

Aproximaciones a la concepción del cuerpo durante el período Colonial

Evidencias arqueológicas de las prácticas quirúrgicas en dos hospitales de la orden San Juan de Dios *

Javier Rivera Sandoval

Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina,
chiguachia@yahoo.com

Palabras clave: Arqueología del cuerpo, concepto de cuerpo, hospitales, Panamá Viejo, Cartagena de Indias.

Resumen

En las últimas décadas, se han desarrollado en las ciencias sociales una serie de discusiones concernientes a la construcción del concepto de cuerpo, el cual responde a las particularidades de los contextos específicos en los que se inserta. La arqueología no es ajena a ello, y con el apoyo de otras disciplinas, ha logrado aproximarse al tema con una perspectiva que va más allá de los aspectos físicos y biológicos del concepto. En este artículo se explora el ejercicio de las prácticas médicas del período Colonial, con relación a algunos aspectos sobre el concepto de cuerpo y su materialización en la evidencia arqueológica, concretamente en los hospitales de la orden San Juan de Dios en las ciudades de Panamá Viejo y Cartagena de Indias. A partir de estos dos casos, se observa la manera en que el cuerpo en el período Colonial se articula con la concepción del mundo en una construcción holística, que no separa las ideas de carne y espíritu, proceso que hacia finales del siglo dieciocho dará lugar a otro tipo de relación con el cuerpo.

* Recepción: 25/02/12 - Aprobación: 21/03/12

Keywords: Body archaeology, body concept, hospitals, Panamá Viejo, Cartagena de Indias.

Abstract

The social sciences in the last decades have developed discussions about the construction of the concept of body, which responds to the particularities of the specific contexts in those that it is inserted. Archaeology is not unaware of this process, and with the support of other disciplines it has been able to approach the topic with a perspective that goes beyond the physical and biological views of the concept. This paper explores some medical practices of the Colonial period in relation to some aspects concerning the construction of the body concept, and its materialization in the archaeological evidence through the examples of the hospitals of the *orden* San Juan de Dios in Panamá Viejo and Cartagena de Indias. Through these cases, we can observe the way the Colonial concept of body is related to the conception of the world, in an holistic construction that doesn't separate the corpse and spirit ideas, and how this relationship changes towards the end of the eighteenth century.

En arqueología existe una gran variedad de marcos interpretativos, desde planteamientos generales en torno al desarrollo social, tecnológico y cultural, hasta algunos más precisos que buscan analizar aspectos particulares vinculados con la vida cotidiana de los pueblos del pasado. Dentro de esta visión, el tema del cuerpo ha sido objeto de múltiples miradas y en las últimas décadas, se ha hecho evidente la necesidad de ampliar la discusión desde la arqueología y la bioarqueología (Hamilakis *et al.* 2002; Joyce 2005; Sofaer 2006; Agarwal y Glencross 2011). Tradicionalmente, en estas disciplinas el cuerpo ha sido trabajado como un elemento más de los contextos fúnebres, en los que se abordan las características estructurales de la tumba, los materiales culturales del ajuar y los restos óseos. Sin embargo, este registro del concepto no vincula los contextos de producción social y las dinámicas discursivas involucradas en el proceso de configuración del cuerpo, que evidentemente van más allá de la perspectiva descriptiva del cuerpo físico en sí.

Retomando dichos aspectos, este artículo aborda algunas de las prácticas terapéuticas ejecutadas por las instituciones hospitalarias del período Colonial y se aproxima a la manera en que éstas respondieron a un contexto de producción específico. Para ello, se presentarán un par de casos que ayudarán a ilustrar la discusión sobre estos temas, a partir de algunas evidencias del proyecto *Dolencias, remedios y sepulturas. Una aproximación a la arqueología del cuerpo en el antiguo hospital San Juan de Dios de Panamá Viejo* (Rivera 2012), y de algunas otras provenientes de las excavaciones efectuadas junto al antiguo colegio de los jesuitas en Cartagena de Indias (Del Cairo *et al.* 2009), sede del hospital San Juan de Dios y del hospital militar de San Carlos durante el siglo dieciocho.

Reflexiones sobre los estudios del cuerpo en arqueología

En los últimos años ha habido un aumento en los estudios sobre el cuerpo desde diferentes campos del conocimiento, que se puede explicar por el cambio de percepción sobre los modelos construidos alrededor de esta categoría. Por ejemplo, Hamilakis *et al.* (2002:2), consideran que en la sociedad occidental moderna se ha venido transformado el modelo fordiano, en el que el cuerpo pasa de ser rígido, disciplinado y ordenado, a ser percibido como proyecto y entidad capaz de modificarse para satisfacer necesidades e identidades específicas, siendo fluido, flexible y dinámico. Por su parte, autores como Joyce (2005)

y Sofaer (2006) resaltan cómo la discusión en torno al cuerpo en arqueología ha tomado dos perspectivas: la primera vinculada con las aproximaciones osteológicas al estudio de los restos humanos, que refuerza la materialidad de estos elementos y, por el otro lado, la perspectiva de la teoría social que observa el cuerpo como una construcción social, involucrando prácticas, experiencias, representaciones e ideas.

Esta última aproximación ha definido posturas teóricas como la arqueología del cuerpo, en la que se aborda el cuerpo humano como un artefacto y como un escenario discursivo en el que se materializan las prácticas, representaciones y experiencias de la corporalidad, configurando relaciones dinámicas y públicas que se categorizan a través de aspectos como el sexo, la edad, la estética, entre otros (Joyce 2005).

En arqueología, este tipo de posturas amplían el panorama del análisis, vinculando no solo los aspectos relacionados con los elementos de la cultura material -y con marcos interpretativos como las costumbres mortuorias, los patrones de asentamiento, organización y subsistencia- sino también con aquellos asociados a la significancia social y política de los mismos. En el caso del cuerpo, se empieza a visibilizar cómo los grupos del pasado construyeron, percibieron, sintieron y usaron sus propios y particulares conceptos sobre la enfermedad, la salud y lo estético, entre otros ámbitos corporales (Therrien 2001-2002).

El cuerpo puede ser entendido entonces como potencialmente discursivo, es decir, como un tipo de representación particular al interior de las relaciones sociales configuradas por un grupo en un contexto específico. Esta representación se materializa sobre el cuerpo a través de la organización y ejecución de ciertas acciones. Para Mauss (1971) por ejemplo, se asociarían con las técnicas corporales, por medio de las cuales se producen, usan, transforman y descartan algunas prácticas que le dan forma al cuerpo humano.

Al mismo tiempo, el cuerpo también puede ser investido por las relaciones de poder y dominación, en el sentido político de Foucault (2008), relaciones que se articulan con las dinámicas sociales visibles a través del cuerpo. En otras palabras, el cuerpo se percibe como un sitio de relaciones sociales asignadas e inscritas en un contexto particular (Meskell 2000:17).

Hamilakis (2002:6) resalta que existen otras visiones del cuerpo que han involucrado aspectos menos tangibles (como espíritu, alma y mente), las cuales

han sido asociadas al componente corporal -y ya no en la posición reduccionista, con la construcción dicotómica de mente/cuerpo-, sino que articuladas al carácter vivencial, emocional y perceptual que vincula ambos ámbitos de la acción humana.

