

Vol 15, No. 34 / Septiembre - diciembre de 2023 / E-ISSN: 2145-132X

HISTORELO

REVISTA DE HISTORIA REGIONAL Y LOCAL



DOI (Digital Object Identifier) 10.15446/historelo



Facultad de Ciencias Humanas y Económicas
Sede Medellín



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Director y Editor General**

Dr. Renzo Ramírez Bacca, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Comité Editorial

Dr. Álvaro Acevedo Tarazona, Universidad Industrial de Santander, Colombia

Dr. Alexander Betancourt Mendieta, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Igor Alexis Goicovic Donoso, Universidad de Santiago de Chile, Chile

Dr. Joaquín Prats Cuevas, Universitat de Barcelona, España

Dr. Marco Palacios Rozo, El Colegio de México, México

Dr. Renzo Ramírez Bacca, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Comité Científico

Dr. Adrián Carbonetti, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Antonio José Echeverry Pérez, Universidad del Valle, Colombia

Dr. Armando Martínez Garnica, Universidad Industrial de Santander, Colombia

Dr. Gerardo Lara Cisneros, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. José Antonio Mateo, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

Dr. José Rojas Galván, Universidad de Guadalajara, México

Dra. Mónica Ghirardi, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dra. Orietta Favaro, Universidad Nacional de Comahue, Argentina

Dr. Rafael Enrique Acevedo Puello, Universidad de Cartagena, Colombia

Dr. Sebastián Plá Pérez, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Silvina Inés Jensen, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Dr. Yobenj Aucardo Chicangana Bayona, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Equipo Editorial*Asistente editorial*

Ma. Ana Pérez, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Divulgación en redes sociales

Oficina de comunicaciones FCHE, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Diseño y diagramación

Oficina de comunicaciones FCHE, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, Colombia

Diseñadora: Melissa Gaviria Henao

Comunicadora: Mayra Alejandra Álvarez Bedoya

Portada

Blaisedell, Albert F. Our bodies and How We Live. Boston: Ginn &, 1904. “Louis Pasteur”.

https://etc.usf.edu/clipart/15700/15702/pasteur_15702.htm

HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local es editada por la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín —Facultad de Ciencias Humanas y Económicas— Departamento de Historia. Es un espacio de socialización de resultados inéditos de investigación histórica con énfasis en perspectivas locales y regionales. Asimismo, promueve el debate teórico, historiográfico y metodológico disciplinar, y acepta propuestas que propendan por la relación de la disciplina con otras ciencias, con miras a potenciar el diálogo interdisciplinario.

La revista es publicada cuatrimestralmente —enero, mayo y septiembre— y proporciona acceso libre e inmediato de cada edición electrónica. Además, está numerada con el E-ISSN 2145-132X y se encuentra en *Scopus Data Base*, *Emerging Sources Citation Index*, *SciELO Citation Index* e Índice Bibliográfico Nacional Publindex (IBN Publindex), entre otras Bases Bibliográficas con Comité de Selección, directorios, catálogos y redes.

El contenido de la revista está dirigido a profesionales, investigadores, estudiantes de posgrado y académicos interesados en la creación de conocimiento histórico. Ni autores, ni lectores tienen cargo alguno por publicar o tener acceso a nuestra publicación. Requiere a los autores que concedan la propiedad de sus derechos de autor, para que su artículo y materiales sean reproducidos, publicados, editados, fijados, comunicados y transmitidos públicamente en cualquier forma o medio, así como su distribución en el número de ejemplares que se requieran y su comunicación pública, en cada una de sus modalidades, incluida su puesta a disposición del público a través de medios electrónicos, ópticos o de otra cualquier tecnología, para fines exclusivamente científicos, culturales, de difusión y sin fines de lucro. La responsabilidad intelectual de los artículos es de los autores.

Las propuestas de publicación deben ser originales y no haberse enviado previamente a otra revista. Los originales serán sometidos a un proceso editorial que se desarrollará en varias fases. En primer lugar, los artículos recibidos serán objeto de una evaluación preliminar por parte de los miembros del comité editorial, el director o editor, que determinarán la pertinencia de la publicación. Una vez establecido que el artículo cumple con los requisitos temáticos, además de los requisitos formales indicados en las instrucciones, será enviado a dos pares académicos externos, quienes estipularán, de forma anónima: a) Aceptado, b) Aceptado con cambios o c) Rechazado. En caso de discrepancia entre ambos resultados, el texto será enviado a un tercer árbitro, cuya decisión definirá su publicación, que será revisada por el Comité Editorial de la revista que tiene la última palabra para aprobar o no la publicación del artículo. La evaluación también tiene un elemento cuantitativo y ese criterio genera un orden de prioridad para aceptar o rechazar. En tal sentido se seleccionarán los textos mejor evaluados en términos cualitativos y cuantitativos. La revista publica hasta siete artículos por número. Los resultados del proceso de dictamen académico serán inapelables en todos los casos. Los autores quedarán en libertad de buscar la publicación en otra revista después del veredicto.

Luego los autores seleccionados deben comprometerse a responder razonadamente a los comentarios de los evaluadores, bien sea incorporando las sugerencias, observaciones, correcciones, etcétera, y explicando las razones por las que no aceptan algunas de estas. Además, incorporar los lineamientos técnicos de escritura y presentación final ofrecidos por el editor de la revista.

HiSTOReLo fue fundada por la Universidad Nacional de Colombia y la Asociación Colombiana de Historia Regional y Local en 2008. Actualmente, se rige por el Acuerdo CF-64 de 2018 (Acta 19 del 9 de octubre) de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín.

Ética de publicación

El autor, previo al proceso de revisión de pares, debe firmar un manifiesto en el que declara que la propuesta de publicación es original, no ha sido publicada y tampoco se ha enviado para su evaluación o publicación a otra revista.

Asimismo, se compromete a respetar los derechos de autor y de propiedad intelectual y las buenas prácticas de citación y referencias de autores o fuentes de información, acorde con el manual de estilo adoptado por la revista, y debe mencionar las fuentes o instituciones que financiaron o respaldaron el proceso de investigación y de publicación de resultados.

La coautoría debe consignarse en el sistema de la revista previo al momento de su envío al equipo editorial, siempre y cuando este participe en la concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción o revisión del artículo para contenido intelectual y en la aprobación final del texto. Las personas que no cumplen los anteriores criterios para ser coautores deben ser reconocidos en una nota al pie de página, en donde se indique su forma de contribución, sea en ayuda de investigación, espacios, supervisión o apoyo financiero.

Deben dársele los créditos a los auxiliares de investigación, o en casos de coautoría aclarar el modo de participación y contribución en el texto propuesto. Su notificación posterior al dictamen final será motivo de desclasificación para su publicación definitiva. La revista no acepta artículos con más de tres autores.

El orden de la coautoría es una decisión conjunta de los autores, la cual deberá notificarse una vez el artículo sea aceptado para su publicación.

Para la revista se consideran inaceptables los autores fantasmas (*ghost authors*), autores invitados (*guest authors*) o autores regalo (*gift authors*).

Existe un potencial conflicto de interés cuando el autor, editor o revisor tenga cierta propensión o creencia que afecte su objetividad, o un modo inapropiado para influir en sus decisiones o conceptos finales. En tales casos se deberá, de modo inmediato, notificar al director de la revista.

La revista adopta las valoraciones éticas en investigación y publicación de Elsevier, las cuales deben ser consideradas por los investigadores, autores, revisores y editores. Evite el plagio y la duplicidad.

Las controversias por violación a las normas de ética en la investigación y publicación serán tomadas por el comité editorial, previo concepto del director de la revista.

HiSTOReLo, Revista de Historia Regional y Local is edited by the *Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín*, Faculty of Human and Economic Sciences, Department of History. The Journal brings to the public unpublished results in historical research with an emphasis in local and regional perspectives. Likewise, it promotes theoretical, historiographical, and methodological debate within the discipline, and it accepts works that encourage a relationship between history and other sciences in order to strengthen an interdisciplinary dialogue.

The journal is published four-month —January, May and September—. Free and immediate access to each electronic edition is provided. Additionally, the journal is numbered with E-ISSN 2145-132X and is found in Scopus Data Base, Emerging Sources Citation Index, SciELO Citation Index, and Índice Bibliográfico Nacional Publindex (IBN Publindex), among other bibliographic databases with selection committees, directories, catalogues and networks.

The content of the journal is aimed at professionals, researchers, graduate students and academics interested in the creation of historical knowledge. Neither authors nor readers are charged for their publications or for accessing the journal. The journal requires that authors give up their copyrights in order to publicly reproduce, publish, edit, fix, communicate and transmit their articles and material in any form or by any means, as well as to distribute as

many copies as are required to make articles available to the public through electronic and optic media or by any other means of technology. Authors take intellectual responsibility for the content of their articles. HiSTOReLo is a non-profit journal and all its publications are done for exclusively scientific, cultural, and distribution purposes.

Articles submitted for publication must be original and they cannot have been previously sent to any other journal. Original manuscripts will pass through an editorial process with various stages. First, articles will be subjected to a preliminary evaluation carried out by the members of the Editorial Committee and the Director and/or Editor, who will determine the relevance of the publication. Once it is established that the article fulfills all theme-related requisites, as well as all formal requisites indicated in the guidelines, it will be sent to two external academic peers, who will anonymously determine whether the article should be a) Accepted for publication, b) Accepted with changes, c) Rejected. In case of a discrepancy between the results, the text will be sent to a third referee, whose decision will define its publication, said decision will be reviewed by the Editorial Committee of the journal, which has the last word to approve or not the publication of the article. The evaluation also has a quantitative element, and that criterion generates an order of priority for acceptance or rejection. In this sense, the best evaluated texts in qualitative and quantitative terms will be selected. The journal publishes up to seven articles per issue. The results of the review process will be final in all cases. The authors will be free to look for publication in another journal after the verdict is given.

Afterwards, the selected authors must make a commitment to respond reasonably to the reviewers' comments, either incorporating the suggestions, observations, corrections, etc., and explaining the reasons why they do not accept some of them. In addition, incorporate the technical guidelines for writing and final presentation offered by the editor of the journal.

HiSTOReLo was founded by the *Universidad Nacional de Colombia* and the *Asociación Colombiana de Historia Regional y Local* in 2008. Currently, it is governed by Agreement CF-64 of 2018 (Act 19 of October 9) of the Faculty of Human and Economic Sciences, *Universidad Nacional de Colombia – Medellín Campus*.

Publishing Ethics

Before the peer-reviewing process, authors must sign a statement declaring that the material submitted for publication is original and unpublished, and that it hasn't been sent for evaluation or publication to any other journal.

Likewise, authors are required to respect copyrights and adhere to good citation and referencing practices regarding other authors or sources of information, according to the style chosen by the journal. Additionally, authors must mention the sources and institutions that financed or supported their research and the process of publishing the results.

Co-authorship must be registered in the journal's system before submitting the text to the editorial team, as long as the co-author participates in the following: conception and design of the study, data acquisition, analysis and interpretation, writing or revision of the article's intellectual content, and final approval of the text. The participation of those who don't fulfill the previous co-authorship requirements should be acknowledged in a footnote that indicates their names and the type of contribution, namely, research assistance, access to locations, supervision or financial support.

Research assistants must be credited for their work, or, in co-authorship cases, the manner and the extent of their involvement in the production of the text must be clearly stated. Notification of co-authors after the final decision regarding the publishing of the article will cause its disqualification. The journal does not accept articles with more than three authors.

Co-authorship order is decided by all co-authors, and the journal must be notified about it once the article is accepted for publishing.

“Ghost authors”, “guest authors”, or “gift authors” are not acceptable to the journal.

There is a potential conflict of interests whenever authors, editors or reviewers hold certain interests or believes that affects their objectivity or any inappropriate reason to influence their decisions or final concepts. In such cases, the editor of the journal must be immediately notified.

The journal adheres to Elsevier's research and publishing ethics, which must be adopted by researchers, authors, reviewers and editors. Plagiarism and duplicity are unacceptable.

The editorial committee on the recommendation of the journal director will handle controversies regarding the violation of research and publication ethics.

HiSTOReLo. Revista de História Regional e Local é editada pela Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín – Faculdade de Ciências Humanas e Económicas – Departamento de História. É um espaço de socialização de resultados inéditos de pesquisa histórica com ênfase em perspectivas locais e regionais. Além disso, promove o debate teórico, historiográfico e metodológico disciplinar; e aceita propostas que visam a relação da disciplina com outras ciências, com o objetivo de apoiar o diálogo interdisciplinar.

A revista é publicada quadrimestral —janeiro, maio e setembro— e proporciona o acesso livre e imediato de cada edição eletrônica. Além disso, está numerada com o E-ISSN 2145-132X, e se encontra na Scopus Data Base, Emerging Sources Citation Index, SciELO Citation Index, e Índice Bibliográfico Nacional Publindex (IBN Publindex), entre outras Bases Bibliográficas com Comitê de Seleção, diretórios, catálogos e redes.

O conteúdo da revista está dirigido a profissionais, pesquisadores, estudantes de pós-graduação e acadêmicos interessados na criação de conhecimento histórico. Nem autores, nem leitores são cobrados por publicar ou ter acesso a nossa publicação. É requerido que os autores concedam a propriedade de seus direitos de autor, para que seu artigo e materiais sejam reproduzidos, publicados, editados, fixados, comunicados e transmitidos publicamente em qualquer forma ou meio, como também sua distribuição no número de exemplares que forem necessários e sua comunicação pública, em cada uma de suas modalidades, incluída a posta à disposição do público através de meios eletrônicos, óticos ou de outra tecnologia qualquer, para fins exclusivamente científicos, culturais, de difusão e sem fins lucrativos. A responsabilidade intelectual dos artigos é dos autores.

As propostas de publicação devem ser originais e não ter sido enviadas previamente a outra revista. Os originais serão sometidos a um processo editorial que se desenvolve em várias fases. Em primeiro lugar, os artigos recebidos serão objeto de uma avaliação preliminar por parte dos membros do Comitê Editorial, o Diretor e/ou Editor, quem determinarão a pertinência da publicação. Uma vez estabelecido que o artigo cumpre com os requisitos temáticos, além dos requisitos formais indicados nas instruções, será enviado a dois pares acadêmicos externos, que determinarão de forma anônima: a) Aceitar para publicação, b) Aceitar com mudanças, c) Rejeitar. No caso de discrepância entre ambos os resultados, o texto será enviado a um terceiro parecerista, cuja decisão definirá sua publicação, a qual será analisada pelo Comitê Editorial da revista, que tem a última palavra para aprovar ou não a publicação do artigo. A avaliação também tem um elemento quantitativo e esse critério gera uma ordem de prioridade para a aceitação ou rejeição. Nesse sentido, os textos com melhor avaliação em termos qualitativos e quantitativos serão selecionados. A revista publica até sete artigos por número. Os resultados do ditame acadêmico serão finais em todos os casos. Os autores terão liberdade para procurar a publicação em outro periódico após o veredito.

