconvenientes que ofrece la conducción desde la villa de Colima a esta capital de los veinte y un enfermos lazarinos por el contagio que pueden ocasionar en los parajes por donde han de transitar: acordó esta superior junta se libre la correspondiente orden al señor intendente de Guadalajara para que promueva con la mayor eficacia el establecimiento en aquella capital de un lazareto donde se recojan y asistan todos los enfermos que adolezcan de este accidente en su provincia, proponiendo para su conservación y mantenimiento los arbitrios que juzgue mas conveniente a efecto, siendo el primero con que ha de contarse, el de la contribución a que proporción de sus rentas públicas y bienes de comunidad deberán hacer todas las ciudades villas y lugares de la misma provincia como lo ejecutan las mas de este reyno (...) el de esta capital, y que entretanto subsistan dichos veinte y un enfermos con la separación correspondiente en el Hospital de San Juan de Dios de dicha villa donde se hallan.¹⁰¹

La villa de Colima era un partido de la Intendencia de Guadalajara y por eso las autoridades de la capital tapatía debían intervenir proponiendo algunas medidas sanitarias. La mejor recomendación fue asistirlos temporalmente en un nosocomio y después recluirlos en un lazareto local. Sin embargo, llama la atención que dentro de la caravana que debía

¹⁰¹ AGN, Instituciones Coloniales, Hospitales, 33861, volumen 65. Secretaría del virreinato. Hospitales. Ciudad de México, 1805. «Así lo acordaron y firmaron: Iturrigaray, González, Borbón». Agosto 26 de 1805, fojas 218 fr y v.

efectuarse entre Colima y la Ciudad de México, no se considerara recluir a los enfermos en el Hospital de San Miguel de Guadalajara.

El estigma sobre la enfermedad prevaleció en la época y para el caso de la capital tapatía fue la misma situación, el repudio para quienes la padecieron generó miedo, aislamiento y confinamiento hospitalario. El aspecto nauseabundo, la falta de un tratamiento médico adecuado y la creencia de su contagio, fueron los factores sociales y culturales que llevaron a los leprosos a ser relegados de la población.

La incomodidad social que generó un leproso llamado José Leonicio Flores, provocó rechazo y desprecio en Guadalajara, diciéndose que debía

indispensablemente estar en el Hospital, aunque con separación de toda familiaridad, con los demás enfermos, porque si andaba en la calle, más de que reagravará su accidente, será muy factible el que infeste a otros infelices. V.S. determinará lo que sea de su superior agrado, porque en el Hospital parece que no lo han querido recibir.¹⁰²

La visión repugnante que se tuvo de la enfermedad persiste en un proceso criminal remitido a José de Moya quien se desempeñaba como el Fiscal de lo Criminal del Tribunal de Justicia de la Real Audiencia de Guadalajara en 1796. En la indagatoria del proceso criminal, los indios del pueblo de San Pedro Tlaquepaque se quejaban «de que su alcalde no había atendido la representación que repetidamente le habían hecho para que saliese de allí don Mariano Pacheco, porque estando éste enfermo de mal contagioso intentaba radicarse allí, concurría con ellos a misa y estaban expuestos a ser inficionados del mismo contagio».¹⁰³

¹⁰² BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 370, exp. 1, progresivo 5547. Documentos dirigidos al Intendente y Vicepatrono del Real Hospital, en los que se tratan asuntos como el presupuesto de mozos y el fallecimiento de presos en dicho hospital. Guadalajara, 1795.

¹⁰³ Sobre el contagioso lazareto del cerero Pacheco Vearelaf. (Diego-Fernández, 2003, vol. 11, Asunto 484, foja 462 fr).

En ambos casos se promovió el aislamiento o encierro de los enfermos de lepra porque se les concibió como una incomodidad social, siendo una de las medidas de salud pública más prácticas del momento. A los leprosos se les trató de mantener encerrados y aislados, se les consideró sujetos peligrosos porque propagaban la enfermedad. Llama la atención que José Leonicio Flores no fuera recibido en el hospital para recibir atención espiritual y en el caso de Mariano Pacheco la insistencia de los indios para que este hombre fuera expulsado del pueblo de San Pedro, indica pánico social y caso omiso por parte de las autoridades.

La visión aterradora de la enfermedad se constata en otro proceso criminal denunciado en el Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco en 1825 en Guadalajara. Las indagatorias y pesquisas que requería el proceso constatan el trato y la concepción médica que se tuvo de ese mal. Manuel Ramírez que padecía lepra fue denunciado por homicidio y remitido a la cárcel en el poblado de Zapotlanejo el 13 de julio de 1825. Sin embargo, ante el temor de que se presentara un contagio masivo entre los presos de aquella localidad, las autoridades lo remitieron al Hospital de San Miguel de Guadalajara para que recibiera «algunas medicinas» a donde arribó el 16 de julio del mismo año, es decir, tres días después ya se encontraba en la ciudad. Esta preocupación refleja el estigma, la connotación sociocultural de la enfermedad y la visión aterradora que históricamente caracterizó a los leprosos. Se dijo que Manuel Ramírez

Se halla gravemente enfermo del contagio del mal San Lazaro, por lo que es muy perjudicial en la cárcel, y no hallando ya lugar donde este habite pues todos los presos han representado nuevamente se les quite de su compañía y sin embargo de haberse mandado repetidas ocasiones al Hospital de San Miguel para su curación no quieren en lo absoluto mantenerlo en aquel, pues al instante lo devuelven a la cárcel con la boleta de alta, y sin nunca espresar el motivo de su devolución.¹⁰⁴

¹⁰⁴ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, 10 fojas. Oficios sobre la remisión del reo Manuel Ramírez, contagiado de lepra, para que

El miedo colectivo a un contagio masivo se manifestó en las declaraciones de las autoridades judiciales y en las del Hospital de San Miguel de Guadalajara, por lo que fue necesario que tanto el médico como el cirujano del recinto inspeccionaran al enfermo. José María Cano e Ignacio Moreno fueron los facultativos del hospital que lo revisaron y en su certificación fechada el 3 de enero de 1826 señalaron a las autoridades del tribunal

Que tan luego como han visto que el reo Manuel Ramirez ha sido curado de las úlceras con las que frecuentemente ha ido al hospital se ha dado de alta y que eso lo han hecho en consideración a que ocupa la cama de este individuo, otros infelices mas dignos de ella, pues solo por ser lazarino que padece no les parece ser motivo suficiente ya por ser una enfermedad incurable, ya por no ser absolutamente contagiosa, sea en la parte donde este individuo se coloque.¹⁰⁵

No es de extrañar que las declaraciones vertidas por los facultativos en este proceso criminal se contradijeran entre sí al señalar que Ramírez había sido curado de las heridas y que su enfermedad no era contagiosa. Sin duda, ese fue el pretexto de los facultativos para darle alta hospitalaria y remitirlo nuevamente a la cárcel de la ciudad.

Un funcionario del Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco adscrito en ese momento a la cárcel de la ciudad describió el grado de la enfermedad. Señaló que «todo su cuerpo esta echo una lepra exhalando ya pestilencias de las llagas no hay reo que se le acerque ni quiera comer cerca de él, por tal hediondez y contagio [...] no le dan en que pueda beber el agua».¹⁰⁶

fue trasladado de la cárcel al Hospital de San Miguel, foja 4 fr.

¹⁰⁵ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, foja 5 v.

¹⁰⁶ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, foja 6 fr- 6v.

El fiscal de lo criminal de apellido Foncerrada fue otra autoridad que opinó en la misma vertiente. Se refería a Ramírez como un hombre que poseía «un mal incurable y por lo cual debe ocupar la cama otro mas digno, que su enfermedad no es absolutamente contagiosa». El fiscal consideraba «que por solo el hecho de estar Ramirez elefanciaco debe tenerlo para siempre en el hospital».¹⁰⁷

Las declaraciones de los funcionarios de justicia dejan entrever el aspecto de la enfermedad, las lesiones cutáneas, las llagas y los olores fétidos que se desprendían de las úlceras. Agustín Yáñez, funcionario del tribunal, señalaba incluso la posibilidad de remitirlo «al Hospital de San Lázaro de México para que acabe allí sus pocos días que le faltan o dejarlo a disposición de sus deudos para que le asistan con aquellos auxilios y hospitalidad que exige la caridad».¹⁰⁸

El miedo a la enfermedad preocupaba a las autoridades y aquellos que mostraban indicios del mal debían ser revisados por un facultativo. Entre otros casos, tenemos al teniente del partido de Arandas, don José Manuel Mendoza, quien ante las sospechas de padecer lepra, fue examinado por don Antonio Fiaño, cirujano retirado de la Real Armada, quien señaló,

Certifico en quanto puedo, debo, y el derecho me permite, que habiendo reconocido con la mayor atención al teniente del Partido de Arandas Don José Manuel Mendoza, no he hallado en él señal alguna de las que caracterizan la elefancia; (que comúnmente llaman mal de San Lázaro) y por tanto aseguro que el citado teniente, no padece semejante enfermedad. Lo que certifico y firmo, en debido ovedecimiento de lo mandado por la superioridad de S. A. la Real Audiencia de este Reyno, en el Pueblo de la Barca en primero de Agosto de mil ochocientos un años. Antonio Fiaño.¹⁰⁹

¹⁰⁷ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, foja 8 v.