Todas estas categorías pueden ser rastreadas a través de las particularidades espaciales y cronológicas desarrolladas por un grupo humano, lo que define la historicidad del cuerpo con sus cambios, permanencias, reconfiguraciones y producciones de significado, que se van institucionalizando a través de la organización de normas y códigos, que a su vez desemboca en la materialización y puesta en escena de los cuerpos en espacios específicos de acción.

Finalmente, el carácter histórico del cuerpo permitirá que se retomen algunos aspectos sobre la manera en que fueron concebidos y percibidos los enfermos durante el período Colonial, la que responde a una lógica de pensamiento que los señala como sujetos vulnerables, no solo en el ámbito sanitario, sino también en el social y el moral.

La naturaleza de los cuerpos enfermos

La teoría de los humores y los temperamentos, fue la base de la medicina hipocrática y galénica y marcó gran parte del ideario de los médicos de los siglos dieciséis, diecisiete y dieciocho. En esta concepción se aceptaba que el cuerpo humano estaba compuesto por cuatro humores: flema, sangre, cólera (bilis amarilla) y melancolía (bilis negra), los que corresponden a su vez a cuatro elementos y a cuatro cualidades; toda esta serie de cuartetos debía estar en perfecto equilibrio para mantener la salud del individuo.

Dicho equilibrio, influenciado claramente por el mundo natural, condicionó la manera de observar las dolencias del cuerpo y el tipo de remedios que debía consumir el enfermo (Campos Rodríguez 1997). Existía una relación directa entre la fisiología del cuerpo y la representación del mundo. De hecho, el agua, el aire, los vapores, los alimentos, el vestido, el sueño, el trabajo, entre muchos aspectos, eran evaluados en la diagnosis de la enfermedad de los cuerpos y de los espacios salubres. En otras palabras, se estarían contemplando "los elementos constitutivos del universo (macrocosmos) y del hombre (microcosmos)" (Thomasset 2003:79).

Adicionalmente a esta visión se agregó una percepción religiosa, en la que hubo una clara concepción dualista del ser humano y en donde se separa el cuerpo físico del alma; es decir la carne y el espíritu, la primera caracterizada como corruptible, perecedera y efímera, en contraposición a la percepción inmortal de la segunda (Barthélemy *et al.* 2001:539 y 540). Asimismo, al ser considerado el cuerpo como corruptible -no solo en el aspecto físico sino también en el moral- era visto como un elemento peligroso que provocaba la tentación y al mismo tiempo permitía la materialización del castigo, que en muchos casos se daba a través de la enfermedad.

De hecho, la enfermedad vista desde una concepción moralista, justificaba la práctica de ritos purificadores como medio terapéutico. Consecuentemente, la vida en los conventos se convirtió en un modelo ejemplarizante, en el que el cuerpo se usaba como un instrumento que posibilitaba el alcance de la virtud espiritual y la vida eterna (Restrepo Zea 2006:82), y la enfermedad fue utilizada como un recurso para lograr la gracia divina.

De esta manera, la moral define las pautas de los cuerpos saludables, que no implica únicamente una manera de comportarse, sino que también representa el conjunto de valores configurados y ejecutados por la sociedad. En otras palabras, se considera moral un cuerpo saludable así como el sujeto que lo porta. Esta idea atraviesa todo el paradigma de la salud y de la vida cotidiana en la Colonia y abrirá paso posteriormente a la medicalización, es decir, al proceso que intenta regular estos elementos cotidianos a través de la institución médica (Foucault 2003).

Curando el alma a través del cuerpo

Dado el carácter religioso de las instituciones médicas y sanitarias en la América colonial, estos establecimientos se concentraron en atender no solamente las dolencias del cuerpo, sino también las espirituales, buscando al final la salvación del alma (Guerra 1994). De esta manera, dichas instituciones buscaban regular los saberes y las prácticas, en función de la cura espiritual de los sujetos enfermos que, como se comentó arriba, se asociaban con faltas morales.

Por esta razón, las fundaciones asistenciales estaban bajo la supervisión de la Iglesia, institución que designaba un buen número de religiosos para atender

los enfermos (corporal y espiritualmente), administrar los hospitales y ejecutar los mecanismos de control y vigilancia. En el discurso evangelizador también se incluía la atención a ciertos sectores de la población que eran vulnerables desde el punto de vista sanitario, moral y social. Entre estos sujetos estaban los pobres, los vagos, los dementes, las prostitutas y los huérfanos. Enfocados en ellos, la noción de caridad se convirtió en la lógica discursiva y práctica para moralizar a estos individuos, en beneficio de la salud espiritual, representada a su vez en la corporal. Esto era llevado a diferentes niveles de acción en los que participaban todos los miembros de la sociedad.

El modelo asistencial en los hospitales coloniales contemplaba -además de los tratamientos terapéuticos- los servicios y el alivio espiritual a través de la oración. Con ello se garantizaba que, en caso de muerte, el enfermo gozara de las condiciones necesarias para acercar su alma a Dios (Rivera Sandoval 2004). Los Juaninos, al ser una orden religiosa dedicada a la atención de los enfermos, también desarrolló su propia directriz en dicho servicio espiritual. Por ejemplo, en 1680 el jesuita Pedro Mercado publica *Recetas de Espíritu para Enfermos del Cuerpo*, texto que se entregó específicamente a los hermanos de San Juan de Dios en Tierra Firme y Nueva Granada, quienes lo tomaron como un manual sanitario que se ajustaba a sus principios doctrinales y que incluía la estrecha relación entre la cura corporal y la espiritual (Restrepo Zea 2006:71 y 72). En el texto se observan 54 recetas en las que se hace una serie de recomendaciones bastante puntuales sobre el comportamiento del enfermo frente a la enfermedad. De igual forma, las constantes referencias a los santos y a Dios, condiciona la manera en la que el enfermo debía percibir y experimentar el dolor y el sufrimiento. En palabras de Mercado (2006), con paciencia y fortaleza, medios empleados para alcanzar la gracia divina. Algunas de las recetas que hablan al respecto señalan:

“Receta XXXXIII. Que el enfermo no ha de querer más la salud que la enfermedad. [...] Receta XXXXIV. Que el doliente ha de pedir condicionalmente la salud a Dios. [...] Receta XXXXV. Que ninguno ha de escoger la enfermedad, sino padecer la que Dios le da. [...] Receta XXXXVI. Que con ocasión de la enfermedad del cuerpo, se ha de pedir a Dios la salud espiritual del alma y del cuerpo” (Mercado 2006 [1680]:187-200).

Al mismo tiempo, en la obra hay ciertas disposiciones sobre la atención a los pacientes, indicando la manera de tomar los medicamentos y alimentos, además de la realización de intervenciones como las sangrías, las purgas y el tratamiento de fracturas.

Incorporando la arqueología

En los últimos años se ha acuñado el término arqueología de las instituciones, concibiendo las instituciones como lugares en los que confluyen y se incorporan las dinámicas de los cuerpos, mentes y acciones aceptadas social, filosófica, científica y legalmente (De Cunzo 2006). De esta forma, se han explorado contextos del mundo moderno como asilos, prisiones, escuelas, reformatorios y hospitales, que involucran no solo las ideas de control en torno a un sujeto, sino también las prácticas ejecutadas para ello. Sin embargo, los estudios tienden a ser escasos cuando se revisa la literatura académica en el contexto latinoamericano (Gómez Romero 2005 y 2007; Funari y Zarankin 2003 y 2005; Therrien 2004; Zarankin 1999). Pero el escenario es aún más reducido cuando se habla de las instituciones hospitalarias, principalmente para el período Colonial.