Logo depois, os autores selecionados devem se comprometer a responder de forma razoável aos comentários dos avaliadores, seja incorporando as sugestões, observações, correções etc., e explicando os motivos pelos quais não aceitam algumas delas. Além disso, incorporar as diretrizes técnicas de redação e apresentação final oferecidas pelo editor da revista.

A HiSTOReLo foi fundada pela Universidad Nacional de Colombia e a Asociación Colombiana de Historia Regional y Local em 2008. Atualmente é regida pelo Convênio CF-64 de 2018 (Lei 19 de 9 de outubro) da Faculdade de Ciências Humanas e Econômicas da Universidad Nacional de Colombia – Campus de Medellín.

Ética de publicação

O autor, prévio ao processo de revisão de pares, deve assinar um atestado no qual declara que a proposta de publicação é original, não foi publicada previamente, e também não foi enviada para avaliação ou publicação a outra revista.

Da mesma forma, compromete-se a respeitar os direitos de autor e de propriedade intelectual e as boas práticas de citação e referências de autores ou fontes de informação de acordo com o manual de estilo adotado pela revista e deve mencionar as fontes ou instituições que financiaram ou apoiaram o processo de pesquisa e de publicação de resultados.

A coautoria deve se consignar no sistema da revista antes do momento de seu envio à equipe editorial sempre e quando este participe na concepção e esboço do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação; redação ou revisão do artigo para conteúdo intelectual e na aprovação final do texto. As pessoas que não cumprem com os anteriores critérios para serem coautores, devem ser reconhecidos em uma anotação no rodapé indicando sua forma de contribuição seja ajuda à pesquisa, espaços, supervisão ou apoio financeiro.

Deve dar créditos aos auxiliares de pesquisa ou, em casos de coautoria, esclarecer o modo de participação e contribuição no texto proposto. Sua notificação depois do parecer final será motivo de desclassificação para sua publicação definitiva. A revista não aceita artigos com mais de três autores.

A ordem da coautoria é uma decisão conjunta dos coautores, a qual deverá ser notificada uma vez o artigo for aceito para sua publicação.

A revista considera inaceitável os autores fantasmas *Ghost authors*, autores convidados *Guest authors* ou autores presenteados *Gift authors*.

Existe um potencial conflito de interesse quando o autor, editor ou revisor tiver certo interesse ou crença que afete sua objetividade ou um modo inapropriado para influir em suas decisões ou conceitos finais. Nestes casos deve-se, de modo imediato, notificar ao diretor da revista.

A revista adota as valorações éticas em pesquisa e publicação da Elsevier, as quais devem ser consideradas pelos pesquisadores, autores, revisores e editores. Evite o plágio e a duplicidade.

As controvérsias por violação das normas de ética na pesquisa e publicação serão tomadas pelo comitê editorial prévio conceito do diretor da revista.

Dirección

HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local

Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín

Facultad de Ciencias Humanas y Económicas

Carrera 65 N°.o 59A-110, Bloque 43, Oficina 450

Medellín (Antioquia - Colombia - Suramérica)

Correo electrónico: historelo@unal.edu.co

Teléfono: +57 (4) 430 98 88, ext. 46234

Fax: +57 (4) 260 44 51

Página oficial – Portal de Revistas UN

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/historelo/index>

International Standard Serial Number (ISSN)

2145-132X (Electrónico)

DOI (Digital Object Identifier)

10.15446/historelo

Índices y bases de datos

Índice Bibliográfico Citacionales (IBC)

- Scopus
- SciELO Citation Index (WoS)
- SciELO (Colombia)
- Web of Science - Emerging Sources Citation Index (ESCI)

Índice Bibliográfico Nacional (IBN)

- Índice Bibliográfico Nacional Publindex (IBN Publindex)

Bases Bibliográficas con Comité de Selección (BBCS)

- America: History and Life
- Historical Abstracts
- Redalyc – Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
- SocINDEX
- Urban Studies Abstracts

Bases de datos, directorios, catálogos, portales y redes

Academia.edu; Actualidad Iberoamericana; AmeliCA; Clasificación Integrada de Revistas Científicas – CIRC; Citas Latinoamericanas de Ciencias Sociales y Humanidades (CLASE); CLASE-BIBLAT; Clacso-Redalyc; DIALNET Fundación. Universidad de la Rioja; Directory of Open Access Journals (DOAJ); Directory of Research Journals Indexing (DRJI); Elektronische Zeitschriftenbibliothek Frei Zugangliche E Journals; Facebook; Fuente Académica Premier - EBSCO Publishing; European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences (ERIH PLUS); Genamics JournalSeek; Google Scholar; JournalTOCs; Journal Scholar Metrics. Arts, Humanities, and Social Sciences; Ibero-Amerikanischen Instituts, Preußischer Kulturbesitz; LA Referencia. Red de repositorios de acceso abierto a la ciencia; LatinREV; Library of Congress E-Resources Online Catalog; LatAm-Studies Full Text Plus; Mendeley; Miar; Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Portal de Revistas UN; Red de Bibliotecas Virtuales de Clacso; Red de Bibliotecas Universitarias (REBIUN); Redial & Ceibal Portal americanista europeo; Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB); Rev-Sapiens; Researchbib; SHERPA – RoMEO; Sistema Nacional de Bibliotecas UN; ROAD. Directory of Open Access Scholarly Resources-ISSN; SciELO - Scientific Electronic Library Online Colombia; SCImago Journal Rank - SJR; Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Catálogo de LATINDEX); Ulrichsweb; Zeitschriftendatenbank (ZDB).

i

Índice

12-21	<p>EDITORIAL</p> <p>Pandemias, epidemias y endemias en la historia de América Latina, siglos XVI al XX</p> <p><i>Pandemics, Epidemics and Endemics in the History of Latin America, 16th to 20th Centuries</i></p> <p><i>Pandemias, epidemias e endemias na história da América Latina, séculos XVI a XX</i></p> <p>Abel-Fernando Martínez-Martín  https://orcid.org/0000-0002-4621-6072</p> <p>Andrés-Ricardo Otálora-Cascante  https://orcid.org/0000-0002-0793-4602 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.107146</p>
	<p>ARTÍCULOS</p>
22-56	<p>“La venganza de la miseria”. La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937</p> <p><i>The Revenge of Misery. The Epidemic of Exanthematic Typhus in Santiago de Chile, 1933-1937</i></p> <p><i>A vingança da miséria. A epidemia de tifo exantemático em Santiago do Chile, 1933-1937</i></p> <p>Maricela González-Moya  https://orcid.org/0000-0002-7025-7077 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102938</p>
57-89	<p>Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920</p> <p><i>Ankylostomiasis by the Thousands. Local Physicians and Strategies to Combat Hookworm in Colombia 1905-1920</i></p> <p><i>Ancilostomiásicos por milhares. Médicos locais e estratégias de combate à anquilostomíase na Colômbia 1905-1920</i></p> <p>María-Catalina Garzón-Zapata  https://orcid.org/0000-0001-5628-8363 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935</p>
90-127	<p>La propagación del cólera <i>morbus de 1833</i> desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco</p> <p><i>The Spread of Cholera Morbus of 1833 from Tampico to Aguascalientes and Los Altos de Jalisco</i></p> <p><i>A propagação da cólera morbus de 1833 de Tampico para Aguascalientes e Los Altos de Jalisco</i></p> <p>Paulina Torres-Franco  http://orcid.org/0000-0001-8486-0291 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102659</p>

128-166	<p>Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada</p> <p><i>Inoculation, Hygienic Policies and Intensity of Smallpox Epidemics of 1782-1783 and 1802 in Santafé, Viceroyalty of Nueva Granada</i></p> <p><i>Inoculação, políticas higiênicas e intensidade das epidemias de varíola de 1782-1783 e 1802 em Santafé, vice-reinado da Nueva Granada</i></p> <p>Cristhian-Fabián Bejarano-Rodríguez</p> <p> https://orcid.org/0000-0001-8522-991X https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102738</p>
167-204	<p>La epidemia de viruela de 1796-1797 en Oaxaca (México): variolización, discursos, (re)acciones e impacto demográfico</p> <p><i>The Smallpox Epidemic of 1796-1797 in Oaxaca (Mexico): Variolation, Discourses, (Re)actions and Demographic Impact</i></p> <p><i>A epidemia de varíola de 1796-1797 em Oaxaca (México): variolização, discursos, (re)ações e impacto demográfico</i></p> <p>Ana-Rosalía Aguilera-Núñez</p> <p> https://orcid.org/0000-0001-7103-5655 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102962</p>
205-239	<p>La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades en el Nuevo Reino de Granada, 1633</p> <p><i>The Plague that Left Homes Depopulated and Cities Deserted in the New Kingdom of Granada, 1633</i></p> <p><i>A peste que deixou despovoadas as casas e ermas as cidades no Novo Reino de Granada, 1633</i></p> <p>Abel-Fernando Martínez-Martín</p> <p> https://orcid.org/0000-0002-4621-6072</p> <p>Andrés-Ricardo Otálora-Cascante</p> <p> https://orcid.org/0000-0002-0793-4602 https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102425</p>

Editorial

Abel-Fernando Martínez-Martín*
Andrés-Ricardo Otálora-Cascante**

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.107146>

Pandemias, epidemias y endemias en la historia de América Latina, siglos XVI al XX

Todos reconocieron entonces la presencia de la Muerte Roja. Había venido como un ladrón en la noche [...]. Y las tinieblas, y la ruina, y la Muerte Roja tuvieron sobre todo aquello ilimitado dominio. (Poe [1842] 2004, 105)

El dossier “Pandemias, epidemias y endemias en la historia de América Latina, siglos XVI al XX” que *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* del Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, presenta a sus lectores en este volumen 15, número 34 (septiembre-diciembre de 2023), ilustra bastante bien los avances que, en historia sociocultural de la medicina y la salud, así como en demografía histórica, ha tenido América Latina en los últimos años.

Desde los debates planteados en torno a la demografía histórica en la América de la conquista hasta hoy, son varios los enfoques y caminos que el tema de la historia de las enfermedades, de la medicina y de la salud, así como de las pandemias, epidemias y endemias han transitado. Los artículos de este dossier son una buena muestra de ello.

* Doctor y Magíster en Historia por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Colombia. Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Historia de la Salud en Boyacá-UPTC y Museo de Historia de la Medicina y la Salud-UPTC de Tunja (Colombia). Correo electrónico: abelfmartinez@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-4621-6072>

** Doctor en Historia y Magíster en Antropología por la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Historia de la Salud en Boyacá-UPTC y Museo de Historia de la Medicina y la Salud-UPTC en Tunja (Colombia). Correo electrónico: arotalorac@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-0793-4602>

Desde el inicio de la agricultura, la convivencia con los animales domésticos y la vida sedentaria en centros urbanos en el Neolítico, las enfermedades infecciosas se convirtieron en la primera causa de mortalidad entre los seres humanos. El perfil epidemiológico ha cambiado radicalmente con los modernos procesos de urbanización, el descubrimiento de sueros y vacunas, los antibióticos, el mejoramiento de las condiciones de vida, el acceso a los servicios públicos, a la salud y a la educación, lo que ha producido que las enfermedades crónicas y degenerativas, sin contar la violencia y la accidentalidad, sean la primera causa de muerte por enfermedad en poblaciones humanas en el siglo XXI.

El pandémico virus del SARS-CoV-2, causante de la Covid-19, nos recordó que las pandemias siguen produciéndose en este mundo globalizado, poniendo en evidencia nuestra condición de vulnerabilidad ante los microrganismos y nos ha proporcionado, como afirma el filósofo y sociólogo francés Edgar Morin, “un festival de incertidumbres, a pesar de los grandes progresos de la medicina y de la ciencia” (Morin 2020, 26).

Por lo anterior, quizá resulte de interés repasar las etapas en que se desarrolla una epidemia, realizada por el historiador de la medicina norteamericano Charles E. Rosenberg, en su trabajo sobre la ya larga epidemia del VIH-SIDA: *Etapa 1. La revelación progresiva*. La aceptación que una epidemia ha trastocado nuestra cotidianidad; *Etapa 2. Manejando el azar*. Aquel marco de referencia que nos permita entender el curso de la epidemia y racionalizar lo que está sucediendo desde el conocimiento legitimado socialmente; *Etapa 3. Negociando una respuesta pública*. Aquellas acciones colectivas que definen si es posible o no controlar la epidemia (Rosenberg 1989, 3-9), y que pueden aplicarse a muchas de las enfermedades epidémicas, que los autores del dossier de *HiSTOReLo* desarrollan en las páginas siguientes y, por supuesto, a la última pandemia viral del siglo XXI, la Covid-19.

Para el historiador de la medicina argentino, Diego Armus, la Historia Socio-cultural de la Enfermedad es, ante todo, un trabajo interdisciplinario, pues variados son los campos de saberes que se entrelazan, que aportan y enriquecen los debates para poder descubrir: “la riqueza, complejidad y posibilidades de la enfermedad y la salud, no solo como problema sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos” (Armus 2010, 6-7).

En efecto, la historiografía sobre el estudio de las enfermedades en las poblaciones humanas muestra precisamente esta interdisciplinariedad. El estudio de las poblaciones indígenas americanas frente a las enfermedades y las consecuencias de la conquista, han sido uno de esos campos que involucran historia, demografía y epidemiología, restándole importancia a la “Leyenda Negra” y analizando el decisivo papel de las desconocidas enfermedades sobre las sociedades aborígenes, lo que contribuyó al aumento del estudio e interés en las epidemias, en especial, en América Latina.

En los años cincuenta del siglo XX, el médico e historiador estadounidense John Duffy fue uno de los primeros en analizar de forma sistemática el papel de las epidemias de viruela en las poblaciones amerindias. A finales de los años sesenta, Alfred Crosby dio el siguiente paso al enlazar las epidemias con la conquista, lo que sirvió para poner el asunto en una perspectiva mundial. Los trabajos colaborativos entre Sherburne F. Cook y Woodrow W. Borah en la Universidad de California en Berkeley, marcarían los años setenta y animaron el debate sobre el papel desempeñado por las enfermedades del Viejo Mundo en la conquista del Nuevo Mundo (Cook 2005, 11-12).

El trabajo prosiguió por parte de especialistas como Francisco Guerra, Enrique Florescano y Elsa Malvido para la Nueva España; así como los trabajos demográficos de Henry F. Dobyns, Russell Thornton, el geógrafo W. George Lovell sobre Guatemala y Thomas M. Whitmore, que documentaron el impacto de las enfermedades del Viejo Mundo en varias áreas de la América Septentrional (Cook 2005,12).

Cook extiende sus análisis también a zonas de Suramérica. Por otro lado, el historiador William McNeill con su clásico *Plagas y pueblos*, en los años setenta, estudió las enfermedades infecciosas en el ascenso y caída de varias civilizaciones (1984). Nicolás Sánchez-Albornoz, trabajó también sobre la demografía tanto española como americana y sobre el papel desempeñado por las enfermedades del Viejo Mundo (Sánchez-Albornoz 2003).

