

PROVISIÓN DE CUIDADO EN SANTA FE DE BOGOTÀ DESDE 1800 A 1840: RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Bleidy Constanza Albarrán Bonilla, Yeimy Constanza Nossa Zea

Universidad el Bosque, Facultad de Medicina, Maestría en salud pública, Bogotá.
Colombia

Resumen

La provisión de cuidado durante el periodo de descolonización en Santafé de Bogotá Colombia, involucró diferentes situaciones que propiciaron la instauración de procesos, en torno a lo que hoy conocemos como la atención en salud y la institucionalización del cuidado. La revisión documental hecha de la fuente primaria mostró que, a la luz del mantenimiento del movimiento independentista, el compromiso del Estado era mínimo en lo referente a la disposición de los recursos y de personal entrenado en el acto de curar y cuidar. De allí, que las comunidades religiosas que hacían presencia en la época dispusieran de sus conocimientos, destrezas y herramientas para la atención de enfermos y heridos en combate. En este sentido, el valor de la salud y la vida, no se limitó a un concepto religioso. Por el contrario, dispuso de la formación y rigurosidad que la labor demanda, en sus mismos integrantes y en personal ajeno. Si bien, el desarrollo de la salud pública en el país se registra en el siglo XX, es cierto afirmar que desde el siglo anterior los procesos desarrollados en torno a la preservación de la salud, involucraron la puesta en marcha de acciones que en la actualidad se encuentran vigentes y se vinculan a la atención institucionalizada, a la formación académica en el área, a la definición de políticas públicas, y a las condiciones del contexto, entre otras.

Palabras clave: Provisión, cuidado, hospitales

Care provision in Santafe de Bogotà from 1800 to 1840: relevance for public health

Abstract:

The provision of care during the period of decolonization in Santafé de Bogotá Colombia, involved different situations that fostered the establishment of processes surrounding what we nowadays refer to as health care and care institutionalization. The documental review done of the primary source revealed that, in light of the maintenance of the independency movement, the State commitment was minimal in regards to the provision of resources and trained personnel for the act of curing and caring. Hence, the religious communities present at the time made their knowledge, skills and tools available for the care of those sick and wounded in combat. In this respect, the value of life and health was not limited to a religious concept. Instead, it provided the training and rigorousness demanded by the task, both in its

own members as well as in external personnel. Although the development of public health in Colombia occurred in the 20th century, it is correct to state that, starting in the preceding century, the processes related to the preservation of health involved the initiation of actions, which are still ongoing to this day and are connected to institutional care, educational training in the field, definition of public policies, and context conditions, among other aspects.

Keywords: Provision, care, hospitals

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el hombre ha buscado incansablemente dar respuesta a la dinámica del proceso salud-enfermedad, con el fiel propósito de contribuir a la mejora individual y colectiva en lo que compete a la continuidad de la vida. Desde la salud pública, es esencial conocer los factores que proporcionaron los primeros fundamentos para la consecución de políticas, donde se identificó que la mala salud, podría traer las peores consecuencias en la población más vulnerable. Bajo la historia, se logra establecer situaciones que repercuten sobre el bienestar, el control de enfermedades, la promoción de la salud, el saneamiento, la higiene y la organización de servicios. Es allí, donde las prácticas relacionadas con la provisión de cuidado, integran una nutrida panorámica frente al abordaje de distintas enfermedades, dentro de un contexto social, político, económico y cultural de cada época (Moreno *et al.*, 2017).

El planteamiento del problema de investigación radica en la carencia de estudios y registros que moldean la historia, sobre la atención en salud a inicios del siglo XIX en la ciudad de Santafé de Bogotá. A partir de lo anterior, se darán a conocer las instituciones, métodos de tratamiento y cuidadores involucrados en la asistencia sanitaria, para dar respuesta a las necesidades de la población, ante las consecuencias de la guerra, propagación de epidemias o morbilidad en general. Se destaca, el poder de las congregaciones religiosas, la influencia extranjera frente a la medicina y el bajo interés por enunciar las conquistas del restablecimiento de la salud, como proceso de victoria en la época de descolonización. En coherencia con los vacíos de conocimiento existentes, se identificó y reconoció la relevancia que tuvo la provisión de cuidado para la salud pública, a través de la descripción detallada de los hechos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión documental cuyos resultados fueron analizados desde la historia social. La localización de la fuente primaria se llevó a cabo en diferentes lugares: Órdenes religiosas, bibliotecas, museos, Archivo General de la Nación y otras organizaciones, que albergaban conocimiento sobre el área de estudio. La tipología de la fuente correspondió a: cartas, registros hospitalarios, prensa, memorias, artículos, libros, imágenes, entre otros.