Quizá la perspectiva de estudio en el ámbito institucional genere algunos problemas metodológicos para interpretar las particularidades de estos establecimientos sanitarios. Por ejemplo, hay que tener claro que los hospitales de los siglos dieciséis y diecisiete son espacios muy diferentes a los que se desarrollaron a partir del siglo dieciocho, ya que ambos escenarios reflejan maneras diferentes de pensar y tratar la enfermedad. Para el período más reciente, es importante ver cómo la idea de clínica adquiere nuevos significados a través de la incorporación de un lenguaje acuñado por el positivismo de las ciencias (Foucault 2003), el que atraviesa y redefine el saber médico, objetivizando al enfermo y espacializando la enfermedad.

Al respecto, Foucault -refiriéndose al nacimiento de la clínica- plantea tres ejes básicos para entender la estructura de formación del discurso médico moderno; en general estos consisten en el examen médico, las estructuras lingüísticas y las técnicas anatomopatológicas (Foucault 2003). Para un primer momento, denominado pre-moderno, la institucionalidad del hospital no es claramente distinguible, ya que son básicamente de corte religioso y conventual, donde su

objetivo no era el control del cuerpo sino la salvación del alma. De esta manera el discurso médico queda en un plano secundario y se establece una relación directa entre la enfermedad y el sistema moral de la época.

Posteriormente en el siglo dieciocho, y con la introducción de la modernidad, se redefinen los lugares de producción del discurso, la manera de exponerlo y los *loci* de ejecución. Se implanta un nuevo orden, en el que se establece la medicina como una institución de control social, que emplea a sus médicos y demás sujetos institucionales como instrumentos de regulación y de divulgación de dicho discurso. A partir de este momento se dará origen a programas colectivos, como la higiene y la medicalización, que actuarán como mecanismos de poder frente a una serie de intereses políticos, económicos y sociales que buscaban aislar y localizar la enfermedad en el cuerpo físico, pero además en el cuerpo social, que toma como modelo básico la familia. Aparecerán entonces trabajos dedicados a dolencias específicas y a sectores sociales y etarios particulares -como por ejemplo los niños- o programas preventivos para evitar las epidemias, controlar el descenso de las tasas de morbilidad y prolongar la media de vida (Foucault 2003).

En este contexto, el hospital se convertirá en el lugar donde se encerrará la enfermedad, y en la mayoría de los casos, la muerte. La visión de la muerte asociada con estos edificios es la que va a marcar el imaginario colectivo de la población hasta el siglo dieciocho, cuando el hospital tendrá una significancia adicional: será el lugar donde la enfermedad podrá ser observada, clasificada y localizada. En otras palabras, se hará un diagnóstico de ella (Foucault 2003).

Para entender un poco más cómo se dan esos procesos prácticos y discursivos en los hospitales americanos, a continuación se tomarán dos casos de estudio en los que intervino la arqueología con contextos vinculados al manejo de la salud, la enfermedad, la muerte y el cuerpo. A pesar de no ser representativos en términos estadísticos, brindan algunas evidencias interesantes para interpretar ese tipo de contextos.

Hospital San Juan de Dios de Panamá Viejo

Siendo la primera ciudad en el Pacífico americano, Panamá se convirtió en uno de los espacios más importantes en el mapa geoeconómico del imperio español, gracias a su posición estratégica como punto de enlace entre el océano

Atlántico y el Pacífico. Desde su fundación en 1519, la ciudad acogió a numerosos sectores de la población que incluían indígenas, esclavos y europeos.

Gracias al aumento demográfico, en Panamá como en muchas de las ciudades fundadas en América, se resaltó la importancia de crear espacios para atender a los enfermos y otros sujetos vulnerables de la sociedad. Esto lo manifiesta la Real Cédula de 1521 en la que se ordena la construcción de un edificio en la ciudad para atender a los enfermos. Posteriormente, en 1545 se intentó mitigar la difícil situación sanitaria con la iniciativa de Pedro de Gasca, quien adecúa dos casas para instalar un servicio hospitalario provisional para las necesidades médicas de los soldados que llegaban al puerto. No hay más noticias hasta 1575, cuando ya se menciona taxativamente al hospital con el nombre de La Caridad de San Sebastián y que, según Scholkmann y su equipo (2006:70), podría estar ubicado donde hoy se encuentran las ruinas (Figura 1). Aunque es probable que la fábrica del hospital que actualmente se conserva en Panamá Viejo corresponda al momento en que los Juaninos lo tomaron bajo su custodia (Rivera Sandoval 2012).



Figura 1. Ubicación del hospital colonial San Juan de Dios en Panamá Viejo.

(Fuente: Google Earth, con información agregada por el autor)

Sin embargo, es interesante anotar que el hospital fue construido dentro de la ciudad, posición que inicialmente lo habilitaría para atender a pobres y enfermos con afecciones de carácter no contagioso, situación que no siempre se cumplió por las emergencias sanitarias que enfrentó la ciudad.

A partir de 1620, y hasta el abandono de la ciudad en 1671, el manejo de la institución cambia cuando la administración del hospital es otorgada a la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Ello otorga un marcado carácter religioso a la vida cotidiana al interior del hospital, vinculando la atención corporal y los servicios espirituales que se les daban a los enfermos con la administración de los sacramentos y la asistencia fúnebre, en caso que fallecieran.

Los trabajos arqueológicos efectuados en las ruinas del hospital han arrojado algunas evidencias que dan cuenta de este tipo de prácticas que muchas veces yuxtaponen los discursos médicos y religiosos. Por ejemplo, en las labores de registro efectuadas por Brizuela (1996) en la esquina suroriental del piso de la iglesia del hospital (Figura 2), se logró identificar una serie de enterramientos que mostraban la reagrupación total o parcial de varias osamentas humanas dentro del depósito primario de sepultura. Ello podría indicar posibles acciones vinculadas a la reutilización de los espacios fúnebres (Duday 1997; Martín Rincón 2002). Cabe anotar que durante todo el período Colonial y gran parte del Republicano, la población tenía la costumbre de ser enterrada en el piso de las iglesias y capillas, ya que era el espacio reconocido por la institución eclesiástica como sagrado (Martín Rincón 2002; Rivera Sandoval 2004). De esta forma, se legitimaba la ceremonia fúnebre y se aseguraban las condiciones para la salvación del alma. Siendo este tipo de prácticas muy frecuentes durante un largo período de tiempo, no es de extrañar que en el registro arqueológico se evidencie una multitud de enterramientos en los sitios mencionados. Consecuentemente, la gran aglomeración de entierros fue uno de los argumentos empleados como parte del programa ejecutado por las reformas borbónicas, para adelantar los proyectos de los cementerios extramuros, idea que a partir del siglo dieciocho se fue introduciendo gracias a los discursos higienistas de la época, desplazando el campo de acción de la institución eclesiástica hacia la institución civil (Rivera Sandoval 2004).