El año 1992 marcó un hito para la historia de la medicina y la salud en América Latina, no solo por las conmemoraciones, por muchos rechazadas, sino porque resurgió el interés y una renovación de los estudios en demografía histórica sobre el efecto de las epidemias que cruzaron el océano y generaron devastadoras catástrofes

poblaciones a lo largo y ancho del Nuevo Mundo, cambiando el tradicional relato impulsado por la “Leyenda negra”, que atribuía a la guerra y a la explotación indígena la única causa del despoblamiento americano tras la conquista, incluyendo entre las causas, el papel importante desempeñado por las enfermedades infecciosas y el libre intercambio de microbios entre los viejos y nuevos mundos (Cook y Lovell 1991, xi).

Massimo Livi Bacci, profesor de demografía de la Universidad de Florencia, Italia, atribuye nuevamente a la sobreexplotación de los indígenas en la isla de La Española, la causa de su desaparición, no solo a lo que denomina el “Revisionismo epidemiológico”, es decir, el que atribuye la causa a las enfermedades traídas por los europeos, sobre las que han trabajado tantos especialistas desde Cook y Borah (Livi-Bacci 2006).

En el ilustrado siglo XVIII, aparecen las dos primeras estrategias distintas a las cuarentenas y a las rogativas religiosas para luchar contra las epidemias, la inoculación y la vacunación contra la viruela, parte de las reformas borbónicas que se empeñaban en aumentar la población de las colonias a través de la higienización y aireación de las ciudades (Frías-Núñez 1992). Por primera vez se hacen cálculos y censos de población, se recomiendan medidas, se actúa sobre la población (Silva 2007). El disímil proceso de industrialización, las guerras, el comercio portuario y la migración a las ciudades, en los países de América Latina durante los siglos XIX y XX, generó nuevos retos de salud pública y el fracaso o el efectivo control de las enfermedades infecciosas endémicas o epidémicas (Obregón-Torres 2021).

Por periodos históricos el dossier de este número, presenta artículos que cubren los antiguos virreinatos de la Nueva España —actual México— y del Perú y el territorio del Nuevo Reino de Granada —actual Colombia— a las que se suman experiencias republicanas de la enfermedad, las prácticas médicas y la muerte en Argentina, Chile, México y Colombia.

Luego del proceso editorial que caracteriza a *HiSTOReLo*, este número que presentamos a los lectores se compone de seis artículos, que en esta oportunidad se encuentran ordenados cronológicamente de las enfermedades más recientes, del siglo XX a las más antiguas del XVII. Dos de ellos corresponden al siglo XX, uno sobre la epidemia de tifus exantemático en la capital chilena en la década de

los treinta, otro sobre el tratamiento de la anemia tropical en las tierras cafeteras de Colombia a inicios del mismo siglo. Uno del siglo XIX sobre el *cólera morbus* en varios estados de la república mexicana en el convulso año de 1833.

Continuamos con del periodo colonial, dos de finales del siglo XVIII e inicios del XIX sobre la epidemia de viruela y su tratamiento, gran referente de los estudios sobre el periodo borbónico, en las ciudades de Antequera —actual Oaxaca— y la capital del virreinato de Nueva Granada, Santafé —actual Bogotá— para cerrar en 1633, con la epidemia doble de tifus exantemático y viruela que se presentó en el altiplano andino del Nuevo Reino de Granada, alrededor de las ciudades de Santafé y Tunja.

El primer artículo de este dossier, “‘La venganza de la miseria’. La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937”, de la doctora en Historia de la Universidad de las Américas (Chile), Maricela González Moya, investiga las condiciones médicas y socioculturales de la epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile en la década de 1930, poniendo el énfasis en la condición social, visibilizando el empobrecimiento y la precariedad extrema, que permitió la propagación de la enfermedad infecciosa y la estigmatización de las personas enfermas.

El segundo artículo, “Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920”, de la doctora en Historia de la Universidad de los Andes (Colombia), María Catalina Garzón Zapata, aborda una enfermedad endémica, la anemia tropical, anquilostomiasis, uncinariasis o “enfermedad de la pereza”, que expone de manera clara la importancia de esta patología en las regiones cafeteras colombianas y su impacto en la salud y en la economía colombiana. Reivindica la autora los esfuerzos de los médicos colombianos frente a la intervención sanitaria de la “todopoderosa” Fundación Rockefeller.

Con el tercer artículo, “La propagación del cólera *morbus* de 1833 desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco”, de la doctora en Historia de la Universidad Pedagógica Nacional (México), Paulina Torres Franco, volvemos a la América Septentrional, abordando otra enfermedad epidémica que llegó a tierras mexicanas en el convulso siglo XIX, el *cólera morbus*, en 1833. El artículo investiga

las divergencias en torno al inicio de esta epidemia en algunas ciudades de México a través de fuentes parroquiales como los libros de entierros.

El cuarto artículo del dossier nos trae nuevamente a la América Meridional, con “Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada” y a la enfermedad más estudiada en América y en Colombia, la viruela. En el artículo, el magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Cristhian Fabián Bejarano Rodríguez, explora las estrategias empleadas a finales del ilustrado siglo XVIII e inicios del XIX, para combatir esta temida enfermedad epidémica, causa de despoblación. Las autoridades del virreinato utilizaron la práctica de la inoculación impulsada por el ilustrado médico y botánico gaditano José Celestino Mutis, presente en Santafé, antes del uso de la vacuna como herramienta principal para combatir la viruela.

El quinto artículo de este dossier sobre pandemias, epidemias y endemias en la historia de América Latina, siglos XVI al XX, “La epidemia de viruela de 1796-1797 en Oaxaca (Méjico): variolización, discursos, (re)acciones e impacto demográfico”, de la doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Guanajuato (Méjico), Ana Rosalía Aguilera Núñez, estudia también la epidémica viruela a finales del siglo XVIII. Una investigación que articula análisis de demográfica histórica e historia social para explicar el brote de viruela y su expansión en la novohispana Antequera y su entorno, abordando las dinámicas sociales, el devenir de la epidemia y los conflictos de la crisis sanitaria.

El artículo “La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades en el Nuevo Reino de Granada, 1633” cierra este dossier sobre pandemias, epidemias y endemias. Escrito por los editores invitados, el doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia y en Historia de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Abel Fernando Martínez Martín y el doctor en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Andrés Ricardo Otálora Cascante. En este texto se aborda las epidemias de tifus exantemático y viruela conocida como Peste de Santos Gil, o Grande, o General de 1633 en el altiplano del Nuevo Reino de Granada. La epidemia doble causó una crisis sanitaria, social, económica y demográfica y sus

consecuencias se relacionaron con el despoblamiento, la hambruna y la crisis del sistema de encomiendas en las ciudades de Tunja y Santafé (Bogotá) debido al colapso de la población indígena tributaria.

La historia sociocultural de la medicina, la salud y la enfermedad, resulta de un trabajo interdisciplinario, en el cual métodos y herramientas de varios campos convergen en el estudio complejo de estos procesos bioculturales que afectan a tantas personas en un mismo tiempo. Los avances en ciencia y tecnología en el área de la medicina y la salud pública, así como la masificación del conocimiento hicieron creer, por un breve momento, a la humanidad, que estaba libre de las temidas pandemias que la asolaron en el pasado. No obstante, justamente una de ellas, el coronavirus, vino a recordarnos, terminando la segunda década del siglo XXI, el miedo, la fragilidad, la incertidumbre y la vulnerabilidad ante factores de la naturaleza, como las enfermedades pandémicas.

Conocer las estrategias y problemas causados por pandemias, epidemias y endemias a lo largo de la historia, nos ayudará a identificar factores de riesgo y protectores ante las nuevas epidemias y patógenos. Las recientes pandemias por la gripe H1N1 y la Covid-19, han aumentado el interés de los investigadores, editores de revistas especializadas y el público por estos temas, lo que ha llevado al aumento de tesis doctorales, publicaciones en artículos, dossiers, libros, seminarios y congresos.

La producción historiográfica en historia sociocultural de la medicina y la salud ha aumentado a causa de estas pandemias y nos recuerda que historiar estas manifestaciones de la enfermedad en los colectivos, como los son las endemias, epidemias y pandemias, sobre todo en América Latina, nos aleja de la negación y el olvido que acompañan a estas enfermedades, que han afectado, afectan y seguirán afectando a las sociedades humanas:

Esta pandemia, que aún no es historia, empezó como todas, por la negación; pasará esta vez por contención, mitigación, supresión, y terminará en el olvido y en la convivencia del coronavirus SARS-CoV-2 con el *Homo sapiens*, que solo ha erradicado una enfermedad pandémica en la historia, la viruela, al ponerse de acuerdo todos los países del mundo para tomar medidas conjuntas de salud pública (Martínez-Martín 2020).

Tunja, páramo equidistante, 4 de febrero de 2023

Referencias

- Armus, Diego. 2010. “Editorial ¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”. *Salud Colectiva* 6 (1): 5-10. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115246001.pdf>
- Cook, Noble David. 2005. *La conquista biológica. Las enfermedades en el Nuevo Mundo*. Madrid: Siglo XXI.
- Cook, Noble David, y W. George Lovell. 1991. *Secret Judgments of God. Old World Disease in Spanish Colonial America*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Frías-Núñez, Marcelo. 1992. *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Livi-Bacci, Massimo. 2006. *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*. Barcelona: Crítica.
- Martínez-Martín, Abel Fernando. 2020. “De la negación al olvido, historia de pandemias”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 38 (2): 1-2. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/341898>
- McNeill, William H. 1984. *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI.
- Morin, Edgar. 2020. *Cambiemos de vía: lecciones de la pandemia. Editado por Sarah Abouessalam*. Bogotá: Paidós.
- Obregón-Torres, Diana. 2021. *Epidemias, sueros y vacunas. La revolución bacteriológica en Colombia (1841-1939)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Poe, Edgar Allan. [1842] 2004. *La máscara de la muerte roja y otros relatos*. Buenos Aires: Gárgola.

Rosenberg, Charles E. 1989. "What Is an Epidemic? AIDS in Historical Perspective". *Daedalus* 118 (2): 1-17. <https://www.jstor.org/stable/20025233>

Sánchez-Albornoz, Nicolás. 2003. "El debate inagotable". *Revista de Indias* 227: 9-18.

Silva, Renán. 2007. *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de la Nueva Granada*. Medellín: La Carreta.





“La venganza de la miseria”. La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937

Maricela González-Moya

Universidad de las Américas, Chile

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102938>

Recepción: 30 de mayo de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 17 de octubre de 2022

Resumen

En este artículo se analiza las condiciones médicas y sociales en las que se desenvolvió la epidemia de tifus exantemático en Chile durante la década de 1930, contemplando las acciones que implementó la autoridad sanitaria, la recepción que estas tuvieron en la comunidad local y las fortalezas y déficits que tenía el país para hacerse cargo de los contagios. El marco teórico se apoya en las nociones de pobreza y políticas sanitarias, utilizando una perspectiva sociocultural de las enfermedades en la que estas se vinculan estrechamente con la vida material y social de las personas y con los sistemas de atención que las enfrentan. En términos metodológicos se trabaja sobre fuentes documentales que incluyen publicaciones médicas, reportes sanitarios, prensa y testimonios de visitadoras sociales. Se concluye que el brote epidémico estuvo estrechamente relacionado con la pobreza y con la existencia de elevados niveles de insalubridad derivados del hacinamiento y la carencia de servicios básicos de higiene. A propósito de la pandemia de COVID-19, el artículo muestra también la vigencia de la discusión sobre los aspectos culturales de las enfermedades y su estrecha relación con la desigualdad social, los estigmas sobre los más pobres y las limitaciones de las políticas sanitarias para enfrentar la incertidumbre.

Palabras clave: historia de la salud; políticas sanitarias; tifus exantemático; epidemias; pobreza; Chile.

* Doctora en Historia por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Académica Investigadora de la Universidad de las Américas, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Chile. Investigadora Núcleo Subjetividades y Políticas de Inclusión. Este artículo es resultado del proyecto Fondecyt Iniciación N°11191080, “La profesionalización de los cuidados en Chile. Sirvientes, enfermeras y visitadoras sociales, 1870-1950”, financiado por Fondecyt-ANID. Correo electrónico: magonzalezm@udla.cl
 <https://orcid.org/0000-0002-7025-7077>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

González-Moya, Maricela. 2023. “‘La venganza de la miseria’. La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937”. *HISTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 22-56. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102938>

The Revenge of Misery. The Epidemic of Exanthematic Typhus in Santiago de Chile, 1933-1937

Abstract

This article analyzes the medical and social conditions in which the exanthematic typhus epidemic developed in Chile during the 1930s. It considers the actions implemented by the health authority, their reception in the local community, and the strengths and deficits of the country in taking charge of the infections. The theoretical framework is based on the notions of poverty and health policies from a sociocultural perspective of diseases. Under this view, diseases are closely linked to people's social and material life and the care systems treating them. The methodology consisted of analyzing documentary sources, including medical publications, health reports, the general media, and testimonies of social workers. We concluded that the epidemic outbreak was closely related to poverty and high levels of unhealthy conditions due to overcrowded households and the lack of basic hygienic services. In the context of the COVID-19 pandemic, the article also shows the relevance of the discussion on the cultural aspects of diseases and their close connection with social inequality, the stigmatization attached to people in poverty, and the limitations of health policies to deal with uncertainty.

Keywords: health history; health policies; exanthematic typhus; epidemics; poverty.

A vingança da miséria. A epidemia de tifo exantemático em Santiago do Chile, 1933-1937

Resumo

Este artigo analisa as condições médicas e sociais em que se desenvolveu a epidemia de tifo exantemático no Chile durante a década de 1930. Para isto, foram consideradas as ações implementadas pela autoridade sanitária, o acolhimento dessas ações pela comunidade local e as forças e fraquezas do país para lidar com os contágios. O referencial teórico relevou as noções de pobreza e políticas de saúde sob uma perspectiva sociocultural em que as doenças estão intimamente ligadas à vida material e social das pessoas e aos sistemas de cuidado que se ocupam delas. A metodologia consistiu em uma análise de fontes documentais, incluindo relatórios de saúde, publicações médicas, matérias publicadas na imprensa e testemunhos de assistentes sociais. Conclui-se que o surto epidêmico esteve intimamente relacionado à pobreza e à existência de altos níveis de condições insalubres devido à superlotação dentro das habitações e à falta de saneamento básico. Com relação à pandemia da COVID-19, o artigo também mostra a relevância da discussão dos aspectos culturais das doenças e sua estreita relação com a desigualdade social, a estigmatização dos mais pobres e as limitações das políticas de saúde para enfrentar a incerteza.

Palavras-chave: história da saúde; políticas de saúde; tifo exantemático; epidemias; pobreza.