Para mantener el rigor metodológico en el estudio procedimos a implementar criterios de inclusión de la fuente primaria, que para este caso indicó, que estas debían exponer información histórica sobre la provisión de cuidado y la atención en salud en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, llevadas a cabo en el periodo de descolonización. Se excluyeron las fuentes terciarias por la poca validez que registran.

Una vez identificada la fuente primaria se procedió con la verificación de su conservación, ya que este aspecto fue clave para poder generar el análisis requerido, elaboración de relaciones temáticas y de esta forma aportar a la construcción del conocimiento histórico.

RESULTADOS

La estructura conceptual del estudio abarca la provisión del cuidado dentro de cinco categorías relacionadas conforme a los hallazgos y criterios definidos, los cuales se describen a continuación:

Se identificó que la provisión de cuidado se estructuró desde cinco aspectos esenciales, ellos son: *las instituciones de salud, los roles de los cuidadores, los métodos de tratamiento, las condiciones sanitarias existentes y las circunstancias relevantes para la salud pública.*

El primero de ellos, tuvo que ver con **las Instituciones de salud** de la época y la disposición de recursos para cuidar a los enfermos. Entre ellas se destacaron los Lazaretos y los Hospitales de las provincias de Casanare, Leiva, Tunja, Pamplona y Bogotá. La inversión de los recursos se orientaba a la mejora de las condiciones de las instituciones existentes y, por tanto, no era conveniente generar otros (Silva F.A., 1819).

El gobierno de la época instauró que, en el marco de la atención hospitalaria, existieran intendentes que fueron denominados mayordomos, quienes tenían como función administrar los gastos. No obstante, se evidenció la inadecuada gestión, debido a que dejaban a la institución sin recursos suficientes para atender la alta demanda (Anónimo, 1826). Por otra parte, el subsidio del Estado era escaso y los inquilinos no realizaban contribución al pago de las atenciones médicas, razón por la cual, los religiosos hospitalarios recurrieron a colectas de contribuciones voluntarias para la manutención de los hospitales (Uscategui, 1815).

El pago de las atenciones para el caso de las hospitalidades de los militares enfermos como defensores de la patria, guardias nacionales, artillería, infantería, patriotas y maestranza, se realizaba del tesoro público (Bonilla, 1813). El Procurador General pagaba a los Frailes con la moneda de la época (pesos, reales y cuartillos), bajo la regulación del pago de la estancia

hospitalaria a cargo de la real hacienda, correspondiente a dos reales y medio por cada soldado (Anónimo, 1758-1871).

Sobre *los roles de los cuidadores*, se encontró que en el año de 1808 se contaba con solo un médico titular para la Casa de Misericordia en Santafé, el cual atendía a cerca de 300 enfermos “tanto de día como de noche”, sin poderse separar ni un momento del hospital. Adicionalmente daba cátedra y velaba por otros enfermos de la ciudad. La confianza por cuenta de los religiosos estaba en los facultativos (médicos) con experiencia (Benjamec, 1808).

A solicitud del gobierno en 1820, la Orden de San Juan de Dios asignaba prelados (religiosos) preparados en cirugía, medicina y administración de santos sacramentos, para la asistencia de las tropas (Amaya F. L., 1820). De igual forma, se amparaba el rol de los enfermeros, entendido como vocación y servicio adquirido en el contacto con enfermos en los claustros y las enfermerías (Anónimo, 1826). Posterior a esta época, el Hospital Militar de Santa Librada, referenció roles específicos para la provisión de atención de los enfermos (cirujano, practicante de farmacia, practicante de medicina, practicante de cirugía, enfermero mayor, ropero, cabos de sala, cabos de ración, cocineros, asistente, caballería y artillería) (Anónimo, 1830).