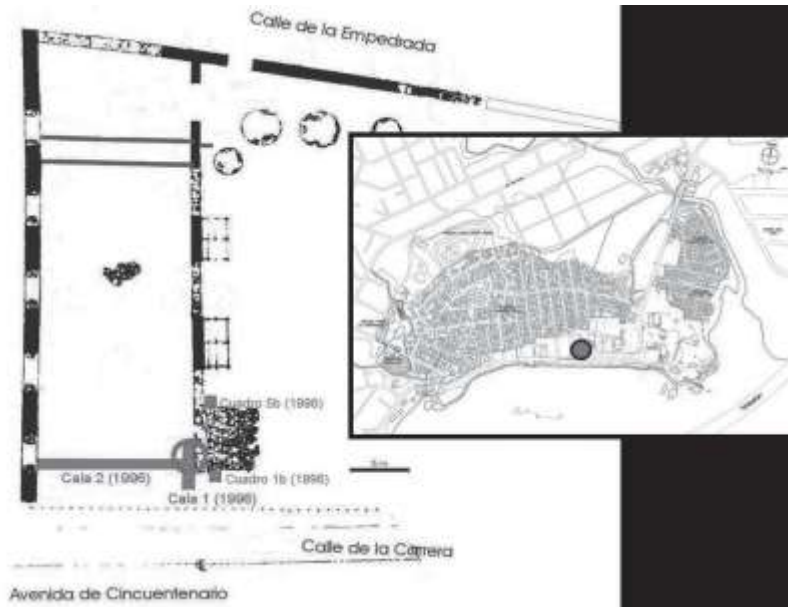


Figura 2. Plano de la iglesia del hospital, ubicando el sector de las excavaciones efectuadas en 1996. (Original: Archivo Patronato Panamá Viejo)

Retomando el trabajo de Brizuela (PAPV 1996) en el hospital San Juan de Dios de Panamá Viejo, de los enterramientos se logró identificar por lo menos seis individuos, aunque los problemas de individualización y de reconstrucción de la cuarteta básica de identificación se complicaron por la alteración del contexto original. Sin embargo, entre los restos llamaron la atención unas estructuras óseas que estaban articuladas y ubicadas sobre el grupo de huesos humanos reducidos. Estos elementos correspondían al tercio distal de un fémur derecho con su respectiva rótula, tibia y fíbula (Figura 3). Aunque de estos últimos restos no fue posible estimar la edad o el sexo del individuo, se observa una serie de huellas de corte sobre el fémur, que dadas las características del corte y la cantidad de marcas dejadas sobre el hueso, parece corresponder a una amputación, siendo el miembro amputado el que fue inhumado en el espacio sagrado de la iglesia del hospital.

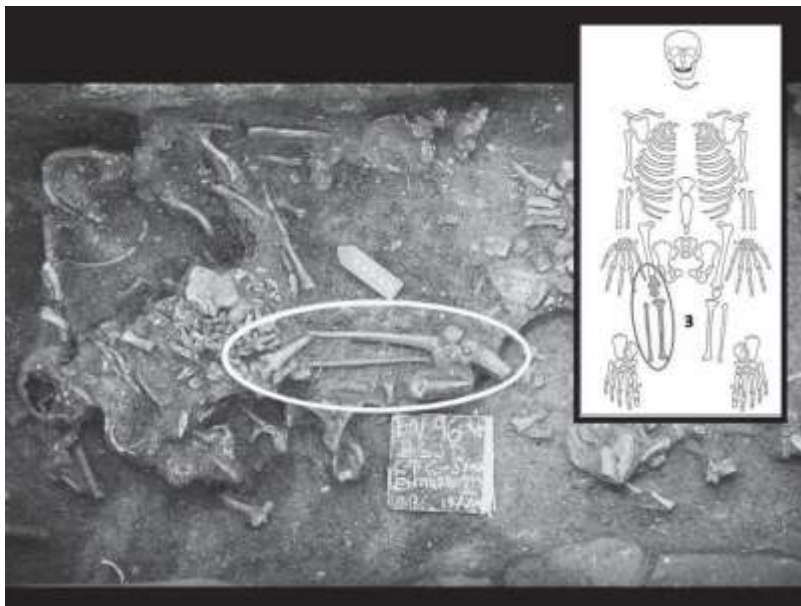


Figura 3. Enterramiento reducido correspondiente al tercio distal del fémur y su respectiva rótula, fibula y tibia. (Original: Archivo Patronato Panamá Viejo, con información agregada por el autor)

Sobre lo anterior se puede decir que la amputación fue una de las prácticas más comunes dentro de los procedimientos quirúrgicos ejecutados durante el período Colonial. Por ejemplo, en el tratado de medicina del siglo diecisiete escrito por el médico español Jerónimo de Ayala, se menciona la amputación como mecanismo empleado en la curación de dolencias tales como la gangrena. Este procedimiento pudo haberse ejecutado de la siguiente manera:

“Cortando el miembro, lo cual se hace estirando el cuero muy bien hacia arriba. Luego se hace una ligadura fuerte, seis dedos más arriba de donde se ha de cortar, luego se corta la carne con una navaja por entre lo bueno y lo malo. Luego se asierra el hueso y se cauteriza tomando el flujo de sangre como más convenga y en lo demás se cura según su necesidad” (Ayala 2009 [1724]:251).

La descripción del procedimiento coincide con la evidencia arqueológica, ya que se alcanzan a ver las huellas de corte producidas al aserrar el hueso repetidamente

cuando fue amputado. En este caso particular también se aprecia cómo la última porción de la estructura ósea fue quebrada (Figura 4).

La observación de este tipo de evidencia dirige la interpretación en dos sentidos: por un lado hacia las prácticas médicas y la experiencia de los encargados de ejecutarla -como en el caso de la amputación-, y por otra parte hacia la manera de abordar, observar y tratar los cuerpos enfermos. Los que ejercían las

prácticas médicas empleaban una serie de elementos empíricos en función del lugar en que se encontraba una eventual dolencia, dándole una connotación de “arte” al oficio del cirujano, quien empleaba: “las manos sobre una materia continua, compuesta de hueso, carne y órganos cuyo balance se rompía por la enfermedad” (Ronderos 2009:17). Ese balance correspondía a la relación que tenía el cuerpo humano con la naturaleza de los humores, las cualidades y demás componentes del macrocosmos, que debían estar en equilibrio para la conservación de la salud, ya que todos estos elementos estaban entrelazados y eran susceptibles de afectarse entre sí. Aunque esta lógica era ampliamente conocida, hubo pocos manuales prácticos sobre el arte de la cirugía y no siempre llegaban a las manos de quienes atendían a los enfermos (Ronderos 2009). Esto explica cómo las prácticas ejecutadas por los cirujanos de los siglos dieciséis y diecisiete, se ordenaban en base a un saber dirigido por la experiencia que se adquiría con la apropiación de técnicas, instrumentos y percepciones alrededor de los cuerpos enfermos.

Por otro lado, las relaciones holísticas con el macrocosmos permitían concebir el cuerpo como una unidad integral, que a pesar de haber sido separado uno de los miembros mediante la amputación, la estructura seguía siendo parte de



Figura 4. Tercio distal de fémur derecho con huellas de corte compatibles con amputación. Obsérvense las múltiples marcas dejadas por el instrumento empleado para cortar el hueso, probablemente una sierra. (Original: Archivo Patronato Panamá Viejo, con información agregada por el autor)

la totalidad de esa unidad denominada cuerpo. Por esta razón, a la pierna amputada de la Figura 4 se le dio el mismo tratamiento que al cadáver del enfermo que fallece, enterrándola en el espacio sacralizado del templo del hospital. Asimismo, el dolor y sufrimiento que representó la ejecución de la práctica, también fortalece la idea del cuerpo como instrumento físico para lograr los beneficios espirituales, a los que apuntaba finalmente la Iglesia como institución reguladora.