Introducción

Conocido con distintas denominaciones, el tifus exantemático, epidémico o tifus rickettsia es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano —bacteria *rickettsia prowazekii*— que se transmite a través del piojo del cuerpo humano —*pediculus humanus corporis*— y genera síntomas como fiebre alta, dolor de cabeza, erupciones en el tronco y extremidades, delirios y episodios maníacos que pueden terminar en un estado comatoso cuando es invadido el sistema nervioso.

El síndrome fue descrito tempranamente en el área mediterránea durante el siglo XVI, aunque se especula que hubo brotes en la antigua Grecia (Alcántara-Rodríguez 2020, 199). Su denominación fue usada por primera vez en 1760 y en 1836 fue diferenciado de la *fiebre tifoidea*, constituyéndose en una de las enfermedades más estudiadas del siglo XX (Andersson y Andersson 2000, 143), tanto por su alta letalidad como por el rápido contagio que se producía en eventos bélicos, espacios cerrados —como las cárceles— o situaciones de pobreza.

En 1909, el director del Instituto Pasteur en Túnez, el médico Charles Nicolle, demostró que el tifus epidémico era transmitido por el piojo y el hallazgo fue ratificado por Howard Taylor Ricketts en México. Posteriormente, Stanislaus von Prowazek y Henrique da Rocha-Lima descubrieron que eran las heces del parásito las que depositaban el microorganismo en el cuerpo humano. Sólo a fines de la década de 1930 se desarrolló una vacuna, luego que los investigadores pioneros no lo hubiesen logrado pues la vida intracelular de la bacteria y su alta patogenicidad impedían su cultivo con los métodos disponibles en las primeras décadas del siglo XX (Cuevas 2007, 69).

En 1938, el estadounidense Herold Cox logró producir una vacuna gracias al cultivo de bacterias en embriones de pollo y un año después Maximiliano Ruiz Castañeda creó otra a partir de gérmenes muertos obtenidos de ratones infectados por vía respiratoria (Rodríguez-Ocaña 2017, 496). Mientras tanto, se usaron métodos profilácticos para la desinfección que daban muy buenos resultados, usando formol y ácido cianhídrico. En la década de 1940 mejoraron también las desinfecciones con la introducción del DDT al 10 % contra los piojos y desde 1942 se inició el combate de la

enfermedad usando antibióticos (Alcántara-Rodríguez 2020, 202). En la actualidad es una enfermedad de poca prevalencia y prácticamente no se registran decesos, a pesar de lo cual persiste en regiones subdesarrolladas como Etiopía, el altiplano andino y los Himalayas en Asia (Harden 1993, 1081).

En América Latina se produjeron brotes epidémicos en varios países y también se realizó investigación avanzada. En México se llevaron a cabo estudios pioneros a cargo del Instituto Bacteriológico Nacional, en estrecha colaboración con Howard Taylor Ricketts (Cuevas 2007, 67-73) y el brasileño Henrique da Rocha-Lima realizó investigaciones paralelas a las de Charles Nicolle sobre el origen del contagio y su propagación en las cárceles rusas (Bernardes y Avelleira 2015, 363).

En Chile, existen relatos de tifus exantemático de larga data, tanto en los registros coloniales como en los mapuches, pero según ha documentado la investigación de Sánchez, Seiwerth y Abarzúa, no hay certeza de que se tratara de la misma enfermedad, pues solía confundírsela con otras infecciones o, dierchamente, con fiebre tifoidea (2021, 331-332). El médico Enrique Laval, por su parte, confirmó esta confusión y señaló la existencia de epidemias en la segunda mitad del siglo XIX, siendo la de 1864 la de mayor letalidad (Laval 2003, 56). En 1918 hubo una nueva ola de contagios y la mayor epidemia, que se produjo entre 1933 y 1937, abarcó a varias ciudades chilenas.

Aunque el tifus exantemático ha aparecido históricamente en campañas militares, prisiones u otros fenómenos que implican hacinamiento, también está conectado estrechamente con condiciones de pobreza, insalubridad y carencia alimentaria. En el caso chileno se consideraba un mal endémico de brotes esporádicos, pero en 1918-1920 se produjo una gran ola de contagios que fue una consecuencia directa de la crisis social desatada por la pérdida de divisas provenientes del salitre, principal producto de exportación y fuente de las riquezas públicas y privadas desde las últimas décadas del siglo XIX (Matus 2012, 29-35). Posteriormente, en la década de 1930 la epidemia resultó de la crisis de subsistencia que siguió a los efectos de la Gran Depresión en el país. En ambos escenarios se produjo una inmigración masiva de trabajadores desde las minas del norte chileno hacia la capital y otras ciudades, los que se hospedaron en albergues improvisados y llenaron las calles de cesantes y vagabundos.

El trabajo de Sánchez, Seiwerth y Abarzúa (2021) sobre los desinfectorios para contagiados de tifus, recientemente publicado, vino a llenar un largo vacío de investigaciones sobre el tema. Solo se cuenta con un par de artículos históricos de Enrique Laval y reportes técnicos realizados durante las primeras décadas del siglo XX.

En ese contexto, el presente artículo busca contribuir al análisis de la estrecha relación entre enfermedad y pobreza, en el marco de las actuales discusiones sobre las dimensiones sociales y culturales de las epidemias revividas a propósito de la pandemia de COVID-19. Llamada la “enfermedad de la miseria”,¹ el tifus exantemático atacó casi exclusivamente a la población con menos recursos y, como consecuencia directa, implicó que los actores involucrados en su enfrentamiento –políticos, médicos, profesionales de los servicios sanitarios estatales– enfocaran el problema con una doble mirada: buscando el modo de resolverlo, compadecidos por las condiciones de vida que se revelaban a través de la enfermedad; y, a la vez, depositando estigmas sobre los contagiados, a quienes se buscó controlar y aislar para evitar la propagación del brote.

Se han usado fuentes de amplio espectro, incluyendo discusiones académicas en revistas especializadas de la época, informes sanitarios, prensa y memorias de visitadoras sociales. En su conjunto, dichas fuentes reconstruyen el contexto de aumento de los contagios, las decisiones que se tomaron para abordarlo y el debate sobre los más pobres, que constituyó el telón de fondo de la cuestión.

El brote de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937. Crisis económica y primeras acciones implementadas

El tifus exantemático parece haber existido de forma endémica en Chile desde la conquista española y aunque se lo asimilaba a otras fiebres de similares características, se lo conocía como *tabardillo* –de acuerdo a la denominación española– y fue

1. La denominación es propia, pero la asociación entre tifus y pobreza fue establecida ampliamente por la prensa y la literatura médica de la época, siendo Laval quien habló de que “el tifus exantemático es parte de la miseria” (2013, 314).

identificado por el intendente de Santiago de Chile, Benjamín Vicuña Mackenna, como una de las cinco plagas del siglo XVIII (Vicuña-Mackenna 1947, 173-177). En la segunda mitad del siglo XIX reapareció durante las guerras contra España en 1860, contra la Confederación Perú-Boliviana en 1880 y en la guerra civil de 1891. En 1919 estalló un nuevo brote, pero en esta ocasión hubo certeza de su identidad y se pudieron identificar los enfermos y la mortandad gracias a la aplicación de la reacción Weil-Felix por parte de la comunidad médica chilena, lo que permitió un diagnóstico fidedigno de la enfermedad (Suárez 1945, 127).

Como muestra la tabla 1, en esa fecha se enfermaron 14 517 personas, lo que representaba una tasa de 392,8 por cada 100 000 habitantes. A su vez, fallecieron 2.804, correspondiente a una tasa de 75,6 muertes cada 100 000 habitantes y un 20 % de los que enfermaban. Al año siguiente, en 1920, las tasas disminuyeron a la mitad y continuaron bajando hasta 1932, cuando partió el segundo brote epidémico del siglo XX.

Tabla 1. Chile, Morbilidad y mortalidad por tifus exantemático, 1919-1931

Años	Morbilidad	Mortalidad
1919	14 517	2804
1920	7138	1217
1921	4503	724
1922	4409	1244
1923	3294	786
1924	3435	663
1925	1424	275
1926	777	150
1927	461	89
1928	264	51
1929	233	45
1930	139	27
1931	95	16

Fuente: Suárez (1945, 128).

Así como la epidemia de 1919-1924 estuvo asociada a la crisis salitrera de la primera posguerra, precipitada por la invención del nitrato químico en Alemania, el brote desatado en 1932 fue consecuencia directa de la Gran Depresión.

Con una economía volcada a la exportación de minerales, un aparato estatal fuertemente endeudado y un gobierno autoritario que reprimió y exilió a la oposición (Rojas 1993), Chile enfrentó la crisis económica de 1929 con pocas fortalezas y flancos muy débiles en diversas áreas (Monteon 1998). La Sociedad de las Naciones calificó al país como el más golpeado por la crisis y sus palabras no fueron exageradas: en 1932 el volumen de las exportaciones era solo un tercio del de 1929 (Palma 1984, 64), el PGB se había reducido a la mitad y la inversión total cayó en un 60 % (Sáez 1989, 5). El volumen de importaciones se achicó violenta y rápidamente, al punto que en 1932 eran menos de una quinta parte de las de 1929. Los precios también disminuyeron y hacia 1935 habían bajado en 50 %, lo mismo que la capacidad para importar (Sáez 1989, 10-13).

La cesantía y el alza en el costo de la vida fueron los peores efectos de la crisis. La minería fue el sector más afectado por el desempleo, estimándose que en 1931 ya habían perdido su trabajo dos tercios de los mineros del país, que constituían cerca del 50 % de los cesantes (Monteon 1998, 66). El rubro de la construcción también fue muy golpeado, en un par de años su actividad se redujo a un tercio y el número de contratos se contrajo a un 6 % (Monteon 1998, 66). Ellsworth, uno de los primeros académicos en estudiar la crisis de 1929 en Chile, estimó un número total de casi 130 000 personas desempleadas (1945, 14), pero en la actualidad se habla de más de 200 000, es decir, cerca de un 21 % de la población económicamente activa de la época (Faúndez citado en Yáñez 2008, 294).

La primera etapa de la crisis, hasta inicios de 1932, estuvo marcada por una fuerte caída de los precios, pero desde ahí en adelante la inflación se desató y se mantuvieron alzas durante toda la década (Marshall 1991). En lo global, el costo de la vida se duplicó entre 1929 y 1938 (Dirección General de Estadística 1928-1938). En algunas ciudades regionales se incrementó particularmente el ítem “combustibles”, pero en Santiago de Chile fueron los alimentos los que más subieron de

precio durante la década, lo que redundó en un empeoramiento de las condiciones de vida de los más pobres, que destinaban cerca de un 70 % de sus gastos a comprar comida (Yáñez 2017). Para complejizar más la situación, los salarios reales se mantuvieron muy por debajo de las alzas inflacionarias y durante la década de 1930 nunca volvieron a alcanzar el nivel anterior a 1929 (Reyes 2017, 233).

Como los yacimientos mineros se localizaban en el norte de Chile, el desempleo provocó un traslado de cesantes hacia los centros urbanos, en una oleada que las políticas de reubicación de trabajadores no pudieron controlar. La movilidad de obreros y su instalación en plazas y albergues fueron el factor precipitante para la aparición del brote más agudo de tifus exantemático que tuvo el país.

Tabla 2. Chile, morbilidad y mortalidad por tifus exantemático, 1930- 1940

Años	Morbilidad		Mortalidad	
	Cifras	Tasas	Cifras	Tasas
1930	139	3,2	27	0,6
1931	95	2,2	16	0,4
1932	760	17,5	110	2,5
1933	15 377	348,3	3560	80,9
1934	14 691	331,4	3271	73,8
1935	5723	128,2	1.176	26,3
1936	4011	89,0	762	16,9
1937	3045	66,9	646	14,2
1938	829	18,0	202	4,4
1939	1440	31,1	310	6,7
1940	435	9,3	71	1,5

Fuente: Suárez (1945, 128).

Como se aprecia en la tabla 2, el número de casos se elevó hasta 15 377 en 1933 y el de fallecidos llegó a 3560, con una tasa de 81 muertes por cada 100 000 habitantes, que representaban más de un 23 % de los que enfermaban. 1934 fue también un año crítico, con 14 691 contagiados y 3271 personas fallecidas, representando tasas de 331,4 y 73,8 por 100 000 habitantes, respectivamente. En 1935 el número de contagiados se redujo a un 40 % de los del año anterior y de ahí en más fueron disminuyendo, con un pequeño rebrote en 1939. La letalidad, sin embargo, se mantuvo más o menos constante, en torno al 20 %.

En promedio, un 60 % de los contagiados eran de sexo masculino “por la mayor facilidad que tiene el hombre, por sus hábitos de vida, de ponerse en contacto con la infección” (Suárez 1945, 129). A su vez, los contagiados se encontraban mayoritariamente entre los 25 y 55 años de edad y la mayor mortalidad se producía en personas mayores, siendo la tasa de mortalidad masculina el doble que la de mujeres (Suárez 1945, 129-131). Aunque algunas deficiencias en el registro de enfermos y defunciones podían subrepresentar la morbilidad y la mortalidad en algunas regiones rurales chilenas, los datos gruesos mostraban que la tasa de contagios más alta se encontraba en la provincia de Santiago de Chile, con 173,7 casos por 100 000 habitantes, seguida por las provincias de Bío Bío, Arauco y Ñuble en el sur del país (Suárez 1945, 132).

En los años previos a la epidemia de 1933, los médicos reconocían que el tifus tenía una presencia endémica y se localizaba principalmente en algunas ciudades sureñas (Kraus y Castillo 1930, 60). Pero la Dirección de Sanidad, que constituía el organismo público encargado del control de las enfermedades infecciosas, manifestaba al Ministro de Bienestar Social su preocupación por la aparición de algunos casos en la ciudad de Santiago de Chile y advertía el “serio peligro” que la situación podía entrañar “sobre todo teniendo en cuenta la desocupación, que vendría a facilitar enormemente la propagación de dicha enfermedad” y “adquirir las proporciones de una epidemia” (Director General de Sanidad 1931, 161). Ante la alarma, se procedió a realizar:

Inmediatamente una campaña de desinsectación intensiva especialmente de los lugares amagados por el flagelo y haciendo una vasta propaganda por medio de la prensa, afiches y volantes a favor de la conveniencia de exterminar los parásitos en las personas y recomendar a la población bañarse con frecuencia (Kraus 1931, 82).