¹⁰⁸ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, número de inventario 330. Guadalajara, 1825, foja 7 fr.

¹⁰⁹ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 217, exp. 20. Orden dirigida a José de Puey, Subdelega-

Aun cuando este certificado no emita explícitamente ninguna declaración prejuiciosa en contra de aquellos que padecían «semejante enfermedad», sabemos, por un lado, la injerencia que tuvo la Real Audiencia por atender de manera pronta este tipo de casos, en donde, don José Manuel, por el cargo que desempeñaba, seguramente fue denunciado ante las autoridades por padecer lepra, y por otro lado, se constata el miedo social que se tuvo al padecimiento. La imagen 9 muestra el acta médica.

Los lazarinos reclusos en las instituciones hospitalarias solo recibían algunos medicamentos, brebajes y baños de sus heridas. Era común que se les diera de comer «la carne de las Vivoras, ó Culebras guissadas (...), y así mismo aprovechar el usar de las lagartijas» (Esteyneffer, 1712, p. 357), ya que se tenía la idea de que la carne de estos reptiles regeneraba la carne de los leprosos. Si bien, para los casos que nos ocupan no hemos localizado información de esta índole, sabemos que como parte de la dieta suministrada a todos los enfermos en el Hospital de San Miguel en 1794 incluía, entre otros alimentos, «carnero o gallina asada».¹¹⁰

Regresando al caso de Manuel Ramírez, los facultativos del nosocomio le dieron alta hospitalaria porque no había manera de curarlo. Ese fue el pretexto que usaron los médicos para sacarlo del recinto. En cambio, para el caso de los funcionarios de justicia, independientemente de la denuncia criminal que se le seguía a Ramírez por homicidio, la solución más viable que consideraron fue dejarlo encerrado en el nosocomio. Foncerrada fue más allá y pensó en un encierro permanente, considerando incluso la posibilidad de pedirle al Gobernador del Estado de Jalisco «la necesidad que hay de que este reo se le de un alojamiento en el Hospital de San Miguel, donde permanecerá siempre».¹¹¹

do de La Barca, para que mande examinar a Don José Manuel Mendoza, Teniente de Arandas, por el cirujano retirado de la Real Armada, Don Antonio Fiaño, con la finalidad de dictaminar si tiene el Mal de San Lázaro. Guadalajara-Arandas, 1801, foja 4 fr.

¹¹⁰ BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 201, exp. 6, Sobre la administración de las rentas del Hospital de Belén, foja 42 v.

¹¹¹ BPEJ, ASTJEJ, Ramo Criminal, Caja 6, núm. de invent. 330. Guadalajara, 1825, foja 8 v.

Imagen 9.

Certificado emitido por el cirujano retirado de la Real Armada Don Antonio Fiaño descartando la presencia del Mal de San Lázaro, 1801

Don Antonio Fiaño, Cirujano Retirado de la Real Armada.

Certifico en quanto puedo, debo, y el derecho me permite, que habiendo reconocido con la mayor atencion al Feniente del Partido de Arandas D. José Atanuel Mendoza, no he hallado en él, señal alguna de las que caracterizan la Elefancia; (q. conueniente llaman mal de San Lázaro) y por tanto asseguro que el citado Feniente, no padece semejante enfermedad. Lo que Certifico y firmo, en debido obediencia al Mandado por la Superioridad de S. A. la Real Audiencia de este Reyno, en el Pueblo de la Barca en primero de Agosto de mil ochocientos un años.

Antonio Fiaño

Fuente: BPEJ, ARAG, Ramo Civil, Caja 217, exp. 20. Guadalajara-Arandas, 1801, foja 4 fr.

De acuerdo al periodo de internamiento que Manuel Ramírez tuvo en los tres ingresos que registró al hospital, las estancias se fueron reduciendo de manera escalonada: en la primera consignó casi dos meses de encierro, en la segunda tres semanas y en la tercera tan solo 11 días, murió el 6 de febrero de 1826.¹¹²

¹¹² AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 44, año 1826, foja 14 fr.

Sobre los tres ingresos que Manuel Ramírez consignó al Hospital de San Miguel entre el mes de septiembre de 1825 y enero de 1826, los registros suscriben tres padecimientos diferentes: llagas, fiebre y galio.¹¹³ En el caso de las fiebres sabemos que ese término consigna síntomas de diversas enfermedades y en este caso se usó para referirse al leproso que fue ingresado al hospital con fiebre o calentura: en el caso de las «llagas», recordemos que los enfermos de lepra tenían heridas en la piel y «llagas pesilentes», de donde emanaban olores fétidos las cuales solían confundirse con las «llagas gálicas». Sobre este mismo término o el de galio con que se registró a Manuel Ramírez en su último ingreso al hospital, cabe recordar que en la mayoría de los casos el nombre que se anota como «enfermedad» del individuo corresponde, si es que fallece, a la «causa de muerte» y rara vez se le atribuye un origen distinto. Para el caso que nos ocupa, la *causa mortis* atribuida a Manuel Ramírez correspondió a la de galio,¹¹⁴ demostrando así la similitud entre las «llagas gálicas» y las «llagas leprosas», aunado al conocimiento deficiente de la enfermedad. Véase la imagen 10.

Si bien es cierto que en los casos expuestos no se presenta una actitud de misericordia ante los leprosos, debemos recordar que el principio de la atención hospitalaria privilegiaba la atención espiritual a los enfermos.

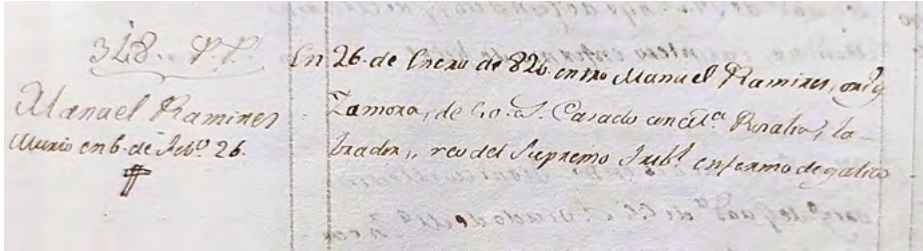
El peso de la religión cristiana orientó muchas de las actitudes y prácticas hacia los afectados por lepra. La ambivalencia del mensaje bíblico respecto de esta enfermedad (...) se reflejó en el trato hacia quienes la padecían. Se consideraba manifestación de pecado, en particular de lujuria y herejía, y por ende del castigo divino, pero también vía de penitencia y expiación para quien la sufría y de santidad para quien la atendía. De esta manera, la Edad Media otorgó a los leprosos el purgatorio en vida por cargar en este mundo con la pena de sus faltas y dio un mérito especial a la práctica de cuidarlos y asistirlos (Sánchez, 2015, p. 16).

¹¹³ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 42, año 1825, foja 147 fr, y No. 44, año 1826, foja 202 fr.

¹¹⁴ AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 44, año de 1826, foja 14 fr.

Imagen 10.

Registro de la causa de muerte por galio consignada a Manuel Ramírez
en el Hospital de San Miguel, 1826



Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. Año de 1826, No. 44, foja 14 fr.

No olvidemos que los frailes de la orden de Belén administraron el Hospital de San Miguel durante el siglo XVIII y se caracterizaron por su vocación de atención a los enfermos. Aun cuando salieron del nosocomio a principios del siglo XIX, los ejercicios espirituales siguieron impartién-dose en la atención hospitalaria decimonónica por capellanes y religiosos. Asimismo, cabe recordar que durante esta misma época la Iglesia católica todavía mantiene los usos y costumbres establecidos en el Derecho Ca-nónico. El sacerdote adquiere un papel parecido a los que describían los santos evangelios sobre los leprosos. Como el de San Marcos, que decía, en aquel tiempo

Se le acercó un leproso, [a Jesús] que se arrodilló ante él y le suplicó: «*Si quie-res, puedes limpiarme*». Sintiendo compasión, Jesús extendió la mano y lo to-có diciendo: «*Quiero, queda limpio*». Al instante se le quitó la lepra y quedó sano. Entonces Jesús lo despidió, pero le ordenó enérgicamente: «*No cuen-tes esto a nadie, pero vete y preséntate al sacerdote y haz por tu purificación la ofrenda que ordena la Ley de Moisés, pues tú tienes que hacer tu decla-ración*».¹¹⁵

¹¹⁵ (*La Biblia*, 1995, San Marcos, Proverbios cap. 1, v, 40-45).

De acuerdo con los santos evangelios, si el sacerdote comprobaba la «purificación del leproso», el enfermo podía reintegrarse a la sociedad, de lo contrario, debía vivir segregado de la población. «Los sacerdotes tenían entre sus obligaciones la de diagnosticar la lepra y prescribir la reclusión del leproso. Eran ellos también los que debían averiguar la curación del leproso y concederle que volviera a su familia».¹¹⁶

Para el caso que nos ocupa, no hemos localizado información de esta índole. Incluso, en los juicios criminales denunciados ante los tribunales de justicia contra José Leonicio Flores, Mariano Pacheco, Manuel Ramírez y José Manuel Mendoza, no se requirió la presencia ni la participación de curas párrocos o de religiosos que dieran fe de la enfermedad. Sin embargo, sabemos que la Iglesia fungía como el centro de la vida social y los curas eran los guías espirituales de los fieles. No olvidemos que en la sociedad de Guadalajara regía la fe católica y toda la vida y cultura local giraba en torno a la religión.