La Sociedad denominada Amigas Hospitalarias, en 1827 tomo votos atribuibles al cuidado de la salud en una visita realizada a la Orden de San Juan de Dios. De allí que, debían proporcionar limosnas voluntarias mensuales, el platillo hostiario en cada semana, ejecutar visita de aseo a las enfermerías, saludar y consolar a los enfermos e identificar las necesidades hospitalarias (Anónimo, 1827). También definieron una rutina diaria para la atención a los pobres y enfermos, con horarios de limpieza, alimentación, ronda médica, oración y administración de los sacramentos, que acompañaron los enfermeros para la indicación de medicamentos y dieta (Plata, 1802).

Durante el Virreinato en la ciudad de Santafé en 1811, la Orden de San Juan de Dios, impartía *enseñanza* a través de cátedras de medicina dirigidas a sus religiosos (Amaya M. d., 1811). Para el año 1815, el Reverendo Padre Provincial de la misma orden, destinó una sala en el convento para llevar a cabo disecciones de anatomía como parte de la ilustración y adelantamiento de los estudiantes de la misma facultad (García F., 1815). Hay evidencia en 1823, de la preparación educativa por cuenta de un enfermero mayor, a los priores novicios de la orden, para ejercer asistencia de cuidado a los enfermos. Después de prepararse y recibir la titulación, eran designados en ciudades específicas para brindar el servicio (Amaya F. L., 1826).

La provisión del cuidado de la salud contaba con la adquisición de fundamentos científicos y destrezas metódicas. La idoneidad en el ejercicio de esta suscitaba la necesidad de la formación previa, haciendo uso de herramientas prácticas para el aprendizaje, siendo algunas discutidas para la época actual dentro de los derechos humanos, como es el caso de los esclavos. Los mentores eran en su mayoría religiosos o médicos cirujanos extranjeros con la plena convicción de establecer una enseñanza, basada en la vocación de servicio y la fe cristiana.

Los métodos de tratamiento exponen la existencia de registros de provisión de cuidado. Entre ellos, se encontró el cuaderno relatorio de medicamentos, denominado “cuaderno del practicante”. Cuyo contenido relacionaba las anotaciones de enfermería de mujeres del Hospital de Caridad”, y en el cual se consignaban las atenciones desde el primer día del mes, visitas a los enfermos y la fórmula de medicamentos que se prescribía a cada persona. Los registros eran organizados por fechas, tenían asignación numérica y la definición de cuidados, como la realización de baños de asiento, de curaciones, administración de purgantes, de belladona, de morfina, etcétera (Anónimo, 1706-1862).

Las prescripciones de los planes de dieta se elaboraban acorde con la enfermedad y a la evolución del enfermo; se clasificaban en dieta rigurosa, de media convalecencia, dieta de convalecencia entera y ordinaria. El ingreso de visitas a los enfermos era restringido y autorizado por el Reverendo Padre, en respuesta a que generalmente se ingresaban alimentos y bebidas como “el aguardiente y la chicha”, que perjudicaban la salud de los convalecientes (Anónimo, 1758-1871).

En 1802 un Prior del convento Hospital de San Juan de Dios, indicó sobre los métodos de curación que implementaban los médicos en el hospital, puesto que pareciera que siempre estuviera más expuesta al “perjuicio que a alivio de los enfermos”. Entre las causas asociadas, se identificó que los profesionales aplicaban diferentes conceptos sobre una misma curación. Cada médico, dictaminaba los medicamentos que pocas veces eran similares, situación que generaba confusión, pérdida de medicamentos por la sustitución de otros y atrasos para la atención a la gran cantidad de enfermos.

La separación de salas para cada enfermedad no era posible, por la estrechez de la infraestructura y la cantidad de enfermos. El número de enfermos aumentaba cada día, lo que dificultaba poder brindar socorro, dado que era el único asilo de la República en más de 40 “leguas”. En las “salas de curación” los médicos fijaban horas para las visitas, dado que, si todos eran asignados a la misma hora, no sería posible atender a todas las solicitudes por el corto número de ministros asistentes. Si los médicos variaban la hora de sus visitas, se eran consumidas las horas de la mañana y no había tiempo para preparar los medicamentos recetados, distribuirlos, formar el plan de alimento y repartirlo, se dificultaba el orden y en la práctica sería difícil el desempeño (Anónimo, 1802).