A continuación se comentará otro caso en el que se observa cómo este tipo de prácticas van a mantener una continuidad hasta bien avanzado el siglo dieciocho, momento en el que Foucault (2003) explica la introducción de una nueva relación con el cuerpo enfermo, y la configuración de nuevos discursos a través del lenguaje empleado para explicar y ubicar la enfermedad.

Real Hospital de San Carlos en Cartagena de Indias

La fundación de Cartagena, efectuada por Pedro de Heredia en 1533, marca el inicio de uno de los emplazamientos más importantes para el imperio español en América. A finales del siglo dieciocho, el poblado constituía una estructura urbanística caracterizada principalmente por la construcción de murallas y la edificación de baluartes y fortificaciones. Dichas obras eran imprescindibles para proteger la ciudad de los continuos ataques de piratas y corsarios, que desde el siglo dieciséis amenazaban con romper el aparente equilibrio que buscaba mantener la corona española en su principal puerto mercantil y militar sobre el Caribe (Figura 5).

Para el siglo dieciocho, los sectores sociales de la ciudad estaban entremezclados a lo largo de toda la traza urbana, en la que era frecuente encontrar la presencia de nobles, oficiales del ejército, sacerdotes y religiosas junto a negros, mulatos, esclavos libres y artesanos (Tovar 1998). De esta forma, las construcciones domésticas se fueron articulando con otro tipo de edificaciones que hicieron parte activa de la vida diaria de los cartageneros, como los edificios religiosos (conventos e iglesias) y las fortificaciones que defendían la ciudad, que poco a poco le fueron dando la imagen de plaza militar que la distinguiría. En síntesis, el siglo dieciocho se caracteriza por ser un período en

el que se modifica la estructura de la ciudad, empezando por el cerramiento de su centro histórico de la ciudad y la prolongación, adecuación y mantenimiento de los baluartes, baterías, castillos y murallas con fines defensivos.

Las obras defensivas reflejan la constante preocupación de los cartageneros por los eventuales ataques de corsarios y piratas, pero a ese temor se le debe agregar el que generaron las pestes y enfermedades que asolaban continuamente la ciudad. La lepra, la sífilis, la culebrilla y el pasmo convivían en la cotidianidad de Cartagena hacia mediados del siglo dieciocho (Tovar 1998:77 y 78). En este contexto se empiezan a gestar una serie de discursos y prácticas que pretendían velar por la salud y el bienestar general, a través de la localización y evacuación de los posibles focos infecciosos que podrían afectar la salud pública.



Figura 5. Ubicación del hospital colonial en Cartagena. (Fuente: Google Earth, con información agregada por el autor)

Por ejemplo, después de la expulsión de la orden de los jesuitas en 1767, su colegio pasó a ser la sede del hospital San Juan de Dios, dedicado básicamente a la atención de pobres y soldados del ejército y la marina. Al aumentar la cantidad de enfermos, en 1786 el edificio divide su espacio para adecuar las instalaciones del Real Hospital de San Carlos, institución que continuó prestando sus servicios hasta bien entrado el siglo diecinueve (Aristizábal 1998; Rentería 1998; Therrien *et al.* 1998).

En el año 2008 se llevaron a cabo exploraciones arqueológicas en las inmediaciones de los dos antiguos hospitales, junto al lienzo que comunica los baluartes de San Ignacio y San Francisco Javier¹ (Figura 6).

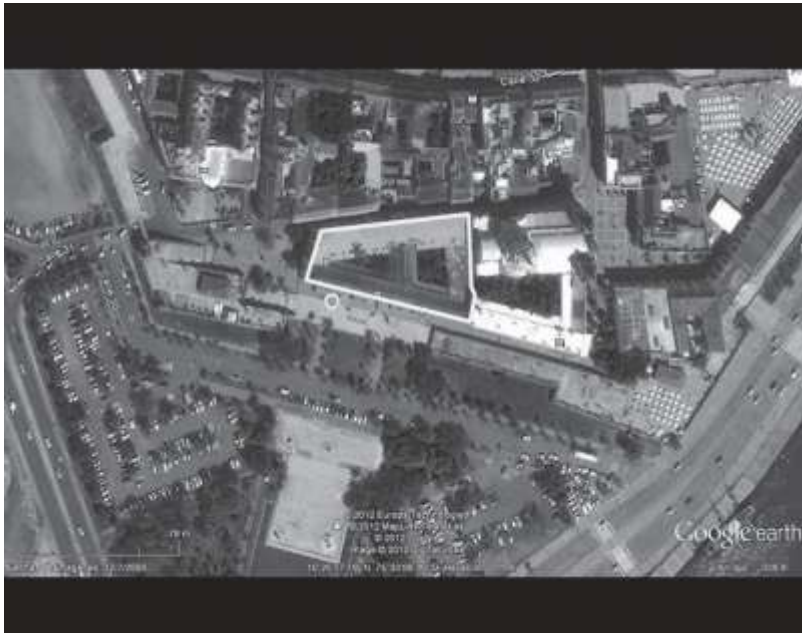


Figura 6. Ubicación de las excavaciones efectuadas en la contramuralla junto al antiguo Real Hospital de San Carlos. (Fuente: Google Earth, con información agregada por el autor)

¹ El objetivo de dicho proyecto se concentró en evaluar el proceso constructivo de la fortificación y los elementos asociados a la misma, identificando los posibles usos y adecuaciones que sufrió la muralla (Cairo *et al.* 2009).

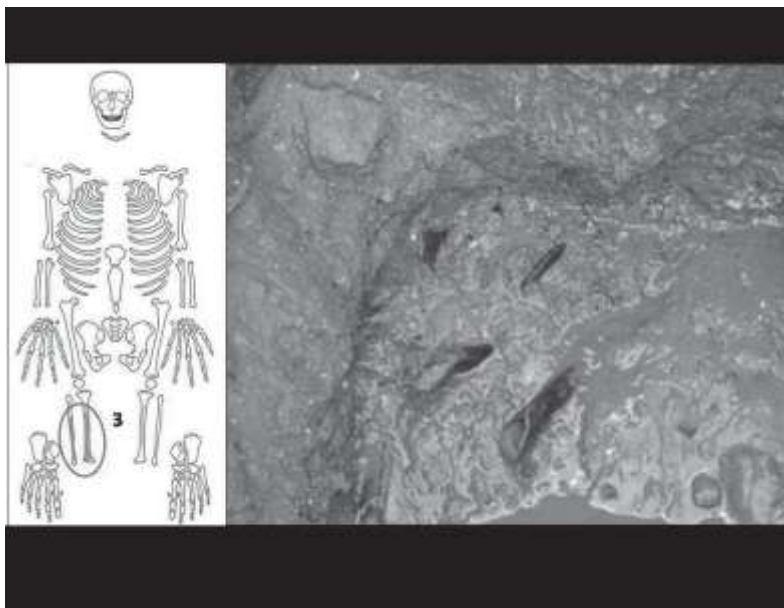


Figura 7. Enterramiento reducido en el que se identificó el tercio medio y distal de una tibia y una fíbula derechas.