2. El encierro hospitalario

El Hospital de San Miguel contó con celdas, mazmorras y bartolinas creadas expreso para recluir a los leprosos. En esos espacios se les aislaba del resto de la población enferma y al mismo tiempo se les asistía espiritualmente por el personal de la institución. Sobre la reclusión hospitalaria que presentan estos enfermos, es preciso recordar que en el nosocomio también se atendieron otros malestares igual de graves. Principalmente nos referimos a los enfermos de las distintas epidemias de viruela y de tifo así como los enfermos de galio y de otros males presentados en gran parte de Nueva España. A esta situación, debemos agregar las carencias que presentaba la institución en sus recursos y en el personal hospitalario.

A continuación, los nombres de cómo se consignó la lepra. Véase el cuadro 26.

Los enfermos de lepra fueron registrados bajo los términos con que históricamente se le conoció, como elefantiasis y gangrena aunque «la-

¹¹⁶ (*La Biblia*, 1995, Levítico, Proverbios cap. 13, v. 1).

zarino» fue el que se usó regularmente con 237 registros, a saber: elefantiasis (2), gangrena (11), lazarinis (237) y lepra (2). Suman un total de 252 registros de enfermos: 161 hombres, 91 mujeres y el 25 % eran originarios de Guadalajara. «La denominación “mal de San Lázaro”, de uso más popular, se empleó desde la Edad Media europea cuando muchas enfermedades se denominaban con el nombre de su santo protector y se designó a la lepra como mal de este santo» (Sánchez, 2015, p. 15).

Los registros corresponden en gran medida a mayores de 15 años y el 48 % de los enfermos eran españoles, aunque cabe recordar que la calidad dejó de anotarse en 1821. Vale la pena recalcar que para el caso del Hospital de San Lázaro de la ciudad de México, entre el periodo de tiempo que va de 1784 hasta 1862, se admitieron aproximadamente 468 enfermos teniendo un promedio de seis internos al año (Sánchez, 2015, p. 149). Esto demuestra que en el Hospital de San Miguel durante un periodo de casi 30 años que va de 1797 hasta 1823, se registraron a 252 leprosos con respecto a los 468 que fueron consignados en el de San Lázaro durante 80 años. La comparación entre ambos recintos demuestra una concordancia en el número de ingresos por esa enfermedad.

Con respecto a los periodos de internamiento, el 85 % de los enfermos presentan estancias hospitalarias menor a los tres meses. En tales casos, el encierro tuvo la finalidad de proporcionar algún tipo de paliativo o ungüento que ayudara temporalmente a aminorar las dolencias físicas de los enfermos. Con el resto de los leprosos, el 10 % registra periodo de hospitalización mayor a los tres meses y menor a un año; y solamente cinco lazarinis registraron la enfermedad por un lapso que va de los tres a los cinco años. Y por último, resaltar que no localizamos concubinos entre los enfermos de lepra, aun cuando el 45 % registró ser casado o casada.

Los enfermos de lepra consignados en el Hospital de San Miguel se recluyeron en espacios aislados del recinto. Véase el cuadro 27.

Si bien es cierto que se destinaron «piezas para [...] contagio» registradas con el número 19 que corresponde a los espacios destinados para los leprosos y que se ubicaban a un costado de Espíritu Santo, el hecho es que esos cuartos no fueron considerados para su encierro. Esos espa-

Cuadro 26. Registros de las enfermedades con que fue consignada la lepra en los ingresos del Hospital de San Miguel, 1797-1823

Año	Elefantiasis	Gangrena	Lazarinos	Lepra	Total
1797			3		3
1798			8		8
1799			4		4
1800			7		7
1801			5		5
1802			6		6
1803			14		14
1804			13		13
1805			19		19
1806			12		12
1807			24		24
1808			12		12
1809			8		8
1810			12		12
1811			1		1
1812			2		2
1813		2	3	2	7
1814			4		4
1815		2	2		4
1816		2	14		16
1817			15		15
1818	1		7		8
1819			1		1
1820			1		1
1821	1	1	7		9
1822		2	20		22
1823		2	13		15
Total	2	11	237	2	252

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-42.

cios eran piezas de pequeñas dimensiones y se destinaron para «locos furiosos». De acuerdo con el análisis de los espacios que presenta el plano 1, las piezas registradas con el número 19 se ubicaban de frente a los patios internos y al centro del recinto, por lo que los leprosos no fueron internados en esos espacios.

En los hombres, el registro alcanza 161 enfermos: 19 de ellos se consiguen en Dios Hijo, destinada para fiebres, sin embargo, el internamiento se presenta en la sala Santiago y en la de San Miguel con prácticamente el 70 % de los leprosos. De acuerdo con el plano de 1792, que identifica a esos espacios con el número 10, se ubicaban en el ala oriente y poniente del conjunto hospitalario. Cabe señalar que en esas salas también se recluyeron enfermos que presentaban humores venéreos, fiebres y los que presentaban algún tipo de herida, teniendo prácticamente las mismas dimensiones que las radiadas y su ubicación favoreció la continua ventilación de las «miasmas» que exhalaban los leprosos.

Las salas Santiago y San Miguel se encontraban rodeadas de varios patios internos en donde convivían los locos al aire libre, aunado a la posición estratégica que guardaban, ubicadas de manera aislada y en los extremos del conjunto hospitalario. Esta situación impedía el continuo tránsito de la población enferma y del personal. Como podemos observar en la figura del plano de 1792, la sala Santiago y San Miguel no formaban parte del conjunto hospitalario central, es decir, no se comunicaban necesariamente con el resto de las salas por lo que la comunidad de enfermos no tenía acceso a esas piezas. Posiblemente, esa fue la razón del internamiento de los enfermos de lepra en esos espacios. Véase el plano de 1792.

En mujeres, cuyo estimado alcanza 91 registros de enfermas con lepra entre los años que van de 1797 hasta 1823, las salas Sangre de Cristo y Sagrado Corazón de Jesús, cada una de ellas resguardó prácticamente al 40 % de las enfermas. En el caso de Corazón de Jesús, resta mencionar que esa sala se destinó para aquellas que padecían humores venéreos y La Sangre de Cristo fue una de las salas más pequeñas del hospital que se acondicionó para el internamiento de las enfermas de lepra. Si consideramos que el porcentaje anual de los ingresados al Hospital de San Miguel alcanzó

Cuadro 27.
Registros por salas de hombres y mujeres enfermos de lepra en el
Hospital de San Miguel, 1797-1823

Año	Santiago (10)	San Miguel (10)	Corazón de Jesús (29)	Sangre de Cristo (35)	Otros espacios	Total
1797		1		1	1	3
1798	1	1		5	1	8
1799	2	1			1	4
1800		4		1	2	7
1801	1	1	1		2	5
1802		3		2	1	6
1803	1	6		5	2	14
1804	4	4		4	1	13
1805	11	4	2	1	1	19
1806	5	3			4	12
1807	9	3	2	4	6	24
1808	4			4	4	12
1809				7	1	8
1810	5	1	1	2	3	12
1811		1				1
1812		1			1	2
1813	1	1	1		4	7
1814	1		1		2	4
1815		1	2		1	4
1816	5	2	5		4	16
1817	4		9		2	15
1818	6				2	8
1819	1					1
1820					1	1
1821				2	7	9
1822	6		6		10	22
1823	4		4		7	15
Total	71	38	34	38	71	252

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-42. Entre paréntesis, el número en el Plano de 1792

un estimado promedio de 3 000 entradas por año, los espacios se acondicionaron de forma estratégica para dar cabida a todos los enfermos. Para el caso de los leprosos, su distribución entre las salas Santiago, San Miguel y Corazón de Jesús, resultó un tanto lógica, ya que fueron registrados junto a los sifilíticos, pero de manera separada, hombres y mujeres.

La sala Santiago y San Miguel, para hombres, y Corazón de Jesús y Sangre de Cristo, para mujeres, albergaron al 70 % de todos los lazarinos, y aun cuando esas salas correspondieron por lo común a los espacios de atención del cirujano, lo más probable es que también fueran atendidas por el resto del personal hospitalario, no solo por los religiosos betlemitas, sino por los médicos de la institución.

Sabemos que Mariano García de la Torre era el catedrático de la facultad de medicina de la Real y Literaria Universidad de Guadalajara, se hizo cargo de las salas de medicina del nosocomio, y muy probablemente, también de las de cirugía. Según los inventarios de su biblioteca particular y la del mismo hospital, tuvo acceso a los textos de la medicina clásica de Galeno e Hipócrates, diccionarios y tratados en latín y francés de cirugía, botánica y farmacéutica, algunos textos de epidemias de viruela, de fiebres pestilenciales, epidemiología española, sobre tisis y el tratado de «la historia de la lepra elefanciaca».¹¹⁷ Estas referencias nos ayudan a considerar que Mariano de la Torre se apoyaba en los compendios de la medicina clásica para tratar a los enfermos del hospital, entre ellos, a los de lepra.