Para el año 1815 el botiquín se empleaba con el propósito de curar a las tropas bajo la responsabilidad de un cirujano. Su contenido correspondía a extracto de apio, mercurio dulce, tártaro emético, alumbre de roca, cardenillo, varas de Bretaña para vendas, paños para la cabeza, entre otros (García M., 1815). Para el año de 1825 se menciona la expedición de certificados médicos, en los que se indicaban las restricciones sobre las actividades que pusieran en riesgo la recuperación de los enfermos. Don José Celestino Mutis, presbítero, profesor de medicina y director de la Real Expedición Botánica, tenía la facultad de emitir certificaciones para excusar a quienes, por sus quebrantos de salud, no podían emprender viajes largos. Lo anterior, dada la predisposición frecuente a enfermedades y epidemias, así como la concepción de la influencia del clima, sobre la evolución de las enfermedades (Anónimo, 1758-1871).

Las condiciones sanitarias existentes, dieron camino al nombramiento de un decreto en Santafé de Bogotá el 25 de septiembre de 1802, en el que se indica llevar los cadáveres de los que mueren de viruela a las puertas de las iglesias, dando pronto aviso del fallecimiento a los comisionados o al alcalde del barrio. De inmediato, la comisión se disponía a transportarlos al cementerio, para darles sepultura (Anónimo, 1802). En 1814, el levantamiento de los cadáveres que permanecían en las calles estaba a cargo de la Orden de San Juan de Dios (Fernando, 1814). En 1838, en el Hospital de la Caridad, se realizaban autopsias y se tenía destinado un sitio específico para ello, con el fin de determinar la causa o el diagnóstico del fallecimiento. Posterior a este estudio, los cadáveres se disponían en el cementerio por cuenta del sepulturero (Herrera, 1838).

Las condiciones del Hospital de la Caridad en el año 1838 mostraban diferentes problemáticas, entre las que se mencionan, la mala calidad de la comida, la atención de enfermos en el suelo sin medir las consecuencias de la frialdad de los ladrillos, la falta de higiene en colchones y los paños de abrigo, la falta de ventilación en las habitaciones, humedad y filtraciones de agua por todas partes (Anónimo, 1838).

En torno a ***las circunstancias relevantes para la salud pública***: El 9 de julio de 1802, se dictan las recomendaciones para la inoculación de la vacuna contra la viruela. Estas fueron:

- “1. La inoculación solo podía ser ordenada por los médicos reconocidos por la autoridad pública.*
- 2. Las personas pobres eran inoculadas únicamente en los hospitales donde podían atender la enfermedad.*
- 3. Máximo se inoculaban 2 personas por tienda, a fin de evitar las malas resultas de la concurrencia de muchas personas enfermas al tiempo en un espacio reducido.*
- 4. No se inoculaba a personas que habitaban con enfermos de viruela natural, a menos que fueran ubicados aparte y según su condición de salud de acuerdo con el dictamen médico.*
- 5. Tenían que controlar la cantidad de vacunados respecto a la cantidad de médicos para su atención, como una medida prudente en beneficio de la salud pública.*
- 6. Para facilitar la vacunación cada médico contaba con 2 sangradores, quienes recibían pago por su trabajo.*
- 7. No se permitía enterrar a los muertos por viruela en las iglesias, por sus ambientes fríos y húmedos, con el fin de evitar una peste más grave.*
- 8. Se exigía la limpieza de las calles, no botar (basura, escombros, inmundicias o animales muertos) para disminuir la malignidad de la epidemia.*
- 9. Se mencionan experimentos de inoculación de la vacuna, de las viruelas que padecían las vacas” (Alba, 1802).*

En 1803 llega a Cartagena la Real Expedición de la Vacuna Contra la Viruela, con los niños inoculados para la propagación de la misma”. Los niños “vacuníferos” eran usados para el transporte del virus vivo, debido a que eran más resistentes que los adultos. La técnica utilizada era llamada “lanceta infectada”, donde se realizaba una incisión en las vesículas de la piel generadas por la viruela, con el fin de ser inoculadas a la población. Se había intentado enviar la vacuna con suero desecado entre dos cristales y sellado con parafina, pero siempre

había llegado inservible (Ángulo, E. 2014). La vacunación era considerada como un servicio sin remuneración alguna.