Al buscar la continuidad de la contramuralla en el sector que ocupó el antiguo colegio de los jesuitas -posteriormente adecuado para albergar a los enfermos de los hospitales San Juan de Dios y San Carlos-, se registró una serie de enterramientos reducidos y se identificó un número mínimo de seis individuos. Estos parecían corresponder a adultos jóvenes, de los cuales por lo menos uno logró clasificarse como probablemente femenino y otro como masculino. Sin embargo, las condiciones de formación del sitio -especialmente el alto nivel freático que caracteriza los sitios arqueológicos históricos en Cartagena-, hizo difícil la identificación de posibles estructuras fúnebres y la relación de muchos de los restos óseos hallados, sin mencionar los problemas que surgen en este tipo de contextos para la individualización y reconstrucción de la cuarteta básica de identificación (Figura 7). La premura del tiempo y los objetivos del trabajo no permitieron extender las excavaciones en el sector de la contramuralla de manera de haber podido ampliar la información arrojada en esta sección.

No obstante, después de analizar el material óseo en laboratorio, se identificó un par de estructuras que parecían corresponder al mismo individuo. Aunque no fue posible determinar ni el sexo ni la edad, estos elementos se reconocieron como los tercios medio y distal de una tibia y una fíbula derechas, que además presentaban una periostosis compatible con una lesión activa de tipo infeccioso (Figura 8). Adicionalmente, en la vista transversal de los huesos se hicieron evidentes unas huellas de corte, que como en el caso del hospital San Juan de Dios de Panamá Viejo, se vinculan con la práctica de la amputación (Figura 9). En estas huellas también es posible identificar varios cortes efectuados sobre el hueso, lo que sugiere el uso de una sierra, y en la última porción de los huesos se observa la fractura de los mismos.

Teniendo en cuenta la descripción hecha por Jerónimo de Ayala en su manual de cirugía citado más arriba, y retomando la evidencia osteopatológica que presentan los huesos, probablemente el individuo en vida pudo haber sufrido de una fuerte infección en su pierna, que llevó al cirujano que lo atendió a tomar la decisión de amputar la extremidad. A pesar de no saber qué tipo de dolencia estaba sufriendo este sujeto, ni cuáles eran las causas de su enfermedad, el tratamiento que se ejecutó fue evidentemente la amputación.



Figura 8. Lesión en tibia y fíbula derechas compatibles con infección. Abajo obsérvese un detalle de la lesión que afecta la tibia.



Figura 9. Huellas de corte en tibia y fíbula derechas, compatibles con amputación. Obsérvese las múltiples marcas dejadas por el instrumento empleado para cortar el hueso, probablemente una sierra, y el quiebre que sufre el hueso en su última porción.

No obstante, y de acuerdo con el tamaño de la lesión, la infección pudo haberse extendido al resto del miembro que no fue separado del individuo, provocándole incluso la muerte. Sin embargo, en el registro arqueológico no hay más elementos que nos permitan ampliar el cuadro sintomatológico y terapéutico de este sujeto.

Siguiendo con el manual de Jerónimo de Ayala, el cirujano menciona como causa de la corrupción del hueso lo siguiente:

“Estas son dos: antecedentes y conjuntas. La antecedente son humores podridos, acres, corrosivos, como la flema salada, la cólera quemada y el atraíble exquisita. También puede hacer caries la materia detenida mucho tiempo en los abscesos que se va pudriendo, y de la putrefacción se levanta la acrimonia que corroe el hueso. También puede ser causa conjunta, úlceras corrosivas, cancerosas, fístulas o úlceras antiguas” (Ayala 2009 [1724]:162).

Esta descripción es un ejemplo claro de cómo se percibe la dolencia y cómo se explican las causas de la misma, aludiendo a lo que ya se conoce, a lo que ya se vio. El énfasis se centra en el saber médico pero poco a poco va a ir desplazándose hacia el conocimiento anatómico y patológico de la enfermedad, como se explica en el trabajo de Foucault (2003). No obstante, para las instituciones hospitalarias en América va a ser un proceso mucho más lento, dada la fuerte influencia que marcó la iglesia católica como el ente regulador de las prácticas, saberes y discursos alrededor de los diferentes niveles de la vida cotidiana durante la Colonia, incluyendo los temas relacionados con el manejo del cuerpo, la concepción de la enfermedad y el ejercicio de las prácticas asistenciales.

En el caso del Real Hospital de San Carlos, se empiezan a observar algunos cambios con relación al manejo que se le venía dando a este tipo de instituciones generalmente supervisadas por las órdenes religiosas. Como se mencionó anteriormente este hospital nació como parte del conjunto que formaba con el hospital San Juan de Dios, pero en 1786 se separa para atender a quienes prestaban sus servicios en el ejército o la armada. Esta nueva concepción y propósito del edificio reconfigura la relación que hasta entonces se había establecido con el enfermo, y aunque mantiene estrechos lazos con los servicios espirituales que ofrece la Iglesia, se empiezan a cuestionar algunas prácticas como el enterramiento en el piso de los templos.

En el Real Hospital de San Carlos, como en otros destinados a sepultar cadáveres, el espacio se había reducido al punto de no dar más cabida a las tumbas que diariamente se abrían, teniendo en cuenta los niveles de mortalidad presentados por las funciones que tenía como hospital. Finalmente los directivos de la institución presentaron un informe de su situación y solicitaron otro espacio que sirviera de cementerio:

“ya llenado de cadáveres el campo santo, foso y demás parajes destinados en el Hospital Real para enterrar, y en la mañana de este día se le ha ido abrir sepultura para tres que fallecieron la noche pasada a donde se hallaban los primeros, y salieron los cuerpos enteros que causan bastante fetidez en todo el Hospital” (Archivo General de la Nación, Colonia [AGN], Hospitales y Cementerios, tomo 2, f. 10 r).

A raíz del reclamo, se propone entonces para el año de 1798 la ubicación de un sitio que pudiera ser utilizado como camposanto provisional, cercano al hospital por razones de higiene y para “evitar el horror y otras incomodidades que causan al público la vista de los cadáveres si han de conducirse por la ciudad” (Archivo General de la Nación, Colonia [AGN], Hospitales y Cementerios, tomo 2, f. 11 r). Dispuso entonces el gobernador, Antonio Zejudo, un terreno ubicado entre el convento de Santa Teresa y el baluarte de San Francisco Javier:

“en las inmediaciones del ángulo saliente de aquel, la rampa, y parte de la muralla de la cara derecha del referido Baluarte por ser lo más alto; pero convendría levantarle algo con buena tierra de buena calidad para que llene el objeto deseado: siendo de advertir que el que está entre el mismo convento y la muralla, en la misma inmediación del capellán de las Religiosas no es a propósito para el efecto porque como ha sido muladar está fangoso con las lluvias, a menos que no se beneficie como el del ángulo” (Archivo General de la Nación, Colonia [AGN], Hospitales y Cementerios, tomo 2, f. 11 r).