La situación se mantuvo latente hasta fines del invierno de 1932, cuando se hizo evidente el brote epidémico en Concepción, Cautín y Ñuble. Al año siguiente ya se había extendido hacia otras provincias y en Santiago de Chile se presentaba el mayor número de casos (“Tifo exantemático” 1937). Amparada en las atribuciones otorgadas por el Código Sanitario de la República, la Dirección de Sanidad estableció una serie de disposiciones para combatir la epidemia. Se puso como prioridad la investigación, denuncia y aislamiento de los enfermos, para evitar que se convirtiesen en focos de propagación. Al ser detectado un contagio, se estableció “la desinsectación de sus ropas y de sus viviendas y las de los que conviven con ellos” (“La epidemia de tifo” 1933, 898), a cargo de brigadas sanitarias “con autorización para entrar a los domicilios sin necesidad de recurrir a juzgados y otros procedimientos y con preparación para saber si se trata o no de tifus” (“La epidemia de tifo” 1933, 898). Se permitió el desalojo de cités y conventillos² donde se hubiesen detectado contagios y se ordenó la desinfección de teatros, tranvías, autobuses y otros recintos donde se produjeran aglomeraciones de personas (*La Nación* 1933a). En las ciudades o pueblos “en peligro o en estado de epidemia” se proyectaron cordones sanitarios en sus vías de acceso (“La epidemia de tifo” 1933, 899) y casas de limpieza.

Sin embargo, la ejecución del plan del gobierno fue mucho más modesta que su proyección. Según relataba el Director de Sanidad, Leonardo Guzmán,

2. Conventillos y cités fueron construcciones habitadas por la población más pobre en las urbes chilenas. Los conventillos eran viviendas colectivas instaladas en casas unifamiliares que se adaptaban para albergar, en cada habitación, a una familia independiente. Usualmente existía un patio común y, en el mejor de los casos, contaban con agua y servicio higiénico compartido. El cité, por su parte, era un conjunto de viviendas, usualmente de fachada continua, que se unían por un espacio común y tenían varias entradas. Y aunque estos últimos eran superiores en calidad y habitabilidad y accedían a ellos las familias obreras con ingresos propios, en las fuentes históricas se los suele igualar por albergar a grupos hacinados y tener condiciones insalubres. Se puede consultar en Urbina (2002).

Había tres pequeñas casas de limpieza en Santiago, pero no cámaras para desinsectación de ropas bien eficaz; ni maquinaria para desinsectizar viviendas; ni personal para investigar la presencia de casos ocultos; no había sino pocas camas improvisadas, porque no se había podido construir un hospital para estados de epidemias (“La epidemia de tifo” 1933, 898).

De las 200 brigadas proyectadas, solo se contó con unas cuantas decenas (*La Nación* 1933g) y tanto las casas de limpieza como los albergues se pudieron habilitar por la concurrencia de diversos organismos públicos y privados. La Caja de Crédito Popular, por ejemplo, que estaba destinada a otorgar préstamos prendarios, puso dos locales a disposición de la Sanidad, para proceder a la desinfección de personas y vestimentas. Con el mismo objetivo, la Cruz Roja, el Club Hípico y el Arzobispado cooperaron con locales para la emergencia durante el invierno de 1933 (*El Diario Ilustrado* 1933c). A su vez, la Caja del Seguro Obligatorio, organismo semifiscal de previsión y salud primaria, colaboró con diez brigadas, otras tantas casas de limpieza y en cada policlínico dispuso de dos auxiliares de sanidad (*El Diario Ilustrado* 1933c).

Se solicitó a organismos gremiales y religiosos que colaboraran transmitiendo información y tomando algunas precauciones con sus públicos. En julio de 1933, por ejemplo, Leonardo Guzmán envió un oficio a la Sociedad Nacional de Agricultura donde le solicitaba que

Por el bien de sus servidores, los inquilinos y por la propia salud del país, [...] se sirvan comunicar a todos sus consocios que es urgente proceder a la desinsectación de sus trabajadores y de sus habitaciones, el aumento de las raciones alimenticias que les den, proporcionándoles leche, avena y carne, que les faciliten ampliamente hambre. Deben también esforzarse en darles ropa limpia, pues de otro modo los dueños de fundos, sus familias, sus empleados, se exponen en cualquier momento a que esta enfermedad pueda también atacarlos (*El Diario Ilustrado* 1933c).

Al año siguiente, el 12 de septiembre de 1934, Luis Puyó pidió al arzobispo de Santiago de Chile, a propósito de la próxima celebración del VI Congreso Eucarístico, que dispensara “su apoyo para poder hacer efectivas algunas medidas [...] para impedir que la realización de estas fiestas religiosas signifique un grave peligro de recrudecimiento de la epidemia” (Puyó 1934b, 36).

No se establecieron cordones sanitarios como los planteados,³ pero a los pasajeros de tercera clase en el ferrocarril se les exigió contar con certificado de limpieza y se prohibió llevar equipaje en el vagón, disponiéndose un carro especial, previamente descontaminado, para tales efectos. En cada estación de término se procedió a la desinfección total del tren, tarea que le correspondió a los médicos provinciales de sanidad (*La Nación* 1933c).

En coordinación con las municipalidades se procedió al retiro de asientos públicos en plazas y paseos (*La Nación* 1933d), el Ejército puso a disposición de la autoridad sanitaria un camión ambulancia y cuatro camillas para el traslado de tifosos (*La Nación* 1933a), se paralizaron las clases durante diez días para sanitizar las aulas, se detuvieron las audiencias de autoridades públicas por el mismo plazo, los teatros cerraron por cinco días, se suspendieron las carreras en el hipódromo y otros espectáculos deportivos corrieron la misma suerte (Laval 2013, 314).

También se entregó información preventiva al público, principalmente a través de la prensa y en cartillas de divulgación. Se instruyó a las personas de la zona donde se presentó la enfermedad, describiendo sus causas, síntomas y vías de contagio, y se señalaron algunas recomendaciones tales como ser “riguroso en su aseo personal, en el de sus vestidos y en el de sus ropas de cama”, evitar “caminar o permanecer entre aglomeraciones” y abstenerse de “concurrir a los teatros, sociedades, hipódromos, asambleas, cantinas”. Se instaba también a denunciar casos sospechosos, ayudar a los menesterosos y solicitar desinfecciones donde se requiriese (*La Nación* 1933d).

Ese mismo año se habilitó un hospital de emergencia en el Regimiento de Caballería Cazadores N°2 con 200 camas disponibles y salas para los desalojados de viviendas contaminadas (*La Nación* 1933a) y en 1934 entró en funcionamiento el Hospital Barros Luco, que hasta el momento se encontraba desocupado, de tal modo que llegó a tener 270 camas para contagiados de tifus (Laval 2013, 314), la mitad del total disponible en Santiago de Chile (Laval 2007, 226).

3. Sin embargo, en agosto de 1933 se instaló un cordón temporal en la ciudad de Santiago de Chile, para impedir la entrada de individuos enfermos.

El enfrentamiento médico de la crisis y la falta de recursos para atacar el problema

Aunque a nivel internacional se habían venido realizando diversos estudios experimentales para obtener una vacuna contra el tifus exantemático y la década de 1930 había sido muy fructífera en la elaboración de prototipos para la inmunización, fue en los años de 1940 cuando se crearon las dos vías de ataque masivo y efectivo contra la infección: el uso del antibiótico cloranfenicol⁴ y el insecticida DDT para matar los piojos (Alcántara-Rodríguez 2020, 202). Por ende, en la epidemia chilena de 1933-1937, los únicos métodos disponibles eran la desinfección y el aislamiento, pero ambos requerían cuantiosos recursos, una organización óptima de los servicios sanitarios que ya no dependiera de la buena intención de voluntarios y filántropos, y una disposición de la población que estuviese pendiente de su autocuidado y atendiera a las medidas de prevención. Ninguna de estas condiciones se daba en Chile y, en gran medida, esto condujo a que se pudiesen ir frenando los contagios, pero que la letalidad de la enfermedad se mantuviese constante durante toda la década (tabla 2).

El diagnóstico de la infección se realizaba a través de la reacción Weil-Felix, un método serológico descrito por primera vez en 1916, que usaba el antígeno *Proteus X19* sobre una muestra de sangre (Joannon 1939, 1134) y que, de acuerdo a los reportes realizados por Rudolf Kraus, director del Instituto Bacteriológico, y diversos informes médicos documentados en la *Revista Médica de Chile*, otorgaba una certeza absoluta sobre la presencia de la *rickettsia* (Kraus, Avilés y Castillo 1931).

Con respecto a los métodos empleados para el tratamiento del tifus, el principal de ellos fue la desinfección de personas, viviendas, ropas y objetos. En la década de 1920 se introdujeron las casas de limpieza (Sánchez, Seiwerth y Abarzúa 2021),

4. El cloranfenicol, antibiótico de amplio espectro, se aisló por primera vez en 1947 y fue usado ese mismo año durante una epidemia de tifus exantemático en Bolivia, donde fueron tratados veintidós pacientes que se recuperaron sin secuelas. El medicamento fue usado masivamente contra la enfermedad como remedio para atacar las especies del género *Rickettsia*, con disminución rápida de síntomas producida por la acción bactericida del fármaco.

que otorgaban baño en ducha, desinsectación de la ropa mediante calor seco, corte de pelo y aplicación de insecticida en el cuero cabelludo (Germain 1931b, 91). Allí donde no había desinfectarios, se usaba el barril serbio para desparasitar vestimentas (Brito 1931) y el ácido cianhídrico para habitaciones, personas y enseres (Sánchez, Seiwerth y Abarzúa 2021, 333). Finalmente, fueron fundamentales las campañas de educación e información que se realizaban a través de la radio, la prensa y otros medios impresos (Kraus, Avilés y Castillo 1931).

La principal responsabilidad en el control de la epidemia recaía en la Dirección de Sanidad, cuyas tareas y obligaciones estaban estipuladas en el Código Sanitario. Su trabajo se complementaba con el del Instituto Bacteriológico, que disponía de laboratorios para la detección, investigación y análisis de la enfermedad. Las funciones de ambas instituciones, aunque estaban correctamente deslindadas, podían confundirse en la práctica, lo mismo que ocurría con respecto a otros organismos sanitarios, pues la salud pública chilena adolecía en la época de una gran fragmentación y era una de las razones que las autoridades profesionales y políticas esgrimían para plantear la necesidad de la unificación de servicios, cuestión que no se hizo realidad sino hasta 1952, cuando se creó el Servicio Nacional de Salud chileno (González 2017).

Otro problema recurrente de la época fue la permanente falta de financiamiento de la sanidad, que se vio agudizada por la grave crisis económica que enfrentaba el país. Frecuentemente, se recurrió al apoyo que podían dar otras instituciones para el control de la enfermedad –como las Juntas de Beneficencia, que tenían a su cargo los hospitales del país, la Caja del Seguro, la Comisión de Cesantía, entre otras–, pero las dificultades de coordinación se multiplicaban y los compromisos que se adquirían no se cumplían en los tiempos o montos que se necesitaban.

La autoridad hizo notar tempranamente la falta de recursos. Jorge Nef, médico jefe de la sección de estadística sanitaria, comparaba las tasas nacionales de mortalidad por tifus con las de otros países y concluía que Chile se encontraba en una situación de “inferioridad” para atacar el problema y su resultado era el mayor número de fallecidos debido a un presupuesto inferior y completamente inadecuado a la envergadura del problema (Nef 1934, 35).

El tema de los recursos se había planteado tempranamente por el entonces Director General de Sanidad, Naciancenzo Romero. En diciembre de 1931 Romero había dirigido un oficio al Ministro de Bienestar, en respuesta a una circular en la cual se había establecido la supresión del personal no contratado del organismo. Sostenía que esto implicaba el cierre definitivo de muchas dependencias, entre ellas las que atendían directamente la prevención y tratamiento del tifus, como lo eran las casas de limpieza, el servicio sanitario de los albergues, las postas de profilaxis, el servicio de desratización y el de higiene de viviendas, entre otros (Romero 1931b, 220). Por otra parte, se había informado una reducción del 40 % del presupuesto de la institución, constatándose que los ingresos habían ido disminuyendo de año en año “en razón de las diversas economías [...], terminando por dejarlo en una cantidad sumamente reducida en proporción a los demás gastos del Erario y a las verdaderas necesidades sanitarias del país” (Romero 1931b, 221). Finalmente, concluía:

[...] si no se accede a lo solicitado por esta Dirección General de Sanidad no podrá ésta responsabilizarse del estado sanitario del país y con las consecuencias funestas que pueda acarrearle el desarrollo de enfermedades infecto-contagiosas, que dada la situación porque él atraviesa, sería fácil que llegaran a constituir epidemias que podría adquirir enormes proporciones (Romero 1931b, 222).

Tres años después, el nuevo director seguía reclamando recursos y apuntaba específicamente a la imposibilidad de edificar campos de concentración, únicos lugares que habrían permitido el traslado de todos los contagiados de una sola vez y cumplir con el aislamiento requerido. Y afirmaba:

La labor efectuada por el Servicio a mi cargo ha tropezado constantemente con este inconveniente de falta de campos de concentración, y es así como en muchas partes el trabajo ha resultado casi completamente estéril y hemos visto que los focos epidémicos han vuelto a rebotar a pesar de la actividad gastada (Puyó 1934a, 36).

En las principales ciudades de Chile, incluyendo la capital, la mantención de los contagios y la aparición permanente de nuevos focos evidenciaba la carencia de “un lugar apropiado y los elementos convenientes para proceder al aislamiento de los sospechosos y de los portadores de parásitos, mientras se efectúa el aseo prolijo de

sus viviendas, mucho menos donde albergarlos por un tiempo más o menos largo” (Puyó 1934a, 37). El diario *La Nación* afirmaba, en octubre de ese año, que el presupuesto de la sanidad se había agotado en el mes de agosto (*La Nación* 1934) y la máxima autoridad del organismo solicitaba “los fondos necesarios para financiar la campaña de tifus exantemático hasta fines de diciembre próximo” (Puyó 1934a, 37).

A comienzos de 1935, el Director de Sanidad proponía una completa reorganización de los servicios sanitarios del país,

Debido a su defectuosa organización administrativa, a la pobreza de los medios de que dispone y al hecho de encontrarse mal remunerados algunos de sus funcionarios, principalmente aquellos que actúan en provincias en los servicios auxiliares y de los cuales han fallecido más de 40 víctimas de la epidemia (*El Mercurio* 1935a).

Sin embargo, la falta de recursos persistió y durante ese año el Servicio de Sanidad debió desprenderse de la tutela de las casas de limpieza y baños públicos, que pasaron a depender de la Comisión de Cesantía, organismo creado a comienzos de la década para subvertir los efectos del *crack* (*El Mercurio* 1935c).

La miseria material y moral de las familias más pobres. Tifus y viviendas insalubres

Además de las limitaciones técnicas y financieras, el tifus tenía como causa principal de su aparición y transmisión la pobreza de la sociedad chilena. Una pobreza que indudablemente se había visto agudizada por la crisis económica, pero que constituía una condición estructural del país, tal como lo afirmaba una opinión en el diario *El Mercurio* de Santiago de Chile: “¿pero es la miseria horrible, revelada ahora a muchas gentes ignorantes de lo que vive en torno suyo, un fenómeno accidental, fruto de una crisis económica, especialmente aguda? No; la miseria profunda, la miseria negra es permanente en Chile” (*El Mercurio* 1933). Pues la cesantía derivada de la crisis, continuaba el comentarista,

No ha creado esa miseria. No ha hecho más que agravarla y ponerla delante de los ojos de los que no quieren verla. El exantemático ha aumentado la mortalidad en proporción ínfima. Ya la mantenían en cifra aterradora la tuberculosis y tantas otras enfermedades (*El Mercurio* 1933b).