3. La sepultura cristiana

Con respecto a la sepultura del leproso, cabe recordar que durante el periodo de tiempo conocido como la edad Media, esos enfermos tenían sus propios cementerios creados exprofeso y se ubicaban a extramuros de las ciudades. «La iglesia y el cementerio se incorporan a los lazaretos a partir del III Concilio de Letrán celebrado por Alejandro III en 1179. En su

¹¹⁷ BPEJ, ARAG, Bienes de Difunto, Caja 274, exp. 10, 52 fojas. «Inventario extrajudicial de los bienes que quedaron por muerte del Dr. Don Mariano García de la Torre».

Canon 23 se les permite a los leprosos poseer iglesias y cementerios propios» (Moreno, 1995, p. 27).

Al leproso se le estigmatizó por la enfermedad que padeció tanto en vida como en muerte. Para el caso que nos ocupa, la connotación medieval que rodeó a estos enfermos en su lecho de muerte prevaleció entre las autoridades de Guadalajara a finales de la época Colonial. Traemos a colación las indagatorias que rodearon el proceso judicial encabezado por los indios de San Pedro Tlaquepaque en contra del lazarino Mariano Pacheco en el año 1796. La declaración en como cierra este proceso el fiscal del crimen, José de Moya, es muy particular. El fiscal advierte que «no hay razón para que la república se deje infectar de unos enfermos tan abominables a la sociedad y tan contagiosos, que aún se les niega sepultura en las iglesias y cementerios, como lo enseñan los canonistas y políticos». ¹¹⁸

Los registros hospitalarios consignan 66 muertes por lepra y representan el 26 % de los decesos de la misma enfermedad entre 1797 y 1823. Si consideramos que la calidad dejó de anotarse en 1821, hasta ese año se consignan 20 decesos de españoles, 15 de mestizos, 9 de indios y 7 de mulatos y moriscos. A pesar de que los registros no indican el espacio de su inhumación, seguramente fueron sepultados en el Panteón de Belén anexo al hospital. Recordemos que una de las funciones de este camposanto establecido en el mismo momento en que se construyó la Nueva Fábrica de San Miguel, fue el de servir como espacio funerario de los que morían al interior del recinto.

Juan María Carrillo, español de 40 años de edad, es el primer enfermo registrado que murió como lazarino en el Hospital de San Miguel. La entrada suscribe que «se recibió de orden del Excelentísimo Sr. Presidente» el 20 de enero de 1797 y un día después falleció. En este caso, lo más probable es que se trató de un leproso que tenía la enfermedad muy avanzada, ingresó al hospital para recibir los santos oleos, murió y fue sepultado en el Panteón de Belén.

¹¹⁸ Sobre el contagioso lazarino del cerero Pacheco Vearelaf. (Diego-Fernández, 2003, vol. 11, Asunto 487, foja 471 fr).

Con el resto de los leprosos que fallecieron en el nosocomio sus periodos de internamiento variaron y no necesariamente ingresaban para morir en las instalaciones del recinto. Algunos casos son muy significativos. Uno de ellos hace referencia a José Francisco de la Trinidad, indio de 34 años y originario de Guadalajara, quien se estuvo atendiendo en el nosocomio durante cinco años, es decir, entre 1802 y 1807. Durante este periodo de tiempo tuvo varios ingresos al hospital y en el último de ellos, registrado en 1807, murió. El otro caso es de Crescencio Rolón, un mestizo de 13 años originario de Colima, que ingresó al hospital como lazaro en noviembre de 1821 y murió dos años después. En tales casos, el encierro hospitalario tuvo la finalidad de proporcionar algún tipo de paliativo o ungüento que ayudara temporalmente a aminorar las dolencias físicas, independientemente que desde la óptica médica hubiera poco que hacer para recuperar la salud de los enfermos.

En lo que respecta a los decesos registrados por lepra en las parroquias de Guadalajara durante la misma época, el estudio de Juan Luis Argumaniz Tello (2020) consigna «pocos decesos» del mismo padecimiento (p. 52). A continuación, se presenta un registro de defunción por lepra consignado en la parroquia de San José de Analco de Guadalajara en el año 1804.

En veinte y tres de enero de mil ochocientos quatro. Yo el B. Don Domingo Barredo cura sustituto del pueblo de San José de Analco; concedí licencia para que se le diera sepultura eclesiástica en el pueblo de San Sebastianito a María Pascuala india de dicho pueblo casada que fue con Juan José, murió de lepra, y se le administró el Sacramento de la penitencia y extremaunción. Y porque conste lo firme. Domingo Barredo (Argumaniz, 2020, p. 52).

El registro parroquial confirma que la india María Pascuala murió de lepra y recibió sepultura cristiana en la parroquia de San Sebastianito, en Analco. A pesar de que los registros de mortalidad por lepra consignados en los curatos de Guadalajara son escasos, este ejemplo ayuda a demostrar que los que fallecieron o registraron causa de muerte por lepra fueron sepultados al interior de la ciudad, tanto en el Panteón de Belén como en

el camposanto de las parroquias de Guadalajara y de sus zonas aledañas (Argumaniz, 2020, p. 52).

Por último, cabe señalar que aun cuando no podamos determinar los problemas que rodearon las inhumaciones de los leprosos ni en el hospital ni en las parroquias de la ciudad, no descartamos el hecho de que esas defunciones escondan un subregistro, es decir, seguramente fueron consignadas con otros términos, como el de fiebre, por ejemplo. Y aun cuando no podemos generalizar y señalar que todos los leprosos recibieron el mismo trato que el dado a Manuel Ramírez, aquél que no lo querían en el nosocomio, posiblemente las estancias cortas de los enfermos indican la misma situación. Finalmente, podemos señalar que el hecho de haberse asignado un espacio de sepultura cristiana para los que murieron de lepra en Guadalajara a finales de la época Colonial, constata la reconciliación del leproso con el mundo divino en el más allá y la misericordia que les fue privada en vida.

A manera de conclusión

El hallazgo y análisis de nuevas fuentes documentales, como son los registros hospitalarios y las actas judiciales, nos permitió elaborar la presente investigación que estudia el encierro hospitalario de tres enfermedades que se relacionan por el estigma social y cultural que las rodean, a decir, las de transmisión sexual, las de padecimiento mental y la lepra. Se relacionó su tipo de internamiento hospitalario, cosmovisión y trato dado por la población y por las autoridades de la ciudad.

Las fuentes documentales nos permitieron analizar la concepción y la relación que guardan estas enfermedades desde los saberes médicos y tradicionales empleados por diferentes autoridades de Nueva España y de México, entre ellos, los facultativos del Hospital de San Miguel. Si por un lado, el encierro de estos sujetos se dio en gran medida porque sus males fueron estigmatizados, considerándose un castigo divino, incomodidad social y porque representaban un peligro para la población, por el otro lado, la documentación permitió indagar en las condiciones del internamiento, en las terapéuticas aplicadas para su sanación y en las formas en que fueron distribuidos en las diferentes salas, espacios y patios del nosocomio.

El funcionamiento que presentó el Hospital de San Miguel de Guadalajara ponderó la atención espiritual de los enfermos y desempeñó funciones secundarias desde una óptica médica y represiva. La institución no perdió el carácter religioso ni la vocación de atención a los enfermos que la caracterizó, aunque en el caso de los que presentaron humores vené-

reos, padecimientos mentales y lepra, su internamiento se supeditó bajo una visión estigmatizada. Los sifilíticos, locos y leprosos fueron repudiados por la población y por las autoridades de la ciudad por padecer enfermedades de venenosa cualidad y, aun cuando se preponderó su atención espiritual, su internamiento hospitalario conllevó un encierro médico, caritativo y represivo.

¿Cuál fue la relación que guardan las enfermedades venéreas, los padecimientos mentales y los enfermos de lepra en el internamiento hospitalario de la Nueva Fábrica de San Miguel? Véase el cuadro 28.

Cuadro 28.

Registros por salas de las enfermedades estigmatizadas en el Hospital de San Miguel, 1797-1823

Enfermedad	Sifilíticos		Locos		Leprosos	
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Nombre de la Sala y Número*	Espíritu Santo (12)	Corazón de Jesús (29)	Cuartos y Patios (x)	Cuartos y Patios (x)	Santiago y S. Miguel (10)	Cor. de Jesús. y La Sangre de C. (29, 35)
Registros	3 290	1 010	117	78	109	72
Porcentaje	54 %	91 %	51 %	60 %	67 %	80 %

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas, No. 21-42. * Número o letra del plano de 1792.

El internamiento hospitalario de los sifilíticos, locos y leprosos fue más allá de los espacios y salas en donde se les recluyó. Se supeditó a la visión estigmatizada de la edad Media que desde entonces y hasta tiempos de Nueva España y del México del siglo XIX las caracterizó como enfermedades repugnantes y como castigo de Dios. A decir de Lilia Oliver (1992),

La relación que guardan ciertas salas para enfermos en nuestro hospital, de acuerdo con el padecimiento a que fueron destinadas por el autor del plano enviado a España en 1759, nos remite a la manera en que fueron contextualizadas algunas enfermedades en el mundo del internamiento [...] Esta ve-

ciudad entre leprosos, sífilíticos y locos en nuestro hospital es muy significativa, ya que muestra cómo fueron relacionadas ciertas enfermedades en el mundo del internamiento (pp. 266-267).