En este fragmento del documento se hacen evidentes dos aspectos a tener en cuenta. Por un lado, la ubicación del sitio descrito como el cementerio provisional sería compatible con el sector que fue intervenido arqueológicamente en el año 2008, lo que nos muestra que para finales del siglo dieciocho se logra reubicar el sitio de sepultura de estos individuos. A diferencia de lo que ocurrió en Panamá, ya no están al interior de los templos, pero su cercanía con ellos

pudo haber mitigado el impacto ideológico que seguramente representó para los dolientes de los fallecidos, las nuevas disposiciones frente al lugar de inhumación de los cadáveres. Por otro lado, esta práctica brinda pistas sobre un nuevo discurso implantado en ese momento, pues gracias a la influencia de las reformas borbónicas, se empiezan a acuñar los términos de salud pública e higiene, ejes sobre los cuales se va a construir un nuevo modelo discursivo que regulará la relación entre el cuerpo, la enfermedad y la medicina. En palabras de Foucault (2003) se dará lugar a una filosofía del lenguaje, que clasificará y espacializará la enfermedad y los cuerpos enfermos, lo que brindará un nuevo campo de conocimientos y saberes, donde la clínica se convertirá en la institución que vigilará y a generará las técnicas de control sobre los cuerpos.

Consideraciones Finales

En los dos casos presentados, se encontró evidencia de restos óseos humanos que involucraban parte de extremidades inferiores amputadas. Aunque no se encontró evidencia de cultura material que estuviera directamente relacionada con las prácticas quirúrgicas ejercidas en dichos hospitales, lo interesante de este material es que los miembros que fueron amputados se articulan con dos elementos que condicionan los contextos de producción del registro arqueológico. Por un lado, está el saber quirúrgico en el que se ejecuta la práctica de la amputación en ambos hospitales, y por el otro, las diferencias registradas en el depósito de los restos. Ambas prácticas estuvieron influidas por las ideas. Aquellas construidas alrededor del cuerpo y la salvación del alma en el caso de Panamá, y la relación del cadáver con la higiene y la salud pública en el caso de Cartagena.

En ambos contextos, los cuerpos de los sujetos que sufrieron la amputación, reflejan las dinámicas discursivas en las que “la corrupción del cuerpo” no es sino la manifestación material de la enfermedad del alma (Le Goff y Truong 2006). La enfermedad, al mismo tiempo que provocaba exclusión, también generaba un sentimiento de satisfacción ya que el dolor se convertía en la mejor receta para el fortalecimiento del alma y el alcance de la felicidad eterna. De igual forma, el enfermo era “elegido” para recibir la asistencia espiritual de parte de los religiosos que administraban el hospital, pero aún más importante, del mismo Cristo, que era considerado médico de cuerpos y almas (Le Goff y Truong 2006:92).

Hasta el siglo dieciocho, el carácter prioritario que tenía el alma sobre el cuerpo influyó para que se equiparara el pecado con la etiología de la enfermedad. Esto no quiere decir que no se hayan ejecutado prácticas de asistencia corporal, a pesar de que el conocimiento sobre la anatomía y fisiología del cuerpo no estaban completamente claros. De esta manera podríamos explicar la razón por la cual muchos de los procedimientos quirúrgicos concluyeran en la amputación.

Habría que añadir a las consideraciones de tipo médico y religioso institucionales, el carácter sagrado que se le otorgaba al cuerpo en sí (a pesar del discurso que privilegiaba el alma), hasta el punto que se cuestionaban las prácticas que alteraban la integridad del cuerpo, como es el caso de la disección de cadáveres. La situación de equivalencia entre pecado y etiología cambió con la introducción de los nuevos discursos médicos, con la mirada y el lenguaje científicos y con el nacimiento de la clínica durante los siglos dieciocho y diecinueve (Foucault 2003). No obstante, sobre la sacralidad del cuerpo, un anatomista español del siglo dieciséis y formado en Italia comentaba:

“Considerando ilustrísimo señor, la falta que la nación nuestra tiene de hombres que entienda la anatomía. Así por ser cosa fea entre los españoles despedazar los cuerpos muertos, como por aver pocos venidos a Italia, donde la podrían aprender, no huelguen antes de ocuparse en otros ejercicios que en este, que por no estar acostumbrados, a semejantes cosas. Y visto el daño, que desto se sigue a toda la nación Española, parte de los cirujanos (a quien mas falta haze no entenderla) saber poco latín, parte por aver escrito el Vesalio tan escuramente, que con dificultad puede ser entendido ” (Valverde de Huamusco 1991[1556]:2).

En la cita se trasluce la influencia que tiene el discurso religioso y cómo se introduce la idea del temor hacia los muertos, lo que incidió, lo sustenta Foucault (2003:177), en el lento desarrollo de la anatomía patológica dentro del discurso científico. Este tipo de prácticas estuvieron prohibidas durante mucho tiempo y los cirujanos tenían que recurrir a la práctica con animales, incluso desde la época de Galeno. Le Goff y Truong (2006), resaltan que esa prohibición (incentivada por la Iglesia), no era directamente contra los anatomistas, más bien estaba dirigida a evitar el desmembramiento y distribución de las piezas de un cuerpo en diferentes lugares de sepultura. Sólo en la época moderna y con el

surgimiento de la anatomía patológica, la disección de los cuerpos llega a convertirse incluso en un evento de práctica pública y didáctica (Foucault 2003).

Es así como volvemos al tema de la sacralidad del cuerpo, entendido como el reflejo del cosmos y el universo. Por esa razón no se podía concebir el cuerpo por partes, por miembros o por órganos, de forma tal que al enfrentar un individuo con la separación de una de sus extremidades, esta debía ser tratada como si fuera el cuerpo completo, ya que de otra forma se rompería esa integridad material que manifestaba el discurso. De esa forma se explica por qué es posible encontrar, en el contexto arqueológico de los dos hospitales, la inhumación de restos óseos humanos en un nivel análogo a los cuerpos completos de otros sujetos.

En síntesis, los casos que brevemente se presentaron, muestran cómo el cuerpo tiene un carácter flexible que le permite ser extraído de su entorno social para ser concebido, explicado y modelado, en función de las relaciones que se establecen en otros ámbitos. Estos, finalmente, conforman su naturaleza biológica, cultural e histórica. Hemos visto que se manifiestan tanto en las representaciones y prácticas corporales, así como en la misma estructura material del cuerpo. Este es un registro del que puede dar cuenta la arqueología, con miras a la reconstrucción de las redes de significación social que se encuentran ubicadas en un contexto particular y que, de ser interpretado adecuadamente, agrega valiosa información a las condiciones específicas de construcción socio cultural de un grupo humano.