La pauperización tenía como consecuencias un bajo nivel de instrucción, hipoalimentación, precariedad del vestuario y la vivienda y muy escasos recursos para sobrevivir. De la población urbana del país,⁵ un 43 % contaba con abastecimiento de agua potable y solo un 36,8 % tenía alcantarillado. Sin embargo, este último no estaba disponible en los suburbios y zonas sub-urbanas (Germain 1931a, 32) y en el caso específico de Santiago de Chile, un 24 % de las personas no poseían ninguno de los dos servicios (Allende 1939, 69-71).

Así como la cesantía llegaba al 20 %, los que trabajaban percibían un salario muy bajo, que apenas les alcanzaba para subsistir, en particular por el alza en el costo de la vida (Donoso 1937; Mardones 1936). Esta precariedad de ingresos, agravada porque en gran parte se trataba de ocupaciones temporales, sin contrato legal y baja calificación, generaba todo tipo de problemas en las familias, especialmente propensión a enfermarse, endeudamiento, deserción escolar, e incluso vagancia y mendicidad (Ramírez 1936). Según las encuestas de alimentación, un 50 % de las personas no consumía una ración básica de comida al día y la dieta habitual de un chileno se encontraba carente de alimentos protectores, como la leche, la carne y las frutas (Allende 1939, 38-41).

La precariedad del vestuario y la vivienda incidía directamente en el contagio y propagación del tifus exantemático. Con respecto al primero, y aunque se había estimado que este rubro ocupaba alrededor del 15 % del presupuesto familiar (Yáñez 2017), Allende sostenía que en las encuestas referidas a la clase obrera “los desembolsos para vestuario, calzado, ropa blanca [se hacían] de una manera enteramente excepcional”, mientras que otras familias “declararon vestirse con ropas y calzado de segunda mano, regalados por personas caritativas” (Allende

5. Segundo el Censo de 1930, la población urbana constituía el 49,4 % del total nacional (Dirección General de Estadística 1931, 13).

1939, 50). Otro estudio citado por Allende, realizado en la provincia de Magallanes, la más austral y fría de Chile, había arrojado que un 7 % de la población interrogada, solo “contaba con lo puesto”, un 9 % carecía de abrigo, 30 % disponía de alguna prenda de lana y un 68 % usaban la misma ropa todo el año (Allende 1939, 50). Se describía a los más pobres ataviados con prendas modestas, a menudo usadas durante todo el año sin distingos estacionales (Mardones 1936, 33) y en épocas de carestía, las mejores ropas se llevaban a las casas de empeño para obtener algunos recursos (Reveli 1933, 11). Por lo mismo, el vestuario o la carencia de este tenía una incidencia en aquellas enfermedades, como la tuberculosis u otras afecciones respiratorias, que guardaban relación con condiciones de enfriamiento. Pero en el caso del tifus exantemático la relación era directa, pues el piojo anidaba en los pliegues y costuras de las ropas y se fortificaba en la suciedad del cuerpo.

Evidentemente, esta situación había empeorado con la presencia de cesantes andrajosos circulando por varias ciudades. Como lo describía la visitadora social Laura Ramírez:

Verdaderas hordas de hombres hambrientos, acompañados de sus mujeres e hijos [...]. Estos cesantes no tenían hogar, no tenían dónde reposar su cabeza, sus trajes se les caían a pedazos, sus hijos semi-desnudos estaban enfermándose a millares, ellos mismos cubiertos de plagas y parásitos, fueron fáciles víctimas del tifus exantemático que hizo estragos horribles en la población (1936, 22).

La situación de la vivienda era peor. Leopoldo Acero citaba cifras que promediaban un número de 5,6 habitantes por vivienda, mientras que en un 12 % de ellas el promedio era de 8 personas por habitación (Acero 1940, 17-19). La Asociación de Arquitectos, por su parte, había mostrado que un 30% de la población vivía en habitaciones “malsanas” (Allende 1939, 57) y una inspección de la Dirección de Sanidad constataba que la mitad de las viviendas eran insalubres (Acero 1940, 19).

La vivienda popular más habitual era el conventillo y su característica principal era el sobre poblamiento de personas que lo habitaban, con un promedio de 3,3 habitantes por pieza (Allende 1939, 58). El Censo de Conventillos realizado por la policía había establecido que más de un 60 % de ellos estaban en “péssimas”

o “malas condiciones”, un 34 % en estado regular y solo un 5 % se consideraban “buenos” (Allende 1939, 58). En Santiago de Chile se calculaba que existían 4000 conventillos, prácticamente todos ellos con personas viviendo en condición de hacinamiento y con un 88 % de las familias habitando en una sola pieza (Allende 1939, 59). Una descripción en *El Mercurio* ratificaba las cifras:

[...] gran parte de la población vive en cuartos de piso de tierra, de tabiques agujereados, a veces de jergones y latas viejas, sin desagües, rodeadas de charcos que hacen las lluvias o los desbordes de las acequias (*El Mercurio* 1933).

El tifus, una enfermedad vinculada estrechamente con la miseria, prosperaba en estas habitaciones y, como lo sostenía un cronista en el diario *La Nación*, muchas de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria no podían

Tener buen éxito [...] a causa de que todas las habitaciones insalubres que hay en nuestras ciudades son verdaderas incubadoras de gérmenes. La limpieza y desinfección individual resultan casi estériles, porque el individuo vuelve a la cité o a la pieza de conventillo insalubre, en donde está otra vez, a cada instante, expuesto al contagio, sin que sea posible a las autoridades sanitarias hacer evacuar simultáneamente todas las viviendas anti higiénicas para que vuelvan a ser ocupadas cuando ya no existe peligro de infección (*La Nación* 1936).

Eugenio Suárez, director del Instituto Bacteriológico, señalaba que el tifus exantemático se presentaba de manera particularmente contagiosa al interior de grupos familiares en barrios superpoblados y que los focos de infección se ubicaban recurrentemente en sitios específicos, e incluso en casas y piezas particulares. Un mapa dibujado por Suárez mostraba los sitios de contagio, que coincidían con detección de pobreza, hacinamiento e insalubridad (1945, 138-141).

Como se ha señalado anteriormente, a contar de 1936, cuando la epidemia parecía haber dejado atrás sus momentos más críticos y entraba en una meseta de transmisión, el problema social de la vivienda empezó a tomar protagonismo en la prensa y la comunidad médica, pues se hizo evidente el razonamiento que hemos esbozado en los párrafos anteriores, es decir, que las condiciones de vida material eran un factor determinante en la pervivencia endémica del tifus y en los

niveles de letalidad de la enfermedad, pues estos se mantenían aunque el número de enfermos iba en retroceso.

Mucho antes que comenzara la alarma de la epidemia, en 1930, la Intendencia de la Provincia y el alcalde de Santiago de Chile habían intercambiado comunicaciones en las que se había acordado obligar a los dueños de conventillos y cités a realizar labores de mejora en sus propiedades: “[...] pintar los techos de las habitaciones, asear los pisos y reparar los que se encuentren en mal estado”. Deberían también “corregirse los declives y canaletas de desagüe, a fin de evitar que las aguas de lluvia o servidas, se estanquen en los patios y su corrupción infecte el ambiente” (*El Diario Ilustrado* 1930). No obstante, cinco años después se insistía sobre el tema y se hablaba de una verdadera “campaña” en contra de los dueños de los conventillos, a quienes se les acusaba de especular con los arriendos y no cumplir con las indicaciones de la Dirección de Sanidad, que los obligaba a realizar mejoras en los recintos” (*El Mercurio* 1935d).

La Ley de Habitaciones Baratas de 1925, que logró la construcción de viviendas para obreros y pobló con una treintena de conjuntos habitacionales la capital, en la práctica no llegó a la población de menos recursos, que siguió habitando en todo tipo de lugares precarios (Hidalgo 2002, 103), incluyendo conventillos, “arrendamiento a piso”⁶ y “compraventa de sitios a plazo”,⁷ ninguno de los cuales contaba con servicios de agua ni alcantarillado y estaban sometidos a una gran especulación por parte de los propietarios (Hidalgo 2000, 102-104).

A comienzos de la década de 1930 se crearon las llamadas leyes de Fomento a la Edificación Popular y en 1936 se fundó la Caja de Habitación Popular, pero el problema de la vivienda seguiría siendo grave pues, aunque la nueva institucionalidad estableció más y mejores regulaciones y permitió la edificación de casas, el creciente aumento de la población urbana del país y la instalación de las familias en los márgenes periféricos de las ciudades introdujeron nuevas presiones sobre el sistema.

6. Consistía en arrendar un trozo de suelo donde se levantaba una “mejora” (vivienda muy rudimentaria).

7. Compra de terreno a largo plazo en un predio fuera del radio urbano.

Los médicos también tocaron el tema de manera insistente, sobre todo a partir de la propuesta sobre construir campos de concentración y la imposibilidad de llevarlos a cabo. Los campos, sostenían los facultativos, eran la única solución de aislamiento total de los enfermos y habrían permitido desocupar las viviendas infectadas y desparasitarlas mientras el grupo familiar permanecía en otro sitio (Puyó 1934a, 36). Pero esta solución, ideada en términos muy utópicos, implicaba un desembolso de recursos que los gobiernos no estaban en condiciones de realizar. Trasladar a los contagiados implicaba “destruir por sectores toda población insalubre, construyendo en su lugar viviendas higiénicas para el pueblo” (*El Mercurio* 1935b).

La venganza de la miseria: miedos y estigmas sobre el tifus y la pobreza

El despido de mineros en el norte del país provocó, como se ha señalado anteriormente, un gran desplazamiento de cesantes hacia las urbes. El gobierno, a través de la Dirección del Trabajo y del Ministerio de Bienestar Social, hizo grandes esfuerzos por organizar la movilidad, convenciendo e incluso obligando a los obreros y a sus familias a trasladarse a las pocas oficinas salitreras que todavía tenían cupos, o a otras regiones donde se abrían oportunidades laborales (Vergara 2014, 83-86). La fuerza policial asumió el registro de las personas sin empleo y la Oficina de Colocaciones intentó redistribuirlas en otras áreas, pero a medida que la crisis se agudizaba, todas las áreas de la economía redujeron su oferta laboral o bajaron significativamente sus salarios. La paralización de obras públicas en 1931, por su parte, significó un freno a ese rubro laboral, que había sido permanentemente una fuente para la contratación de mano de obra desempleada en la construcción de canales, caminos, puentes y edificios.

La comunidad reaccionó horrorizada ante el espectáculo de los desempleados en las calles y no tardó en moralizar. El propio Banco Central, que se había creado en 1925 para estabilizar la moneda nacional y regular los procedimientos bancarios

y fiscales, señalaba en 1932 que las políticas asistenciales habían sido eficaces para actuar sobre el problema de los desempleados, pero que habían favorecido la aparición de una “cesantía voluntaria”. Ángela Vergara, por su parte, hace un recuento del “temor y frustración” que generó, en muchas ciudades de Chile, la llegada de grupos de cesantes –llamados “forasteros”– que recorrían las calles buscando trabajo o tan siquiera alimento o albergue (Vergara 2014, 84). Provocaban compasión, rechazo social, pero también impotencia en las autoridades locales, pues estas veían que no estaban las condiciones para absorber esa mano de obra cuyo destino no era otro que el de la mendicidad o la muerte.

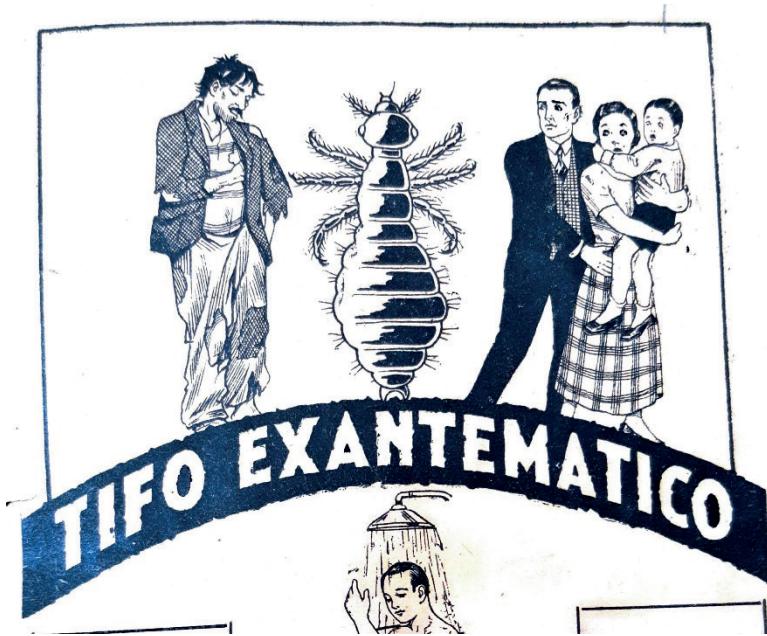
Michael Monteon recoge también testimonios de autoridades locales que relataban la llegada a las oficinas gubernamentales de personas en busca de trabajo o pidiendo una simple limosna para ellos y sus familias. “Hambrientos y harapientos”, parecían peligrosos no porque pertenecieran a un movimiento político, sino “por el peso insopportable de su miseria y sufrimiento”. El funcionario le explicaba a su superior: “Honorable Ministro, esa gente es capaz de cualquier cosa antes de morir de hambre” (1998, 68).

Masas de hombres que vagabon por las calles, se alimentaban precariamente en los comedores populares que se instalaron en puntos específicos, habitaban en albergues públicos y se apostaban en plazas y calles céntricas, provocando alarma en las autoridades y pánico entre los vecinos. Se los consideró causantes de desórdenes de diverso tipo e instigadores de movimientos políticos, particularmente cuando algunos de ellos se negaron a recibir miserables salarios y protestaron para que el gobierno de turno los ayudara con trabajos dignos (Bohoslavsky 2003).

El miedo a los trabajadores cesantes y pobres se desplazó hacia los contagiados de tifus. Pues si bien es cierto que este atacaba a los más pobres y había hecho estragos en la población de cesantes desplazados que habitaban en calles y albergues, la ocasión dio lugar para la reaparición de estigmas acerca de la suciedad, flojera y vicios de las clases populares, acrecentados por el temor a los contagios. Tal como se aprecia en la figura 1, que corresponde a la ilustración impresa en un folleto de divulgación de la Dirección de Sanidad, la familia de clase media,

representada en el ideal de madre, padre e hijo vestidos correctamente, muestran el pánico que sentían por el piojo contaminante, pero en particular por su figura opuesta, un hombre andrajoso, desaseado y cabizbajo que era el portador del vector que provocaba la enfermedad.

Figura 1. Tifus exantemático



Fuente: "Tifo exantemático", portada Folleto Divulgación (1933).