Las enfermedades que más aquejaban a la población durante la época de estudio se atribuían a las del género inflamatorio, dolores recortados, anginas, reumatismo y catarrales. Se consideraban endémicas las enfermedades “hipocondriacas, obstructivas e hidropesías” (Anónimo, 1758-1871). Las consecuencias de la guerra de independencia estaban alrededor del derrame de sangre, el secuestro, la muerte y la mendicidad. Para los fieles, la Fé jugaba un papel importante en la superación de estas situaciones, razón por la cual, fueron expuestas al Santo Padre, por medio de una carta en 1823, con intención de intercesión divina (Bohórquez M., 1823).

Se suma a este aspecto que *“la medicina se convirtió en una profesión respetable y los médicos adquirieron un poder considerable en la sociedad. Ellos estuvieron en condiciones de regular comportamientos, definir conductas como normales o patológicas y establecer normas para el conjunto de la población”* (Obregón, 2002, p. 162). El médico de la época consideraba que la salud del Estado dependía de la cantidad de población y la capacidad para atenderla. Este planteamiento se basó en la multiplicación de los médicos, los boticarios, laboratorios, teatros anatómicos y los jardines botánicos. Bajo esta perspectiva, se dejó a un lado la opinión de otras disciplinas (Valerio, 1815).

DISCUSIÓN

La prioridad del gobierno de la época, respecto a la asignación de recursos para la atención en salud, se limitaba a la asistencia de los militantes heridos por la guerra. Esta circunstancia, dejaba desprotegida a la mayoría de la población que no contaba con la capacidad de pago, por los servicios hospitalarios recibidos. El sostenimiento de las instituciones proveedoras del cuidado de la salud, se basaba principalmente en la caridad de los fieles y las colectas voluntarias, por cuenta de los religiosos, pues era una práctica común entregar bienes en vida a la iglesia para la salvación de las almas en el cielo. La organización y la formación de los hospitales estaban a cargo de los obispos, quienes disponían de sus propiedades donando sus terrenos y casas, que adecuaban para la atención de los enfermos.

De allí, que en el año 1819, se dispuso de arquitecturas denominadas claustros, los que servían como colegios, conventos, hospitales y guarniciones militares (Faizal, 2020). De esta forma, es de resaltar, la contribución de las comunidades religiosas como pioneras frente al desarrollo de la provisión del cuidado. Situación que en la actualidad ha sido modificada, en sentido que las comunidades fundadoras de estas instituciones hoy no desempeñan muchos de los roles, encontrados en este estudio. Por el contrario, la labor gerencial es desarrollada por personas ajenas a las comunidades.

Desde hace más de 200 años, ya se describen procesos de asignación de salarios para cada proveedor, que ejercía su servicio en el restablecimiento de la salud. En ese entonces, se tenían determinados procesos organizacionales en torno a la distribución de actividades

hospitalarias como la revista médica, la administración de medicamentos, las curaciones, la instauración de la dieta y las visitas, con el fin de mantener el debido control administrativo.

Varias de los procesos organizacionales para la atención de enfermos al interior de los hospitales, conservan algunos rasgos del pasado. El registro del tratamiento por cada enfermo, la definición de horarios para la alimentación y las curaciones, y las visitas a los convalecientes, son procesos que se han mantenido en el tiempo. Por otra parte, se contemplaban medidas salubristas como el aislamiento de los enfermos para el control de epidemias. Sin embargo, para la época no se disponía de la infraestructura idónea para cumplir con ese propósito, en relación con el elevado número de personas que acudían a dichas instituciones.

Cabe resaltar que el acceso a la educación de ese entonces era un privilegio de pocos, generalmente del sexo masculino de clases altas, quienes tenían la posibilidad de adquirir la habilidad de la lectura y la escritura. Dada esta circunstancia, los escritos se limitaban a figuras que pertenecían a instituciones políticas, religiosas y de la alta sociedad. Desde el punto de vista intelectual, sólo unos pocos sabían leer. En cuanto a las masas -*criollos pobres, mestizos, etcétera*- las escuelas eran escasas, mal dotadas y peor servidas. Únicamente los hijos de los grandes comerciantes, de los hombres de negocios y de los funcionarios públicos podían recibir alguna educación, aunque elemental. En los colegios se les enseñaba latín, la lengua de las ciencias eclesiásticas, la medicina y el Derecho civil y canónico (Ahern, 1991), hecho que masificó el poder en estos círculos sociales.