Referencias bibliográficas

- Agarwal, Sabrina y Bonnie Glencross (editores)
2011 *Social Bioarchaeology*. Wiley-Blackwell, UK-USA.
- Archivo General de la Nación. Sección Colonia. Fondo: Hospitales y Cementerios. Tomo 2. Colombia.
- Aristizabal, Tulio S. J.
1998 *Iglesias, Conventos y Hospitales en Cartagena Colonial*. El Áncora Editores – Banco de la República, Bogotá.
- Ayala, Jerónimo de
2009 [1724] *Principios de Cirugía. Tratado de Cirugía*. ICANH – Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá.
- Barthélemy, Dominique, Philippe Contamine, Georges Duby y Philippe Braunstein
2001 Problemas. En *Historia de la Vida Privada. Tomo II: De la Europa feudal al Renacimiento*, editado por Philippe Ariès y Georges Duby, pp. 415-644. Taurus Ediciones, Madrid.
- Cairo, Carlos del, Javier Rivera Sandoval, Catalina García y Juan Pablo Cruz
2009 Estudio Arqueológico en el sector de la cortina de la Muralla y el Baluarte de San Ignacio, Cartagena de Indias. Documento inédito entregado a la Fundación Terra Firme. FONADE. Ministerio de Cultura. Bogotá.
- Campos Rodríguez, Darío
1997 La salud en la historia social de los helenos según el «Corpus Hippocraticum». En *Medicina y Salud en la Historia de Colombia*, compilado por Javier Guerrero, pp. 15-31. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - Archivo General de la Nación - Asociación Colombiana de Historiadores, Tunja (Colombia).
- Cunzo, de Lu Ann
2006 Exploring the institution: reform, confinement, social change. En *Historical Archaeology*, editado por Martin Hall y Stephen W. Silliman. Blackwell Publishing, UK-USA-Australia.
- Duday, Henry
1997 Antropología biológica “de campo”, tafonomía y arqueología de la muerte. En *El Cuerpo Humano y su Tratamiento Mortuario*, coordinado por Elsa Malvido, Gregory Pereira y Vera Tiesler. Instituto Nacional de Antropología e Historia, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, México D. F.
- Foucault, Michel
2003 *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Clínica*. Siglo XXI editores, Buenos Aires.
2008 *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI editores, Buenos Aires.

- Funari, Pedro Paulo y Andrés Zarankin
 2003 Social archaeology of housing from a Latin American perspective. *Journal of Social Archaeology* 3(1):23-48.
 2005 Cultura material escolar: o papel da Arquitetura. *Pro-Posições* 16(1):135-144. Campinas, Unicamp.
- Gómez Romero, Facundo
 2005 The archaeology of the Gaucho “vago y mal entretenido”. *International Journal of Historical Archaeology* 9(3):145-164.
 2007 *Se Presume Culpable: Gauchos, Fortines y Tecnologías de Poder en las Pampas Argentinas del siglo XIX*. De los Cuatro Vientos Editorial, Buenos Aires.
- Guerra, Francisco
 1994 *El Hospital en Hispanoamérica y Filipinas: 1492-1848*. Ministerio de la Sanidad y Consumo. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional, Madrid.
- Hamilakys, Yannis, Mark Pluciennik y Sarah Tarlow
 2002 Introduction: thinking through the body. En *Thinking Through the Body: Archaeologies of Corporeality*, editado por Yannis Hamilakys, Mark Pluciennik y Sarah Tarlow, pp. 1-22. Kluwer Academics, Plenum Publishers, New York.
- Joyce, Rosemary
 2005 Archaeology of the body. *Annual Review of Anthropology* 34:139-158.
- Le Goff, Jacques y Nicolas Truong
 2006 *Una Historia del Cuerpo en la Edad Media*. Paidós, Buenos Aires.
- Martín Rincón, Juan Guillermo
 2002 Funerales en Panamá La Vieja: existen patrones en la América colonial? *Arqueología de Panamá La Vieja – Avances de Investigación* 1:93-102.
- Mauss, Marcel
 1971 Técnicas y movimientos corporales. En *Sociología y Antropología*. Editorial Tecnos, Madrid.
- Mercado, Pedro de
 2006 [1680] *Recetas para el Espíritu para Enfermos del Cuerpo*, edición facsimilar. Universidad Nacional de Colombia – Programa de apoyo al desarrollo de Archivos Iberoamericanos ADAI, Bogotá.
- Meskel, Lynn
 2000 Writing the body in archaeology. En *Reading the Body. Representations and Remains in the Archaeological Record*, editado por Alison E. Rautman, pp. 13-22. University of Pennsylvania Press, Pennsylvania.

- Proyecto Arqueológico Panamá la Vieja - PAPV
 1996 Informe final hospital San Juan de Dios. Documento inédito presentado por Álvaro Brizuela al Patronato Panamá Viejo.
- Rentería Salazar, Patricia
 1998 Investigación histórica para la valoración arquitectónica y espacial del claustro de San Pedro Claver de la Compañía de Jesús. Documento inédito entregado al Instituto de Investigaciones Estéticas, Facultad de Arquitectura, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Restrepo Zea, Estela
 2006 El hospital San Juan de Dios 1635-1900. En *Recetas para el Espíritu para Enfermos del Cuerpo*, edición facsimilar, pp. 47-102. Universidad Nacional de Colombia – Programa de apoyo al desarrollo de Archivos Iberoamericanos ADAI, Bogotá.
- Rivera Sandoval, Javier
 2004 Costumbres funerarias en la Cartagena colonial siglos XVI-XVIII. Estudio en el Claustro de Santo Domingo. Trabajo de grado inédito. Presentado al Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
 2012 Dolencias, remedios y sepulturas. Una aproximación a la arqueología del cuerpo en el antiguo hospital San Juan de Dios de Panamá Viejo. Tesis doctoral inédita presentada a la Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.
- Ronderos, María Paula
 2009 El arte del cirujano (presentación del libro). En *Principios de Cirugía. Tratado de Cirugía*. De Ayala, Jerónimo. ICANH – Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá.
- Scholkman, Barbara, Rainer Schreg, Aline Kottman, Ilda Martínez y Annette Zeischka.
 2006 El hospital San Juan de Dios, Panamá Viejo. *Canto Rodado* (1):65-83. Patronato de Panamá Viejo, Ciudad de Panamá.
- Sofaer, Joanna
 2006 *The Body as Material Culture. A Theoretical Osteoarchaeology*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Therrien, Monika
 2001-2002 Correrías de San Pedro Claver. *Revista de Antropología y Arqueología* 13:89-112.
 2004 Dandies en Bogotá: industrias para la civilización y el cambio, siglos XIX y XX. En *Arqueología Histórica en América del Sur: Los Desafíos del Siglo XXI*, compilado por Pedro Paulo Abreu Funari y Andrés Zarankin. Ediciones Uniandes, Bogotá.

- Therrien, Monika, Angélica Suaza y Adriana Balén
1998 Estudio arqueológico preliminar claustro de San Pedro Claver, Cartagena de Indias, Colombia. Documento inédito presentado al Instituto de Investigaciones Estéticas, Facultad de Arquitectura, Pontificia Universidad Javeriana. Ministerio de Cultura, Bogotá.
- Thomasset, Claude
2003 La naturaleza de la mujer. En *Historia de las Mujeres en Occidente, Tomo II: La Edad Media*, editado por Georges Duby y Michelle Perrot, pp. 72-104. Taurus Ediciones, Madrid.
- Tovar, Hermes
1998 La historiografía sobre Cartagena de Indias en el siglo XVIII. En *Cartagena de Indias y su Historia*, editado por Haroldo Calvo Stevenson y Adolfo Meisel Roca. Universidad Jorge Tadeo Lozano, Banco de la República, Bogotá.
- Valverde de Hamusco, Juan
1991 [1556] *Historia de la Composición del Cuerpo Humano*. Fundación de Ciencias de la Salud, Sociedad Estatal Quinto Centenario, Madrid.
- Vigarello, Georges
2006 *Lo Sano y lo Malsano. Historia de las Prácticas de la Salud desde la Edad Media hasta Nuestros Días*. Abada Editores, Madrid.
- Zarankin, Andrés
1999 Casa tomada: sistema, poder y vivienda familiar. En *Sed no Satiata, Teoría Social en la Arqueología Latinoamericana Contemporánea*, editado por Andrés Zarankin y Félix Acuto. Tridente, Buenos Aires.