Como reconocía un cronista en *El Mercurio* de Santiago de Chile, la pobreza tomaba revancha y ante el peligro del contagio, “temblamos de miedo y buscamos medios de escapar a la venganza que la miseria toma contra nosotros por medio de la epidemia” (*La Nación* 1933c).

Los discursos sobre el tifus evidenciaban las precarias condiciones en las que sobrevivían los más pobres y hacían un llamado a disponer de más recursos para mejorar las viviendas, convocando también a las distintas instituciones, al gobierno y a la caridad, pues se requería “el concurso de todas las personas de buena voluntad” (Romero 1931a, 134). En la misma línea, la cartilla de la Dirección de Sanidad, publicada en el diario *La Nación* en julio de 1933, emplazaba a ayudar

“al menesteroso, dándonos ropa usada que pueda servirnos para cambiar la muy desaseada que actualmente usan los cesantes y vagos” (*La Nación* 1933d). En la misma fecha, el arzobispo de Santiago de Chile, José Horacio Campillo, envió una circular a los párrocos de la ciudad para que instaran a que “todas las sociedades católicas de caridad, aumenten sus esfuerzos para ayudar a los necesitados, con abrigo y alimentos, y aconsejándoles la higiene y limpieza indispensables para evitar el contagio” (*El Diario Ilustrado* 1933b).

Pero la escasez de medios, la carencia de agua en las viviendas, el desempleo y el déficit alimentario no eran argumentos suficientes para exculpar a los contagiados, pues de forma permanente se los responsabilizaba sobre sus conductas disipadas y su extrema ignorancia. El “poco hábito de aseo de nuestro pueblo” (Puyó 1934a, 36), la multiplicación de los parásitos “en las personas descuidadas y sucias” (“El tifus exantemático” 1934, 57), la “imprevisión” (*El Mercurio* 1933) y “la miseria moral de gran parte de las clases menesterosas” (*La Nación* 1933f) eran también el germen de la enfermedad y requerían que se tomaran severas medidas para su control y tratamiento.

A todos los “cesantes, pardioseros, vagos [y] comerciantes” se les exigió un carnet de limpieza que tenía vigencia por ocho días y las brigadas se encargaban de “recoger a los cesantes que ambulen por las calles, con el fin de llevarlos a las Casas de Limpieza”, donde eran “sometidos a una completa desinfección, después de la cual se les baña” (*El Diario Ilustrado* 1933a).

Así mismo, en los hospicios y comedores donde se entregaba alimentación a los desocupados se les negaba el alimento a quienes no contaban con el mencionado carnet (*La Nación* 1933b) y lo mismo se hacía con los que postulaban a algún trabajo en los pocos puestos que ofrecía el Estado mediante el sistema de “enganche”⁸ (*La Nación* 1933e). De este modo, mediante un acuerdo entre la Dirección de Cesantía y la de Sanidad se trasladaba a los obreros a las faenas donde eran destinados, pero previamente se los aseaba y se les vestía con ropas donadas, de tal manera

8. Fue un sistema de reclutamiento de hombres (especialmente de mineros) a través de un “enganchador”, que ofrecía puestos de trabajo y los trasladaba hasta las faenas.

que salieran “en buen estado de limpieza y salud” (*La Nación* 1933e). Se realizaba también “un empadronamiento de todos los habitantes de las casas infectadas”, con una copia del documento a la fuerza policial que debía “impedir la entrada y salida de gente de casas infectadas” (*La Nación* 1933b).

Fuera de estas medidas, las normativas que se crearon para combatir la epidemia contemplaban la auscultación y denuncia de casos posiblemente infectados. En los policlínicos de la Caja del Seguro se destinaba a auxiliares sanitarios “para controlar la concurrencia de sospechosos y enviarlos a las casas de limpieza” (*La Nación* 1933b), el teléfono de la Asistencia Pública estaba disponible para denunciar los casos y el Decreto N°153 de la Dirección de Sanidad disponía “el aislamiento de todo vago” (“La epidemia de tifo exantemático” 1933, 899), pues “todo individuo desaseado se considerará como sospechoso de haber estado en contacto con enfermos de tifus exantemático, ser portador de insectos propagadores de dicha enfermedad o encontrarse en periodo de incubación de la enfermedad citada” (*El Diario Ilustrado* 1933c). Cualquiera de estas condiciones, establecía la norma,

Serán suficientes para que los agentes sanitarios o de carabineros los obliguen, por medio de la fuerza si fuese necesario, a su “observación”, aislamiento o cuarentena a fin de someterlo a las demás medidas de profilaxis que la autoridad sanitaria determine (*El Diario Ilustrado* 1933c).

Pero hubo también atisbos de resistencia entre los afectados. La Dirección de Sanidad, a un año de haber iniciado la campaña intensa de propaganda y desinfección, se quejaba de que el resultado no había sido “todo lo fructífero que hubiese sido de desear [...] por la falta de cooperación que se ha encontrado” (Puyó 1934a, 36) y en el mes de octubre, cuando se celebraban conmemoraciones masivas, se hacía un llamado a prohibir tajantemente la celebración de fiestas, pues el año anterior se habían realizado igual, a pesar de las advertencias (Puyó 1934b, 35).

Por lo menos en la ciudad de Santiago de Chile, era perentorio que se establecieran normas muy estrictas y que las personas se dispusieran a colaborar, pues había focos de contagio como los alojamientos para vagabundos y desempleados, las reuniones masivas y el transporte público, que hacían muy difícil el control.

Con todo, la epidemia pudo ser contenida a partir de 1935, cuando la situación económica del país también mejoró. La comunidad médica, unida a la institucionalidad sanitaria, utilizaron los únicos medios disponibles para su combate –aislamiento y desinfección– y a pesar de que la enfermedad prosiguió como endemia, en la década siguiente, con antibióticos y desinfectantes más eficientes, pudieron bajarse los contagios al mínimo. Pese al temor de las autoridades y los médicos, la aglomeración de cesantes en plazas, calles y albergues facilitó la expansión del tifus, pero los mayores focos de contagio no estuvieron en esos sitios, sino en asentamientos de indigentes en barrios de extrema pobreza, donde los medios disponibles eran doblemente ineficaces, pues las malas condiciones de vida favorecían su propagación y los bajos niveles de educación desconocían la higiene e impedían la penetración de recomendaciones y prohibiciones. El ciclo de extrema gravedad duró dos años (1933-1934), tiempo en el que la miseria cobró venganza.

Conclusiones

La pandemia del COVID-19 ha resucitado un antiguo debate acerca del contagio de enfermedades, sus consecuencias sociales y las condiciones que facilitan la propagación. También ha puesto una razonable pausa a la creencia en el control que la ciencia puede tener sobre el cuerpo humano y ha aterrizado las expectativas sobre un progreso infinito de la curación y la prevención. Los más de seis millones de muertos a nivel mundial y los 1 687 000 latinoamericanos que han fallecido por la pandemia, muchos de ellos lejos de sus familias, han pintado un cuadro desolador y nos han volcado, en una mirada histórica, hacia otros momentos en los que la misma sensación de soledad, impotencia y desesperanza han azotado a la humanidad.

La epidemia de tifus exantemático que se vivió en Santiago de Chile y otras ciudades chilenas a mediados de la década de 1930 tiene un enorme parecido con el COVID-19, tanto en lo que respecta a las limitaciones del saber médico disponible, las políticas de control y aislamiento decretadas por la autoridad sanitaria, las resistencias en la población a dejar sus costumbres cotidianas y sociales de lado, como por la crudeza con la que afectó a los grupos más pobres.

La “enfermedad de la miseria”, como fue denominado el tifus endémico, plantea también la necesidad de una ampliación de lo estrictamente biológico-médico hacia aspectos culturales de las enfermedades sobre los cuales vale la pena insistir. El cuerpo, los contagios y la muerte no escapan a los valores sociales y a las subjetividades que los dotan de significado y, por ende, nos convocan a una mirada histórica para releer y derivar lecciones acerca de la construcción de una ciudadanía más inclusiva, pues la epidemia no progresó en el vacío, sino que abunda y golpea a los más necesitados.

Referencias

- Acero, Leopoldo. 1940. *La realidad de la vivienda popular en Chile*. Santiago de Chile: Talleres Gráficos Gutenberg.
- Alcántara-Rodríguez, Virginia. 2020. “Historia del tifus epidémico en México y una propuesta para su eliminación”. En *Enfermedades Rickettsiales en Latinoamérica*, editado por Silvia Posada, Azucena Cabrera y Santiago Monsalve, 198-217. Medellín: Universidad de Antioquía, Fondo Editorial Biogénesis.
- Allende, Salvador. 1939. *La realidad médico-social chilena*. Santiago de Chile: Lathrop. <https://doi.org/10.34720/mj3z-6m24>
- Andersson, Jan O., y Siv G. E. Andersson. 2000. “A Century of Typhus, Lice and *Rickettsia*”. *Research in Microbiology* 151 (2): 143-150. [https://doi.org/10.1016/S0923-2508\(00\)00116-9](https://doi.org/10.1016/S0923-2508(00)00116-9)
- Bernardes, Fred, y Joao Avelleira. 2015. “Henrique da Rocha-Lima”. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 90 (3): 363-366. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153945>
- Bohoslavsky, Ernesto. 2003. “Casa tomada. Pobreza, desempleo y asaltos populares en el sur de Chile en los 30”. *Entrepasados* 23: 101-122. <https://ahira.com.ar/ejemplares/entrepasados-no-23/>

Brito, Marcos. 1931. “Eficacia del barril serbio”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 1 (2): 111-112.

Cuevas, Consuelo. 2007. “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”. *Historia Mexicana* 57 (1): 53-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60057102>

Dirección General de Estadística. 1931. *Resultados del X Censo de la población*. Santiago de Chile.

Dirección General de Estadística. 1928-1938. *Estadística Chilena*. Santiago de Chile.

Director General de Sanidad. 1931. “Nota informando sobre caso de tifus exantemático. Nota N° 5113, del Director General de Sanidad al Ministro de Bienestar Social”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 1 (2): 161-162.

Donoso, Luisa. 1937. “Oficina Central de Servicio Social”. Memoria Servicio Social, Escuela de Servicio Social, Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga. Santiago de Chile.

El Diario Ilustrado. 1930. “El tifus exantemático en Santiago”. 9 de septiembre.

El Diario Ilustrado. 1933a. “Contra el exantemático”. 24 de junio.

El Diario Ilustrado. 1933b. “El Excmo. Sr. Arzobispo en la campaña contra el tifus”. 25 de julio.

El Diario Ilustrado. 1933c. “La epidemia de tifus exantemático”. 27 de julio.

El Mercurio. 1933. “La miseria y las epidemias en Chile”. 29 de julio.

- El Mercurio.* 1935a. “Se decretó la reorganización de los Servicios de la Sanidad”. 24 de enero.
- El Mercurio.* 1935b. “Campaña sanitaria Ministerio de Salubridad”. 29 de enero.
- El Mercurio.* 1935c. “Defensa de la salud”. 24 de marzo.
- El Mercurio.* 1935d. “El problema de la higienización”. 13 de septiembre.
- Ellsworth, Paul. 1945. *Chile. An Economy in Transition*. Nueva York: Macmillan.
- “El tifus exantemático”. 1934. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 8: 53-57.
- Germain, Eduardo. 1931a. “El saneamiento de las poblaciones”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 1 (1): 25-32.
- Germain, Eduardo. 1931b. “La casa de limpieza de Santa María”. *Revista del Instituto Bacteriológico de Chile* 2 (2): 91-98.
- González, Maricela. 2017. “Logros son acciones. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile: el Servicio Nacional de Salud, 1952-1973”. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Harden, Victoria. 1993. “Typhus, Epidemic”. En *The Cambridge World History of Human Disease*, editado por Kenneth F. Kiple, 1080-1084. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CHOL9780521332866.213>
- Hidalgo, Rodrigo. 2000. “El papel de las leyes de fomento de la edificación obrera y la Caja de la Habitación en la política de vivienda social en Chile, 1931-1952”. *Revista INV1* 15 (39): 92-120. <https://doi.org/10.5354/0718-8358.2000.62105>

Hidalgo, Rodrigo. 2002. "Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile. Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del Siglo XX". *EURE* 28 (83): 83-106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612002008300006>

Joannon, Jorge. 1939. "Reacción de Weil-Félix clínica en la campaña contra el tifo exantemático". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 18 (12): 1134-1137. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/14143>

Kraus, Rudolf. 1931. "Labor desarrollada por los servicios sanitarios durante un año (1930-31)". *Revista del Instituto Bacteriológico de Chile* 2 (4): 76-86.

Kraus, Rudolf, y José Castillo. 1930. "Nuevas investigaciones sobre el tifus exantemático en Chile". *Revista del Instituto Bacteriológico de Chile* 1 (4): 59-64.

Kraus, Rudolf, Luis Avilés, y José Castillo. 1931. "Sobre la reacción de Weil-Félix con Proteus X19 en sanos o en los casos inaparentes y atípicos de tifus exantemático". *Revista del Instituto Bacteriológico de Chile* 2 (1): 40-49.

"La epidemia de tifo exantemático en la República de Chile en 1933". 1933. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 12 (9): 897-909.

La Nación. 1933a. "No existe peligro de que el tifus exantemático adquiera caracteres de virulencia". 15 de julio.

La Nación. 1933b. "Se ha dado forma a un plan de acción para combatir el tifus exantemático". 22 de julio.

La Nación. 1933c. "Suspendidas por una semana las clases de las Escuelas Públicas y Liceos por el tifus exantemático". 23 de julio.

La Nación. 1933d. "Medidas para evitar el contagio del tifus exantemático". 25 de julio.

La Nación. 1933e. “Santiago en pie de guerra contra el exantemático”. 26 de julio.

La Nación. 1933f. “Cooperar a la campaña sanitaria”. 23 de octubre.

La Nación. 1933g. “La lucha por la salud”. 16 de noviembre.

La Nación. 1934. “Rápidamente el tifus exantemático va alcanzando la intensidad a que llegó el año pasado en Santiago”. 6 de octubre.

La Nación. 1936. “La campaña contra el tifus”. 24 de enero.

Laval, Enrique. 2003. “Tifus exantemático en Chile”. *Revista Chilena de Infectología* 20 (suplemento notas históricas): 56. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200018>

Laval, Enrique. 2007. “Cronología de los principales antecedentes y sucesos que llevaron a la construcción del Hospital Ramón Barros Luco”. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina* 17: 221-226.

Laval, Enrique. 2013. “Epidemia de tifus exantemático en Chile (1932-1939)”. *Revista Chilena de Infectología* 30 (3): 313-316. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000300007>

Mardones, Lidia. 1936. “El obrero en la ciudad de Temuco”. Memoria Servicio Social, Escuela de Servicio Social, Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga, Santiago de Chile.