Ante la diferencia de conceptos por parte de los tratantes de la época, que generaban un desbalance en la continuidad de los planes de atención y desarticulación en el uso de los recursos disponibles, surge la necesidad de contar con un método, dentro del quehacer de una disciplina, como sustento teórico sobre resultados efectivos. Partiendo de este hecho, en la actualidad se han desarrollado diferentes guías de manejo y protocolos de atención basadas en la evidencia, que pretenden unificar y orientar los procesos del cuidado. El método clínico es una secuencia ordenada de pasos dirigidos al paciente y como ayuda al proveedor de salud en la búsqueda y aproximación a una situación en salud que permite la toma de decisiones (Arias et al., 2019).

Diferentes problemáticas referentes a las condiciones sanitarias aquejaban a la población durante el periodo de la descolonización. Una de ellas fue el manejo de los cadáveres en el que, a pesar de las repercusiones a nivel de la salubridad, no se contemplaron medidas técnicas más robustas que mitigaran el impacto sobre la población, con relación a su disposición oportuna, y dejando este proceso en manos de los religiosos. Otro aspecto relevante, fue la falta de garantía de un ambiente que dispusiera de condiciones básicas de higiene a nivel hospitalario, escenario que podía repercutir en la recuperación del estado de salud de quienes allí recurrían para ser atendidos.

El crecimiento del hospital no acompañó el crecimiento de la población. La estructura física del hospital estaba cayendo en deterioro, amenazando la salubridad de la ciudad, pues los

enfermos adquirirían enfermedades vinculadas con la atención en salud, producto de la mala distribución de los pacientes y de la higiene del hospital. Las aguas que servían al hospital se mezclaban con las de los habitantes sanos de la ciudad. (Faizal, 2020).

El servicio médico durante las guerras de Independencia de Colombia fue realmente crítico debido al ambiente de confrontación militar. En términos reales, la cantidad de heridos y enfermos en campaña desbordó las posibilidades de atención, lo cual explica las altas tasas de invalidez y morbilidad. Fueron años en los que se aplicaron paliativos de emergencia, muchos de ellos improvisados y basados en alternativas curativas de acuerdo con los medios disponibles (Pita, 2019 p.190). Se da inicio al estudio de la frecuencia, distribución y factores asociados a la dinámica de la ocurrencia de enfermedades. De igual forma, se precisan determinantes que podían incidir en la salud, como las consecuencias que deja la guerra.

Antes del incursionamiento de la vacuna, se registraban alrededor de 3.000 fallecidos, de los 15.000 habitantes de Santa Fe de Bogotá, durante el brote de 1785. Poco tiempo después, en el brote de 1802, gracias al método del variolización (paso del material varioloso de unos niños a otros, a través de hilos de algodón retorcido empapados en la “materia de las viruelas”), la cantidad de personas fallecidas no superó las 300. Durante la epidémica de 1802 y dada la ineficacia del proceso, tras consultar con el Consejo de Indias, el Rey Carlos IV decretó la vacunación obligatoria (Moreno & Moreno, 2020).

De este modo, una de las medidas sanitarias más importantes del periodo de estudio, fue la vacunación, como medida de control sobre la epidemia. Para ejecutarlo de forma masiva, fue necesario tener un plan de manejo, en el que se determinó contar con la disponibilidad de personal idóneo para realizar el procedimiento, y responder institucionalmente en el abordaje de las reacciones postvacunales y en las prácticas de aislamiento, con el fin de evitar el desborde en la capacidad de atención.

En la actualidad el Gobierno es quien debe garantizar el derecho a la salud universal en términos de cobertura y disponer del presupuesto nacional para su financiación. El sistema de salud colombiano desde la Ley 100 de 1993, tiene como interés principal la cobertura universal, la calidad en el servicio y equidad para los usuarios. La afiliación al sistema es obligatoria y la financiación deriva de recursos públicos y del sector privado (Suarez, et al.,2017). No obstante, la infraestructura, la distribución del talento humano continúan siendo insuficientes, o no responden plenamente a las necesidades actuales de las personas.