En el caso de las enfermedades venéreas, por el hecho de haberse destinado tres salas de mediana capacidad para su atención desde que se estableció la Nueva Fábrica de San Miguel en 1794, constata la gravedad que desde entonces representaron los humores venéreos en la ciudad de Guadalajara. Pero, ¿por qué los registros del nosocomio no consignan la presencia de las enfermedades venéreas durante estos años? El Hospital de San Miguel funcionó como una institución religiosa que preponderó la atención espiritual de todos los enfermos, independientemente de su padecimiento. En el caso de los humores venéreos, tal presencia se cuestionó, se censuró y se enfrentó a diversos problemas relacionados con los intereses que representaba la Iglesia católica, con la injerencia ejercida por las órdenes hospitalarias, la de Belén por ejemplo que administraba el nosocomio, y al peso que ejercía la medicina clásica en las instituciones universitarias y hospitalarias, fuertemente arraigada al pensamiento de la época.

El Hospital de San Miguel seguía fuertemente arraigado a las ideas cristianas de la caridad y la Iglesia influía de manera muy notable en su funcionamiento. La apertura que requirió la consigna de las enfermedades venéreas se fue dando poco a poco y sobre ciertos ejes. La resistencia se debió al pensamiento religioso que predominaba en la época, en donde la Iglesia ocultó la presencia de los humores venéreos por su «maléfica y venenosa cualidad». Por razones culturales e ideas profanas con respecto a la fe y de mentalidades, se explica porque el mal venéreo se registró en las entradas del hospital desde fines de 1811.

No es fortuito que desde entonces y durante gran parte del siglo XIX, la sífilis tenga carácter endémico en la ciudad de Guadalajara. Uno de cada cuatro enfermos que ingresaron al recinto la consignó. Fue padecida por niños, hombres, mujeres y sobre todo, jóvenes militares españoles, pero causó baja mortalidad. Incidencia que al parecer permaneció en la secrecía o al menos no se dio a conocer ni se registró en las defunciones

como tal para no dimensionar ni dar a conocer un grave problema de salud y de relajamiento en las conductas sexuales de una población católica. Mal venéreo que se atribuye al movimiento de ejércitos que se desplazaron por la ciudad como parte del movimiento independentista de 1810. Sin embargo, cabe señalar que fuera del ámbito de la milicia, la sífilis tuvo presencia importante entre la población originaria de Guadalajara. Esta situación denota el relajamiento moral y sexual que presentaron los feligreses de las parroquias de la ciudad.

Para el caso de los sujetos que presentaron algún trastorno mental, se les consideró peligrosos y sus inapropiadas conductas sociales generaron su confinamiento tanto en el Hospital de San Miguel como en la cárcel de la ciudad.

El encierro hospitalario de enfermos con trastorno mental se ejerció desde la óptica médica, caritativa y represiva. Con respecto al campo médico, fueron saberes basados en las teorías de la medicina clásica, conocimientos que los facultativos pusieron en práctica, analizaron y razonaron: también respondió a un perfil caritativo rector de los hospitales novohispanos: el de San Hipólito administrado por religiosos cuyo desempeño se ejerció bajo los principios cristianos de la caridad, base de la regencia de los hospitales coloniales y el de San Miguel, administrado con la misma óptica caritativa que caracterizó la noble labor ejercida por los betlemitas y por los facultativos del mismo hospital. No es fortuito que el 54 % de los enfermos que padecieron algún trastorno mental fueran distribuidos en «Piezas para locos y delirio» como son los cuartos, espacios y diversos patios del hospital; y en lo que respecta al encierro represivo, tal perspectiva se ejerció porque los sujetos que padecieron estos males fueron considerados vagos y representaban peligro e incomodidad social.

Los leprosos fueron repudiados por padecer una «enfermedad nauseabunda», incurable, altamente contagiosa y su castigo se presentó tanto en vida como en muerte. La lepra fue una enfermedad estigmatizada por la población, por las autoridades del Hospital de San Miguel y por las de la ciudad. El estudio de sus periodos de internamiento detalla que estuvieron reclusos escalonadamente durante algunos meses o pocos años en el

nosocomio y, aun cuando estuvieron lejos de recluirse de forma permanente, todo indica que estos sujetos vivieron segregados de la población y se recluyeron en casa. Los que ingresaron al Hospital de San Miguel, por lo general, fueron reclusos en salas dispuestas de manera independiente al conjunto hospitalario, aunque compartieron espacio con los sifilíticos. Si bien es cierto que el hospital contó con «piezas de contagio» que ayudaban a contener y resguardar a los enfermos de lepra, la problemática que rodeó la atención de los enfermos encausó las funciones de las salas operando bajo una lógica de racionalidad de las enfermedades. Es por ello que sifilíticos y leprosos convivieron al menos durante treinta años bajo el techo de dos salas: la de San Miguel y la de Santiago.

Resta mencionar que la presencia enigmática que se atribuyó al grupo de enfermedades aquí estudiadas continuó vigente durante el siglo XIX, incluso durante el XX. En el caso de los leprosos, ello se refleja en las mejoras hechas a los espacios del Hospital de San Miguel, es decir, «el departamento de lazareto ya se había concretado en 1844, pero no existía la posibilidad cercana de que se emprendiera una ampliación» (Méndez, 2009, p. 108). En cambio, el Hospital de San Lázaro fue clausurado en 1862, y aun cuando se determinó que la enfermedad no era contagiosa, «la posibilidad de contraer lepra siguió causando miedo y repulsión entre el público» (Sánchez, 2015, pp. 124-127 y 128).

Fue hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando los tratamientos médicos contra la lepra evolucionaron exitosamente. Por ejemplo,

La OMS, desde 1982, recomendó el uso de tratamiento multimedicamentoso combinando con rifampicina, clofazamina, y dapsona para el tratamiento de la lepra. Desde 2018 la OMS, recomienda el uso de los tres fármacos, tanto para pacientes Multibacilares (MB) como Paucibacilares (PB), difiriendo únicamente en la duración del tratamiento (Guerra y Gómez, 2020, p. 39).

En el caso de los enfermos con trastorno mental, si bien las cuestiones culturales y tradicionales siguieron explicando en gran medida estos malestares, los avances en materia se gestaron hasta finales del siglo XIX.

Durante esta época, se establecieron instituciones especializadas en el trato e internamiento de los enajenados. En Guadalajara se amplió el manicomio del Hospital de San Miguel durante las últimas décadas del siglo XIX (Ramos, 2005, pp. 123-140). Sin embargo, aun cuando este nuevo espacio proporcionó mejores condiciones de vida para el internamiento de los enajenados, es indudable que a los enfermos mentales se les siguió atribuyendo una carga social por ser sujetos peligrosos. Esta situación se puede percibir en la actualidad, independientemente de que los avances en medicina hayan logrado identificar los diferentes trastornos mentales que aquejan a la población.

Es importante que en la sociedad se difunda el mensaje de que la enfermedad mental es una condición médica, no se trata de una decisión tomada por el paciente ni de posesiones demoniacas, asuntos relacionados con la brujería o el espiritismo; más bien se consideran patologías susceptibles de ser tratadas y controladas a través de la medicación, la psicoterapia y el apoyo social. Por ello, es importante que ante cualquier manifestación de pensamiento, emoción o conducta que comprometa la adaptación o continuidad del sujeto en su vida cotidiana se acuda a un especialista de la salud mental (Rosas-Santiago, 2016, p. 28).

Y por último, en el caso de la sífilis, los informes de algunos médicos tapatíos nos llevan a plantear la hipótesis de que existe presencia endémica de las enfermedades venéreas desde el siglo XIX en Guadalajara.¹¹⁹ En 1896, el Dr. Miguel Mendoza López quien fuera Profesor de Enfermedades de niños en la Escuela de Medicina en Guadalajara advirtió, «es por

¹¹⁹ BPEJ, Miscelánea No. 843, Anales de la Sociedad Médica, Tomo I: No. 1 y 2, pp. 24-25; No. 3, p. 63; No. 4, p. 159; AHJ. Ramo Beneficencia, Caja 4866, Inventario 581, 3 fojas; BPEJ, Miscelánea 725, no. 11, página 13. «Causas más comunes de la mortalidad de los niños en Guadalajara». Memoria presentada al Tercer Congreso Médico Mexicano celebrado en Guadalajara en los días 7, 8, 9 y 10 de julio de 1897, por el Dr. Miguel Mendoza López, Profesor de Enfermedades de niños en la Escuela de Medicina. Guadalajara, 1897.

desgracia muy común en estos tiempos encontrar recién casadas con los estigmas de la sífilis». ¹²⁰ Pero, a casi 130 años de haberse hecho esta advertencia, ¿cómo han evolucionado los tratamientos médicos contra este padecimiento?

Actualmente, existen fármacos contra este mal que forma parte de las enfermedades de transmisión sexual. Entre las recomendaciones terapéuticas de la sífilis,

Hasta el momento actual la bencilpenicilina ha sido el tratamiento de elección en todos los estadios de la sífilis y, aunque la concentración de bencilpenicilina necesaria para destruir el *T pallidum* es muy baja, se necesita un largo período de exposición al fármaco debido a la lenta velocidad de multiplicación del organismo. Otros antibióticos de utilidad son las tetraciclinas, la eritromicina y las cefalosporinas (Pestoni, 2002, p. 91).

Es claro que a diferencia de los que padecen trastornos mentales y de los enfermos de lepra, el estigma que se tiene de la sífilis, por su forma de contagio sexual, es mayor. Esta práctica la deja en el ocultamiento y la sigue llevando al desprecio y marginación social de quienes la padecen.

¹²⁰ BPEJ, Miscelánea 725, no. 11, «Causas más comunes de la mortalidad de los niños en Guadalajara...» p. 13.

Anexo 1. Registros mensuales de ingreso, salida y muerte en el Hospital de San Miguel de Guadalajara, 1794-1823

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
<i>1794</i>			
Enero	255		18
Febrero	163		15
Marzo	212		16
Abril	215		28
Mayo	303		64
Junio	209		15
Julio	258		31
Agosto	248		33
Sept.	232		28
Octubre	246		26
Nov.	165		24
Dic.	200		22
<i>1795</i>			
Enero	211		30
Febrero	193		26
Marzo	187		22
Abril	182		27
Mayo	196		33
Junio	208		32
Julio	176		21
Agosto	173		18
Sept.	198		21
Octubre	183		15

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Nov.	173		13
Dic.	183		16
<i>1796</i>			
Enero	186		23
Febrero	165		17
Marzo	196		22
Abril	200		19
Mayo	208		21
Junio	179		17
Julio	191		22
Agosto	227		14
Sept.	232		16
Octubre	209		25
Nov.	180		22
Dic.	163		19
<i>1797</i>			
Enero	196	86	16
Febrero	151	130	14
Marzo	215	160	19
Abril	204	195	34
Mayo	247	203	29
Junio	239	229	27
Julio	248	211	33
Agosto	242	230	18

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Sept.	276	223	21
Octubre	284	247	31
Nov.	301	241	34
Dic.	372	288	71
1798			
Enero	380	355	94
Febrero	216	190	30
Marzo	286	228	40
Abril	247	236	41
Mayo	286	244	38
Junio	270	235	31
Julio	297	240	27
Agosto	291	270	23
Sept.	252	233	27
Octubre	248	238	19
Nov.	232	227	15
Dic.	200	206	16
1799			
Enero	257	198	19
Febrero	200	197	13
Marzo	223	197	24
Abril	228	217	20
Mayo	305	232	24
Junio	241	246	26
Julio	221	211	16
Agosto	283	249	14
Sept.	272	256	22
Octubre	272	252	21
Nov.	244	216	11
Dic.	223	218	26
1800			
Enero	214		17
Febrero	228		15
Marzo	209		16
Abril	235		23
Mayo	241		29
Junio	199		37

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Julio	163		23
Agosto	202		17
Sept.	232		26
Octubre	205		27
Nov.	183		22
Dic.	212		32
1801			
Enero	210		48
Febrero	231		44
Marzo	264		39
Abril	249		50
Mayo	265		42
Junio	232		36
Julio	285		26
Agosto	278		40
Sept.	244		26
Octubre	245		26
Nov.	207		22
Dic.	217		22
1802			
Enero	272		27
Febrero	195		37
Marzo	250		28
Abril	278		39
Mayo	249		37
Junio	217		26
Julio	256		26
Agosto	364		22
Sept.	294		33
Octubre	232		20
Nov.	224		20
Dic.	211		26
1803			
Enero	351		14
Febrero	199		16
Marzo	268		24
Abril	238		24

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Mayo	225		26
Junio	239		22
Julio	245		33
Agosto	265		19
Sept.	255		26
Octubre	248		18
Nov.	255		35
Dic.	235		25
1804			
Enero	390		28
Febrero	251		33
Marzo	232		27
Abril	588		30
Mayo	414		58
Junio	324		31
Julio	323		43
Agosto	299		29
Sept.	302		37
Octubre	380		29
Nov.	303		32
Dic.	244		29
1805			
Enero	424		23
Febrero	227		28
Marzo	279		24
Abril	314		34
Mayo	375		39
Junio	323		28
Julio	326		42
Agosto	379		56
Sept.	362		36
Octubre	377		50
Nov.	334		30
Dic.	280		26
1806			
Enero	483		35
Febrero	269		23

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Marzo	314		43
Abril	346		42
Mayo	296		30
Junio	268		22
Julio	285		18
Agosto	290		30
Sept.	278		19
Octubre	265		24
Nov.	260		20
Dic.	267		30
1807			
Enero	437		21
Febrero	254		17
Marzo	260		20
Abril	292		18
Mayo	299		20
Junio	311		20
Julio	303		36
Agosto	321		26
Sept.	341		25
Octubre	323		32
Nov.	287		22
Dic.	278		20
1808			
Enero	443		39
Febrero	262		48
Marzo	273		50
Abril	295		47
Mayo	237		32
Junio	636		45
Julio	249		46
Agosto	520		19
Sept.	443		69
Octubre	379		42
Nov.	323		48
Dic.	316		21
1809			

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Enero	332		29
Febrero	286		27
Marzo	300		32
Abril	324		33
Mayo	323		28
Junio	347		39
Julio	341		26
Agosto	348		24
Sept.	333		32
Octubre	329		24
Nov.	302		23
Dic.	286		22
<i>1810</i>			
Enero	344		10
Febrero	326		35
Marzo	439		38
Abril	385		49
Mayo	465		46
Junio	360		41
Julio	418		38
Agosto	446		28
Sept.	344		24
Octubre	352		27
Nov.	353		18
Dic.	406		20
<i>1811</i>			
Enero	896		46
Febrero	458		27
Marzo	523		50
Abril	478		39
Mayo	471		51
Junio	482		52
Julio	504		47
Agosto	431		73
Sept.	447		40
Octubre	447		33
Nov.	374		17

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Dic.	353		17
<i>1812</i>			
Enero	316	178	13
Febrero	355	251	17
Marzo	375	290	23
Abril	373	369	17
Mayo	385	337	6
Junio	352	349	16
Julio	345	361	9
Agosto	360	314	13
Sept.	345	371	14
Octubre	338	360	11
Nov.	351	290	11
Dic.	268	316	20
<i>1813</i>			
Enero	253	151	13
Febrero	185	202	16
Marzo	335	304	16
Abril	250	268	29
Mayo	312	274	27
Junio	310	285	16
Julio	360	267	34
Agosto	247	337	40
Sept.	221	187	23
Octubre	243	236	18
Nov.	224	232	27
Dic.	208	182	23
<i>1814</i>			
Enero	385	213	41
Febrero	396	174	39
Marzo	532	182	50
Abril	644	232	66
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Sept.			

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Octubre			
Nov.			
Dic.			
<i>1815</i>			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril	434		72
Mayo	328	330	53
Junio	302	238	38
Julio	310	284	25
Agosto	268	262	18
Sept.	256	226	20
Octubre	245	241	14
Nov.	236	212	15
Dic.	182	205	16
<i>1816</i>			
Enero	234	189	20
Febrero	259	233	16
Marzo	287	266	25
Abril	268	245	22
Mayo	211	208	20
Junio	198	199	23
Julio	172	166	6
Agosto	147	130	16
Sept.	142	152	7
Octubre	180	148	15
Nov.	167	178	11
Dic.	269	226	14
<i>1817</i>			
Enero	227	208	19
Febrero	171	154	15
Marzo	178	169	11
Abril	189	161	17
Mayo	181	176	19
Junio	181	172	12
Julio	200	143	15

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Agosto	155	173	21
Sept.	221	170	13
Octubre	186	177	19
Nov.	204	174	18
Dic.	196	184	23
<i>1818</i>			
Enero	163		14
Febrero	157		17
Marzo	182		19
Abril	194		14
Mayo	152		21
Junio	144		16
Julio	197		20
Agosto	199		14
Sept.	212		26
Octubre	205		32
Nov.	194		26
Dic.	152		18
<i>1819</i>			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Sept.			
Octubre			
Nov.			
Dic.			
<i>1820</i>			
Enero	165		19
Febrero	167		20
Marzo	177		21
Abril	164		26
Mayo	216		23

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Junio	183		22
Julio	151		21
Agosto	156		23
Sept.	150		19
Octubre	206		11
Nov.	225		25
Dic.	189		18
<i>1821</i>			
Enero	187		12
Febrero	194		15
Marzo	196		18
Abril	187		19
Mayo	199		10
Junio	199		24
Julio	240		36
Agosto	277		19
Sept.	257		23
Octubre	304		20
Nov.	225	176	12
Dic.	211	157	22
<i>1822</i>			
Enero	230	185	22
Febrero	237	204	21

Mes	Ingresos	Salidas	Muertes
Marzo	189	192	22
Abril	205	168	18
Mayo	246	193	15
Junio	225	225	20
Julio	307	289	28
Agosto	322	252	26
Sept.	311	286	27
Octubre	294	265	31
Nov.	289	234	46
Dic.	287	275	51
<i>1823</i>			
Enero	298	221	57
Febrero	206	187	63
Marzo	261	179	65
Abril	260	226	59
Mayo	267	225	51
Junio	262		49
Julio	262		49
Agosto	238		56
Sept.	312		69
Octubre	302		100
Nov.	254		102
Dic.			