CONCLUSIONES

Durante el periodo de la descolonización, ocurrieron diferentes sucesos que impactaron la salud de las poblaciones, como la guerra, presencia de patógenos o las inadecuadas condiciones de vida, donde se hizo necesario entender estos fenómenos, como generadores

en gran manera de morbimortalidad. Es así, que se empezó a trabajar desde los conceptos etiológicos propios de la ciencia, para intervenir sobre los mismos, e implementar medidas preventivas como el aislamiento, la vacunación o la higiene. Se identifican acciones institucionales, para la atención de enfermos, con la determinación de recursos y métodos ajustados a la no maleficencia en la atención.

El desarrollo de este estudio rescata y expone algunos de los primeros fundamentos en salud pública en Colombia. Sobresale el control de la viruela, el manejo de cadáveres, implementación de procesos hospitalarios, formación académica a cuidadores y métodos de aislamiento para evitar la propagación de enfermedades. Por otra parte, es importante visibilizar las problemáticas de la época, como lo fue el limitado recurso humano para la provisión del cuidado, la falta de instituciones prestadoras de servicios y la incapacidad de pago de la mayoría de las personas, lo cual dificultaba responder a la alta demanda de atención en salud.

Como salubristas es exquisito descubrir y hacer un análisis sobre las prácticas de provisión de cuidado, utilizados en ese periodo. Valorar modelos rudimentarios, es fundamental dentro del bagaje de una ciencia, debido a que son utilizados en la actualidad, bajo una serie de transformaciones que se orientan a la mejora en su aplicación y resultado. Por tal motivo, estudiar los hechos y las circunstancias del pasado, que se convierten en el legado para la población futura, es un deber lejos de ser omisible dentro del aprendizaje.

REFERENCIAS

Ahern, E. (1991). El desarrollo de la Educación en Colombia 1820-1850. Revista Colombiana de Educación. No. 22-23 Semestre I y II. <https://doi.org/10.17227/01203916.5193>

Alba, J.H. (9 de Julio de 1802). Recomendaciones para la inoculación de la vacuna contra la viruela. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia provincial, Serie documentos médicos, caja 1 expediente 3. Santafé de Bogotá, Colombia.

Albarrán-Bonilla, B. C., Nossa-Zea, Y.C., Guarnizo-Tole, M. (2022). Cuidado y atención para la salud en Santa Fe de Bogotá durante la descolonización: Antecedentes para contar. *Temperamentvm*. 2022;18(Esp):e18006od. <http://ciberindex.com/c/t/e18006od> [acceso: 25/05/2022]

Amaya, F.L. (9 de mayo de 1820). Asignación de Prelados religiosos para la asistencia de las tropas. Archivo General de la Nación, Sección república, Fondo conventos, Legajo 2, carpeta 4, Folio 674. Bogotá, Colombia.

Amaya, F.L. (3 de mayo de 1826). Elecciones de Priores Canónicamente electos Hospital Jesús María y José. Archivo general de la nación, Sección República, Fondo conventos, Legajo 2, Carpeta 5, Folios 839 y 892. Bogotá, Colombia.

Amaya, M.d. (16 de noviembre de 1811). Carta de contribución a cátedras de medicina a la Orden San Juan de Dios. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico hospital SJD, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Angulo, E. (2014) El caso de los niños vacuníferos. Cuaderno de Cultura Científica. <https://culturacientifica.com/2014/02/24/el-caso-de-los-ninos-vacuniferos/>

Anónimo. (1706-1862). Lista de medicinas que van en el botiquín. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos.

Anónimo. (1758-1871). Cuaderno de Dietas. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico hospital SJD, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Anónimo. (13 de marzo de 1802). Carta de información sobre perjuicios a los enfermos. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Anónimo. (15 de septiembre de 1802). Comunicado que nombra el decreto para el manejo de los cadáveres que mueren por viruela. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Anónimo. (1826). Carta a Fray Lorenzo Manuel de Amaya Provincial de San Juan de Dios. Archivo General de la Nación, Sección República. Fondo Conventos. Legajo 2. Carpeta 1. Folios 102. Bogotá, Colombia.