Fuente: AHJ, Libros de entradas y salidas. No. 19-42.

Referencias

Archivos consultados

- AGN Archivo General de la Nación. Ciudad de México.
- AHAG Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco.
- AHJ Archivo Histórico de Jalisco. Guadalajara, Jalisco.
- AMG Archivo Municipal de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco.
- ARAG Archivo de la Real Audiencia de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco.
- ASTJEJ Archivo del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco. Guadalajara, Jalisco.
- BPEJ Biblioteca Pública del Estado de Jalisco Juan José Arreola, Guadalajara, Jalisco.

Bibliografía

- Aceves Juárez, F. (1993). *La pintura mural de Gabriel Flores en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara*. Guadalajara: Ágata.
- Aceves Pastrana, P. (Ed.) A. D. Morales Cosme (2002). *El Hospital General de San Andrés: la modernización de la medicina novohispana (1770-1833)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (Colección: Biblioteca de Historia de la Farmacia).
- Anderson, R. (1983). *Guadalajara a la consumación de la Independencia: estudio de su población según los padrones de 1821-1822*. Guadalajara: Unidad Editorial, Gobierno de Jalisco.

- Ackerknecht, Erwin H. (1973). Medicina y sociedad en la ilustración, en P. Laín Entralgo (Dir.). *Historia Universal de la Medicina. Tomo V, Ilustración y Romanticismo*. Barcelona, España: Salvat.
- Argumaniz Tello, J. L. (2020). Enfermedades y síntomas más allá de las epidemias: las «otras causas de muerte» registradas en Guadalajara, 1762-1825, en C. Cramaussel y T. Dimas Arenas Hernández (Eds.). *Causas de muerte: aportes metodológicos a partir de fuentes preestadísticas y médicas*. Zamora: El Colegio de Michoacán, pp. 45-62.
- (2017-A). La epidemia de sarampión de 1825 en Guadalajara y las acciones de las autoridades ante la elevada mortalidad registrada, en C. P. Torres Franco y C. Cramaussel (Editoras). *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (siglos XVII-XX)*. Zamora: El Colegio de Michoacán, El Colegio de Sonora, pp. 101-120.
- (2019). Las epidemias y las medidas implementadas por las autoridades en Guadalajara, 1762-1825. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara, tesis de doctorado en Ciencias Sociales.
- (2017). La epidemia de 1814 en Guadalajara. Una aproximación para explicar la sobremortalidad por «fiebres» en la ciudad, en J. G. González Flores (Coordinador). *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia en la población adulta del siglo XVII al XIX*. Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuila, pp. 156-175.
- Arrom, S. (2011). *Para contener al pueblo: El Hospicio de pobres de la ciudad de México (1774-1871)*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Publicaciones de la Casa Chata.
- Becerra, C. G. y A. Solís Matías (1994). *La multiplicación de los tapatíos 1821-1921*. Zapopan: El Colegio de Jalisco, H. Ayuntamiento de Guadalajara.
- Bentham, J. (1980). *Panóptico*. México: Archivo General de la Nación, ARGENA.
- Cabrales Barajas, L. F. (2016). Carlos Nebel en Guadalajara: proyecto carcelario y representación paisajística del jardín botánico, en *Geocalli*.

- Cuadernos de Geografía*. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, año 17, núm. 34, julio-diciembre, pp. 24-46.
- Carbajal López, D. (2016). *Epidemias en el Obispado de Guadalajara. La muerte masiva en el primer tercio del siglo XIX*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de los Lagos.
- Cárdenas, C. (1999). *Aventuras y desventuras de la educación superior en Guadalajara durante el siglo XIX*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Castañeda, C. (2012). *La educación en Guadalajara durante la Colonia (1552-1821)*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- (1989). *Violación, estupro y sexualidad. Nueva Galicia 1790-1821*. Guadalajara, Jalisco: Hexágono.
- Castells, J. (1860). *Diccionario de medicina, cirugía, farmacia, medicina legal, física, química, botánica, mineralogía, zoología y veterinaria*. París: Librería de Rosa y Bouret.
- Cook, Sherburne F. (1982). El hospital del hambre de Guadalajara: un experimento de asistencia médica, en E. Florescano y E. Malvido (comp.). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Historia, tomo 1, pp. 355-366.
- (1982-A). La epidemia de viruela de 1797 en México, en E. Florescano y E. Malvido (comp.). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Historia, tomo 1, pp. 295-328.
- Coss y León, D. (2009). *Los demonios del pecado: sexualidad y justicia en Guadalajara en una época de transición (1800-1830)*. Zapopan: El Colegio de Jalisco.
- De la Mota y Escobar, A. (1966). *Descripción geográfica de los Reinos de Nueva Galicia, Nueva Vizcaya y Nuevo León*. Guadalajara: Instituto Jalisciense de Antropología e Historia, Colección de Obras Facsimilares I.
- De la Mota y Padilla, M. (1920). *Historia de la Conquista del Reino de la Nueva Galicia* escrita por el Licenciado Don Matías de la

- Mota y Padilla en 1742*. Guadalajara: Talleres Gráficos de Gallardo y Álvarez del Castillo.
- De Torrecilla, M. (1757). *Enciclopedia canónica, civil, moral, regular, y orthodoxa: Ilustrada con la explicación de todas las reglas del Derecho Canónico, y de las más celebres del Derecho Civil*. Madrid: Imprenta de los Herederos de la viuda de Juan García Infanzón.
- Diego-Fernández Sotelo, R. y M. Mantilla Trolle (estudio y edición) (2003). *La Nueva Galicia en el ocaso del imperio español. Los papeles de Derecho de la Audiencia de la Nueva Galicia del Licenciado Juan José Ruiz Moscoso, su agente fiscal y regidor del Ayuntamiento de Guadalajara, 1780-1810*. Vols. I y II, Zamora: El Colegio de Michoacán, Universidad de Guadalajara.
- Donoso, J. (1852). *Instituciones de Derecho Canónico Americano*, París: Librería de Rosa, Bouret y Cía.
- Dorta, Enrique M. (1936). El Hospital de Belén, en Guadalajara, en *Arte en América y Filipinas*. Sevilla: Cuaderno 2, Universidades de Sevilla y México, pp. 124-144.
- Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana Espasa Calpe*, Madrid, Barcelona: S.A. Editores (1910), vol. VII.
- Esteyneffer, J. D. (1712). *Florilegio Medicinal de todas las enfermedades, sacado de varios, y Clasicos Autores, para bien de los pobres, y de los que tienen falta de medicina, en particular para las Provincias Remotas, en donde administran los RR PP Misioneros de la Compañía de Jesus*. México por los Herederos de Juan Joseph Guillena, Carrascoto, en el Empedradillo.
- Fajardo Ortiz, G. y G. Fajardo Dolci (2001). La cirugía, en M. E. Rodríguez Pérez y X. Martínez Barbosa (Coord.). *Medicina Novohispana siglo XVIII, Historia General de la Medicina en México Tomo IV*. México: Academia Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 201-205.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica (Colección Breviarios 191).
- (1984). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

- (1978). Incorporación del hospital a la tecnología moderna. *Educación Médica y Salud*. OPS, número 1, volumen 12.
- Gálvez Ruiz, M. Á. (1996). *La conciencia regional en Guadalajara y el gobierno de los Intendentes (1786-1800)*. Guadalajara: Unidad Editorial, Gobierno de Jalisco.
- García de la Concepción, J. (1723). *Historia bethlehemita vida ejemplar y admirable del venerable siervo de Dios y Padre Pedro de San Joseph Betancur fundador del regular instituto de Bethlehem en las indias occidentales*. Sevilla: Imprenta de Libros en las Siete Revueltas.
- Gispert, C. (Director) (2003). *Diccionario de medicina*. Barcelona: Océano.
- Guerra Figueroa, S. E. y Gómez Romero, K. Y. (2020). Actualización en lepra: epidemiología, fisiopatología, clasificación, diagnóstico y tratamiento, en *Crea Ciencia*, Revista editada por la Dirección de Publicaciones de la Vicerrectoría de Investigación y Vinculación de la Universidad Evangélica de El Salvador, vol. 13 núm. 1, pp. 32-43.
- Huerta Jaramillo, A. M. D. (2001). La cirugía y sus instrumentos en el Real Hospital de San Pedro de Puebla. 1796-1826, en A. C. Rodríguez de Romo y X. Martínez Barbosa (Coordinación y edición), *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 99-111.
- La Biblia*. España: xv edición, Verbo Divino (1995).
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Márquez Morfín, L. (2015). La sífilis y su carácter endémico en la ciudad de México, en *Historia Mexicana*, vol. 64, no. 3 (255), pp. 1099-1161. DOI: <https://doi.org/10.24201/hm.v64i3.3000>
- Martínez Barbosa, X. (2001). El Hospital de San Andrés, en M. E. Rodríguez Pérez y X. Martínez Barbosa (Coord.), *Medicina Novohispana siglo XVIII, Historia General de la Medicina en México Tomo IV*. México: Academia Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 499-509.
- Martínez Hernández, G. (2014). *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Consolidación de los modelos institucionales y académicos*. Mé-

- xico: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas.
- Menéndez Valdés, J. (1980). *Descripción y Censo General de la Intendencia de Guadalajara 1789-1793*. Guadalajara: México, Unidad Editorial, Gobierno de Jalisco.
- Méndez Fausto, I. E. (2009). *El núcleo médico funerario del Hospital Civil siglos XVIII y XIX*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Mendoza López, M. (1897). Causas más comunes de la mortalidad de los niños en Guadalajara. Memoria presentada al Tercer Congreso Médico Mexicano celebrado en Guadalajara en los días 7, 8, 9 y 10 de julio de 1897, Guadalajara: Tipo-Lit. y Enc. de J. M Yguíniz.
- Moreno Toral, E. (1995). Estudio social y farmacoterapéutico de la lepra: El Hospital de San Lázaro de Sevilla (S. XIII-XIX). Sevilla, España: Universidad de Sevilla, Facultad de Farmacia, Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias, Memoria presentada para optar al grado de Doctor.
- Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España, Tomo I Fundaciones del siglo XVI*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Cruz Roja Mexicana.
- Oliver Sánchez, L. (2016). Crisis demográficas y epidemias, en T. Calvo y A. Regalado (coords.). *Historia del Reino de la Nueva Galicia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 647-680.
- (1992). *El Hospital Real de San Miguel de Belén, 1581-1802*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- (1997). Mortalidad y los registros hospitalarios en Guadalajara durante el siglo XVII, en C. G. Becerra (comp.). *Los occidentes de México (siglos XVI-XIX) El archivo: instrumento y vida de la investigación histórica*. Guadalajara: Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, El Colegio de Michoacán, pp. 453-466.
- (1992-A). *Los betlemitas y la construcción de la nueva «fábrica» para el Hospital Real de San Miguel de Belén, Guadalajara 1787-1794*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

- (2003). *Salud, desarrollo urbano y modernización en Guadalajara [1797-1908]*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- (1986). *Un verano mortal. Análisis demográfico y social de una epidemia de cólera: Guadalajara, 1833*. Guadalajara, Jalisco: Gobierno de Jalisco, Secretaría General, Unidad Editorial.
- Olveda, J. (2011). *De la Insurrección a la Independencia. La guerra en la región de Guadalajara*. Zapopan, Jalisco: El Colegio de Jalisco.
- Rosas-Santiago, F. J. (2016). Estudios sobre la Enfermedad Mental Crónica: Una Revisión, en *Salud y Administración*. Revista editada por la Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca, México: Vol. 4, Núm. 9, pp. 25-30.
- Pestoni Porvén, C., F. L. Lado Lado, A. Cabarcos Ortiz de Barrón, D. Sánchez Aguilar (2002). Sífilis: perspectivas terapéuticas actuales, en *Anales de Medicina Interna*. Madrid: Aran Ediciones, S. L., Vol. 19, Núm. 2, pp. 89-95.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner, Fondo de Cultura Económica.
- Ramírez Ortega, V. (2010). *El Real Colegio de Cirugía de Nueva España, 1768-1833. La profesionalización e institucionalización de la enseñanza de la cirugía*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Serie Los cirujanos en la Nueva España ¿Miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica? IX.
- (2010-A). La enseñanza de las profesiones médica y quirúrgica hacia el final del régimen colonial, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 48 núm. 2, pp. 159-162.
- y C. Viesca (2010). La cirugía del fin del régimen colonial a la conformación del México independiente, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 48 núm. 5, pp. 503-508.
- Ramos Escobedo, A. (2005). *El manicomio del Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara, 1794-1905*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

- Reynoso Bazúa, A. (2016). Comer para sanar: alimentación y medicina en Nueva Galicia, siglo XVIII, en *Relaciones, Estudios de Historia y Sociedad*. Zamora: El Colegio de Michoacán, vol. 37, núm. 146, pp. 47-81. <https://doi.org/10.24901/rehs.v37i146.7>
- Rodríguez-Sala, M. L. (2005). *Los cirujanos del ejército en la Nueva España (1713-1820), ¿miembros de un estamento profesional o una comunidad científica?* México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Medicina.
- Sacristán, M. C. (1992). *Locura e inquisición en la Nueva España, 1571-1760*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1994). *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*. Zamora, Michoacán: El Colegio de Michoacán, Instituto Mora.
- Salas Pelayo, H. H. (2018). El funcionamiento y dinámica interna de las salas de enfermos del Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara durante el periodo 1797-1799, en *Letras Históricas*, núm. 18, pp. 63-92. DOI: 10.31836/lh.18.6734
- (2020). Entre la insurgencia y las enfermedades venéreas: la organización hospitalaria en Guadalajara, 1811-1823, en *Historia Mexicana*, vol. 69, núm. 4 (276), pp. 1431-1492. <https://doi.org/10.24201/hm.v69i4.4050>
- (2020-A). Las causas de muerte registradas en el Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara, 1811-1823, en C. Cramaussel y T. D. Arenas Hernández (editores), *Causas de muerte: aportes metodológicos a partir de fuentes preestadísticas y médicas*. Zamora: El Colegio de Michoacán, pp. 129-143.
- Sánchez Cerezo, S. (1992). *Diccionario Enciclopédico Santillana*. Madrid: Santillana.
- Sánchez Granjel, L. (1973). La anatomía en España, en P. Laín Entralgo (Dir.). *Historia Universal de la Medicina. Tomo V, Ilustración y Romanticismo*. España: Salvat, pp. 37-43.
- (1979). *La medicina española del siglo XVIII*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Sánchez Uriarte, M. del C. (2015). *Entre la misericordia y el desprecio: los leprosos y el Hospital de San Lázaro de la ciudad de México, 1784-1862*. Mé-

- xico, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas.
- Santoscoy, A. (1984). Historia del Hospital Real de San Miguel en la época Colonial. *Obras completas*, Guadalajara: Unidad Editorial, Gobierno del Estado de Jalisco.
- Somolinos d' Ardois, G. (1980). *Historia de la medicina*. México: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- (1982). La viruela en la Nueva España, en E. Florescano y E. Malvido (comp.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Historia, tomo 1, pp. 237-248.
- Van Young, E. (1989). *La ciudad y el campo en el México del siglo XVIII. La economía rural de la región de Guadalajara, 1675-1820*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Viesca, C. (2001). La práctica médica oficial, en M. E. Rodríguez Pérez y X. Martínez Barbosa (Coord.). *Medicina Novohispana siglo XVIII, Historia General de la Medicina en México Tomo IV*. México: Academia Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 195-200.
- Viveros Ríos, O. (1999). Las prácticas y los saberes de los médicos en el siglo XIX (Guadalajara 1839-1888). Guadalajara: Tesis de Maestría en investigación en Ciencias de la educación, Universidad de Guadalajara.
- Zarate Weber, D. (2022). *El proyecto radial del nuevo Hospital Real de San Miguel de Belén en Guadalajara, México (1751-1760)*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (Centro Universitario de Arte, Arquitectura y Diseño).

*Entre sífilíticos, locos y leprosos. Estudio médico y social
de las enfermedades estigmatizadas y registradas en el
Hospital de San Miguel de Belén, Guadalajara, 1794-1823*

se terminó de editar en septiembre de 2025

en Editorial Página Seis, S.A. de C.V.

Lorenzo Barcelata 5105, Paraíso Los Pinos

45239, Zapopan, Jalisco.

Se editó 1 ejemplar digital.

Imagen de portada: *La historia de la medicina* (fragmento),
mural de Gabriel Flores, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Diagramación y corrección: Felipe Ponce.

El Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara constituye una fuente invaluable para el estudio de la salud y la enfermedad en la etapa final de la época colonial. A través de sus libros de registro, esta obra examina las condiciones médicas y sociales que enfrentaron los enfermos de sífilis, lepra y padecimientos mentales, considerados en su tiempo como males incurables, vergonzosos y objeto de exclusión social.

El análisis se apoya en la historiografía de Lilia Oliver Sánchez y en los planteamientos teóricos de Michel Foucault respecto al internamiento y al denominado «gran encierro». Con base en estos marcos, el trabajo identifica la doble función del hospital: por un lado, como espacio de asistencia espiritual y médica; por otro, como institución de control y reclusión.

El estudio permite comprender cómo las enfermedades estigmatizadas fueron registradas, clasificadas y confinadas en un contexto marcado por la influencia de la Iglesia, la caridad cristiana y la necesidad del Estado ilustrado de mantener el orden social.

Se trata de una investigación que contribuye a la historia de la medicina y de la salud pública en Guadalajara, al tiempo que ofrece nuevas perspectivas sobre la relación entre enfermedad, cultura y poder en el tránsito del siglo XVIII al XIX.