Anónimo. (1826). Rol de atención de los enfermeros como vocación de servicio. Hospital San Juan de Dios, Sección República. Fondo Conventos. Legajo 2. Carpeta 1. Folio 92. Bogotá, Colombia.

Anónimo. (1827). Votos Sociedad de Amigas Hospitalarias de San Juan de Dios. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico hospital SJD, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos.

Anónimo. (agosto de 1830). Sueldos de empleados y asistentes. Archivo General de la Nación, Fondo Hospitales y cementerios, Hospital Militar, páginas 204, 218, 215 y 265. Santafé de Bogotá, Colombia.

Anónimo. (1 de febrero de 1838). Carta dirigida al Síndico. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital

de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Bogotá, Colombia.

Arias, J., Hidalgo, C., Hidalgo, H. (2019). Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*, 58 (1), 1-10.
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v58n1/1561-302X-med-58-01-e980.pdf>

Benjamec, B. d. (8 de mayo de 1808). Carta de solicitud de apoyo médico. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Bohórquez, M. (1823). Carta al santo padre de las consecuencias de la guerra. Sección República. Fondo Conventos. Legajo 2. Carpeta 3. Folios 409-645. Bogotá.

Bonilla, F. J. (31 de diciembre de 1813). Hospitalidades vencidas Batallón de defensores. Archivo General de la Nación, Hospitalidades, folio 27. Santafé de Bogotá, Colombia.

Faizal-Geagea, M., (2020). Hospitales, Educación Médica e Instituciones de Salud durante la Colonia y la República en Colombia. *Academia Bicentenario de la Independencia. Med.* 42 (1) 77-90. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1492>

Fernando, J. (12 de septiembre de 1814). Carta de solicitud para el manejo de cadáveres en las calles. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico hospital SJD, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

García, F. (22 de noviembre de 1815). Solicitud para destinación de sala de anatomía. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico hospital SJD, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

García, M. (31 de mayo de 1815). Lista de las Medicinas que van en el Botiquín. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Santafé de Bogotá, Colombia.

Herrera, J.N. (11 de abril de 1838). Hospital de la Caridad, Carta donde se relaciona la realización de autopsias. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie hospital de la caridad de Bogotá, dietas médicas, enfermería, remisiones, diagnósticos. Bogotá, Colombia.

Moreno, S. M., Moreno, F. (2020) A propósito del bicentenario de la Independencia de Colombia: Las prácticas de lectura de Antonio Nariño y el desarrollo de una vacuna presuntamente efectiva contra la viruela. *Biomédica* 2020; 40(supl.1),8-19.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.5024>.

Moreno- Sánchez, Y.M., Fajardo-Daza, M., Ibarra- Acuña, A. & Restrepo, S. S., (2017). Cronología de la profesionalización de la Enfermería. *Logos Ciencia y Tecnología*, 9(2), 25-25.

Obregón, D. (2002). Médicos prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *Historia, Ciencia, salud*, 9(suplemento), 161-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400008>

Pita-Pico, R. (2019). Los hospitales militares y la atención a combatientes heridos y enfermos en las guerras de independencia de Colombia. *Revista de medicina*, 41 (2) 170-193. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1436/1769>

Plata, P.T. (1802). Rutina diaria para la atención a los pobres y enfermos. Hospital San Juan de Dios, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie formulario médico, Fichas ingreso pacientes, diagnósticos,

Silva, F.A. (12 de junio de 1819). Carta de solicitud al Prior del convento San Juan de Dios. Archivo General de la Nación, República, Fondo conventos, legajo 2, carpeta 4, folio 666. Bogotá, Colombia.

Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2017; 16 (32): 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

Uscategui, F. Y. (30 de septiembre de 1815). Colectas contribuciones voluntarias. Archivo General de la Nación, Archivo Histórico Especial Curia Provincial, Serie documentos médicos, subserie documentos relacionados con la medicina de la época.

Valerio, E.A. (30 de abril de 1815). Correspondencia militar, carta 11. Biblioteca Luis Ángel Arango del banco de la república, Hemeroteca, Argos de la Nueva Granada, número 71, folio 368. Santafé de Bogotá, Colombia.