Marshall, Jorge. 1991. “Políticas monetarias seguidas en Chile desde la creación del Banco Central”. *Cuadernos de Economía* 28 (83): 29-54. <https://www.jstor.org/stable/41951211>

Matus, Mario. 2012. *Crecimiento sin desarrollo. Precios y salarios reales durante el ciclo salitrero en Chile (1880-1930)*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Monteon, Michael. 1998. *Chile and the Great Depression. The Politics of Underdevelopment, 1927-1948*. Tempe: Arizona State University, Center of Latin American Studies Press.

Nef, Jorge. 1934. “El progreso y la sanidad del país a través de las estadísticas bio-demográficas”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 9: 30-41.

Palma, Gabriel. 1984. “From an Export-led to an Import-substituting Economy: Chile, 1914-39”. En *Latin America in the 1930s. The Role of the Periphery in World Crisis*, editado por Rosemary Thorp, 50-80. Londres: Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-17554-3_3

Puyó, Luis. 1934a. “Sobre epidemia de tifus exantemático”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 10: 36-37.

Puyó, Luis. 1934b. “La epidemia de tifus exantemático y las reuniones públicas”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 11: 35-36.

Ramírez, Laura. 1936. “Investigación de las causas de la miseria”. Memoria Servicio Social, Escuela de Servicio Social, Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga, Santiago de Chile.

Reveli, Raquel. 1933. “Malestar de la familia obrera”. Memoria Servicio Social, Escuela de Servicio Social, Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga, Santiago de Chile.

Reyes, Nora. 2017. “Salarios durante la industrialización en Chile (1927/1928-1973)”. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/454672?locale-attribute=es>

- Rodríguez-Ocaña, Esteban. 2017. “Tifus y laboratorio en la España de posguerra”. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 37 (2): 489-515. <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328583>
- Rojas, Jorge. 1993. *La dictadura de Ibáñez y los sindicatos*. Santiago de Chile: DIBAM.
- Romero, Nacianceno. 1931a. “Circular sobre la desocupación”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 1 (2): 134-135.
- Romero, Nacianceno. 1931b. “Presupuesto extraordinario de sanidad”. *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad* 1 (3): 220-222.
- Sáez, Sebastián. 1989. “La economía política de una crisis. Chile 1929-1939”. *Notas Técnicas CIEPLAN* 130.
- Sánchez, Marcelo, Malte Seiwerth, y Jorge Abarzúa. 2021. “Las casas de limpieza: antecedentes y funcionamiento en la epidemia de tifus exantemático en Chile a inicios de la década de 1980”. *Historia* 396 11 (1): 327-360. <http://www.historia396.cl/index.php/historia396/article/view/504>
- Suárez, Eugenio. 1945. “Epidemiología del tifo exantemático en Chile”. *Boletín del Instituto Bacteriológico de Chile* 2 (4): 127-141.
- “Tifo exantemático” (Folleto de Divulgación). 1933. Valparaíso: Imprenta Roma.
- “Tifo exantemático”. 1937. *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* 1 (1): s.n.
- Urbina, María Ximena. 2002. “Los conventillos de Valparaíso, 1880-1920: percepción de barrios y viviendas marginales”. *Revista de Urbanismo* 5. <https://doi.org/10.5354/ru.voi5.12953>

Vergara, Ángela. 2014. “Los trabajadores chilenos y la Gran Depresión”. En *La gran depresión en América Latina*, coordinado por Paulo Drinot y Alan Knight, 73-108. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Vicuña-Mackenna, Benjamín. 1947. *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*. Santiago de Chile: Editorial Difusión.

Yáñez, Juan Carlos. 2008. *La intervención social en Chile, 1907-1932*. Santiago de Chile: RIL.

Yáñez, Juan Carlos. 2017. “El problema de la alimentación: un enfoque desde las encuestas de nutrición. Chile, 1928-1938”. *América Latina en la Historia Económica* 24 (1): 66-97.





Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920

María-Catalina Garzón-Zapata

Universidad de los Andes, Colombia

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935>

Recepción: 30 de mayo de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 23 de octubre de 2022

Resumen

A comienzos del siglo XX la anemia tropical, también conocida como uncinariasis o anquilostomiasis, se convirtió en una de las enfermedades que mayor preocupación generó en la comunidad médica por los altos números de campesinos enfermos, particularmente en las regiones productoras de café. Los médicos iniciaron una serie de investigaciones sobre la enfermedad y actuaron de diferentes maneras para intentar combatirla, llegando incluso a ejercer presión sobre el gobierno para crear una legislación que promoviera la lucha contra esta enfermedad. El presente artículo explora el trabajo realizado por los médicos locales sobre la anemia tropical como un ejemplo de “precedencia periférica” reconociendo los avances y enriquecedoras experiencias locales previas a la llegada de la Fundación Rockefeller y su campaña en 1920. En esta misma perspectiva, el problema de investigación permite analizar la articulación de diversos actores —campesinos, médicos, hacendados— que hicieron parte de las prácticas y acciones de lucha para la prevención y combate de la enfermedad. Metodológicamente, fueron analizadas diversas fuentes primarias, enfocando en las investigaciones y tesis médicas sobre la anemia tropical en el periodo de 1905 a 1920, lo que permitió descubrir el trabajo, prácticas y experiencia previa de los médicos colombianos sobre la anemia tropical.

Palabras clave: anemia tropical; médicos locales; precedencia periférica; economía cafetera y enfermedades; historia de las enfermedades tropicales; salud pública.

* Doctora en Historia por la Universidad de los Andes, Colombia. Investigadora independiente. Este artículo es resultado de la tesis doctoral “Calzar los pies, sanear las tierras. Las campañas contra la anemia tropical en Colombia, 1905-1935” de la Universidad de los Andes. La investigación contó con el apoyo del programa de Fomento a la Investigación del Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH) en 2016, así como también con una beca de investigación documental del Archivo Rockefeller (Rockefeller Archive Center) en marzo de 2017. Correo electrónico: mcgarzon0107@uniandes.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-5628-8363>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Garzón-Zapata, María-Catalina. 2023. “Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920”. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 57-89. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935>

Ankylostomiasis by the Thousands. Local Physicians and Strategies to Combat Hookworm in Colombia 1905-1920

Abstract

In the early 20th century, hookworm disease emerged as a significant concern within the medical community, particularly in coffee-producing regions, given the high number of affected farmers. Physicians took the initiative to investigate the disease and implemented various measures to combat it, including advocating for government legislation to address the issue. This article focuses on the efforts made by local physicians in combating hookworm in Colombia, showcasing the concept of “peripheral precedence” by recognizing their advancements and contributions before the arrival of the Rockefeller Foundation and its campaign in 1920. From the same perspective, the research problem allows us to examine the interactions among various actors, including peasants, doctors, and landowners, who actively participated in the practices and efforts to prevent and combat the disease. Methodologically, the study involved an analysis of multiple primary sources, with a particular emphasis on research papers and medical theses on hookworm dated between 1905 and 1920. This approach allowed us to explore the work, practices, and prior experiences of Colombian physicians in addressing hookworm.

Keywords: hookworm; local physicians; peripheral precedence; coffee economy and disease; history of tropical diseases; public health.

Ancilostomiásicos por milhares. Médicos locais e estratégias de combate à ancilostomíase na Colômbia 1905-1920

Resumo

No início do século XX ancilostomíase tornou-se uma das doenças de maior preocupação para a comunidade médica colombiana devido ao grande número de camponeses doentes, principalmente nas regiões produtoras de café. Os médicos iniciaram uma série de pesquisas sobre a doença e agiram de várias maneiras para tentar combatê-la, inclusive fazendo lobby junto ao governo para criar uma legislação que promovesse a luta contra a doença. Este artigo explora o trabalho realizado por médicos locais sobre a ancilostomíase como um exemplo de “precedência periférica”, reconhecendo os avanços e as enriquecedoras experiências locais antes da chegada da Fundação Rockefeller e sua campanha em 1920. Nessa mesma perspectiva, o problema de pesquisa nos permite analisar a articulação de diferentes atores — camponeses, médicos, proprietários de terras — que participaram das práticas e ações de prevenção e combate à doença. Metodologicamente, foram analisadas várias fontes primárias, com foco em pesquisas e teses médicas sobre anemia tropical no período de 1905 a 1920, o que nos permitiu descobrir o trabalho, as práticas e a experiência anterior dos médicos colombianos sobre ancilostomíase.

Palavras-chave: ancilostomíase; médicos locais; precedência periférica; economia e doenças do café; história das doenças tropicais; saúde pública.

Introducción

El periodo que precedió a la llegada de la Fundación Rockefeller y el trabajo desarrollado en las campañas contra la anemia tropical, es un periodo de estudio muy interesante que permite analizar el rol que los médicos locales adelantaron sobre la enfermedad entre 1905 a 1920. Esto, por demás, nos permite ver cómo los funcionarios de la Fundación Rockefeller no llegaron al país a trabajar sobre un terreno vacío, sino que, al contrario, en Colombia la comunidad médica ya venía haciendo diversas investigaciones, observaciones clínicas y el intento de establecer una legislación nacional que llevara a acciones prácticas para prevenir y contener la enfermedad.

Este artículo analizará cómo la anemia tropical se convirtió en los albores del siglo XX en una enfermedad de atención nacional por su afectación a la población campesina y cómo los médicos locales, aplicando los conocimientos provenientes de la medicina tropical y sus prácticas científicas, la reconocieron y actuaron para tratarla antes de la llegada de la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller en 1920. Dentro de este proceso, se analizará también cómo estarían vinculados no solo los médicos y los campesinos, sino también y de manera predominante, los hacendados.

Para comenzar, es importante situar la investigación desde la noción de “precedencia periférica” desarrollada por Palmer (2015). Esta noción, que tiene lugar en el debate teórico en historia de la ciencia sobre *centro y periferia*, hace referencia al reconocimiento de experiencias locales “periféricas” de combate a la anquilostomiasis y que fueron previas a la llegada de la Fundación Rockefeller con su método. La “precedencia periférica” habla de aquella tradición médica nacional en la que los médicos locales desarrollaron investigaciones y una metodología sobre un tema del que los funcionarios de la Fundación Rockefeller creían ser pioneros, en este caso para la prevención y el combate de la anemia tropical, “en otras palabras, los programas estadounidenses llegaron a una tradición médica nacional o local, dotada de líderes, jerarquías y temáticas con las que los norteamericanos tuvieron

que lidiar y dialogar, científica y políticamente. Como resultado, los programas de la FR fueron contingentes al escenario y a los actores que se encontraron” (Palmer 2015, 13). Siendo el caso más ejemplar el de Costa Rica, que había sido el primer país latinoamericano en iniciar un programa nacional propio de combate a la uncinariasis de manera muy temprana en 1907.

En Colombia existieron avances importantes por parte de los médicos locales en el reconocimiento y estudio de la anemia tropical desde inicios del nuevo siglo, y esto se demuestra con la publicación de más de 20 investigaciones sobre la enfermedad durante las dos primeras décadas del siglo XX. Es importante resaltar cómo la creación de la cátedra de enfermedades tropicales impartida en la Universidad Nacional de Colombia por el doctor Roberto Franco desde 1905, implicó la apertura práctica a los estudios e investigaciones locales de diversas enfermedades caracterizadas como “tropicales”, y de esta manera varios de sus discípulos, y con él una nueva generación de médicos,¹ se interesaron en conocer la incidencia de la anquilostomiasis en Colombia, reconocer su distribución geográfica, la descripción clínica y su tratamiento, buscando reconocer, a la luz de los nuevos conocimientos, prácticas y procedimientos de laboratorio, la situación de los campesinos colombianos con la anemia tropical,

Al empezar nuestros trabajos en la Clínica de Enfermedades Tropicales y al estudiar en el Hospital San Juan de Dios algunos de los enfermos afectados por perturbaciones digestivas y de anemias, insinuamos á nuestros discípulos la posible existencia y la frecuencia probable de la Uncinariasis entre nosotros; pero fue únicamente después de establecido el Laboratorio de las Clínicas de este hospital cuando pudimos practicar los primeros exámenes de materias fecales y cuando llegamos a demostrar la presencia de huevos de anquilostoma en las deposiciones (Franco, 1909, 93).

1. Entre esta nueva generación de jóvenes médicos el doctor Jorge Martínez Santamaría menciona a sus colegas, el doctor Gabriel Toro quien investigó sobre la *espirila* generadora de las bubas, el doctor Joaquín Leal con una investigación sobre la filaria y el doctor Federico Lleras con una investigación sobre el carbón sintomático (Martínez-Santamaría 1909, IX). En la tesis doctoral realizada se puede encontrar una caracterización amplia sobre la generación de médicos que investigó sobre la enfermedad (Garzón, 2020).

A través de dichas investigaciones, podemos ver cómo la comunidad médica nacional estaba informada, actualizada y conectada de manera transnacional con lo que ocurría en diferentes campañas, como las de Puerto Rico y Costa Rica, con su conocimiento y prácticas buscaron proponer una campaña nacional, que contó incluso con una legislación específica, para intentar contrarrestar los efectos de la enfermedad en la población campesina.²

De esta manera, como lo desarrollaremos en las siguientes páginas, podemos considerar que en Colombia existió efectivamente una “precedencia periférica” y que los aportes de los médicos locales durante esas dos primeras décadas fueron valiosos y marcaron el derrotero sobre el que trabajarían los funcionarios delegados de la Fundación Rockefeller a su llegada al país. Esto también nos permite comprender cómo existió un escenario que muestra la articulación de redes de conocimiento en niveles locales y transnacionales donde una institución como la Fundación Rockefeller no llegaría solo a hacer una imposición vertical de sus métodos, sino que ya existía un trabajo sostenido previo de aportes locales sobre tratamiento y manejo de la enfermedad, lo que implicaría un trabajo cooperativo que incluyó la integración de saberes y experiencias que los médicos locales habían acumulado por cerca de 20 años con las prácticas de control y tratamiento desarrolladas por los funcionarios de la Fundación Rockefeller desde 1920, cuando se firma el acuerdo entre este organismo y el gobierno para iniciar la campaña contra la anemia tropical en Colombia.

La anemia tropical como problema de salud pública nacional

Durante gran parte del siglo XIX, e incluso aún en los comienzos del siglo XX, los médicos solían atribuir un rol muy importante al clima en el desarrollo de ciertas

2. En varias de las investigaciones que fueron publicadas como tesis o en revistas médicas, los autores suelen hacer referencia a investigaciones publicadas sobre el desarrollo de campañas contra la uncinariasis en otros países, particularmente para el caso de Puerto Rico o Brasil, de donde toman información relevante y novedosa sobre prácticas médicas de tratamiento que se podrían llevar a cabo en Colombia, lo que demuestra una interesante conexión con redes médicas internacionales de manera previa a la llegada de la Fundación Rockefeller.

enfermedades, justificando también argumentaciones raciales sobre la supuesta inferioridad de algunas poblaciones que vivían allí (García 2016, 9-26). Los médicos colombianos que estudiaron la anemia tropical —anquilostomiasis, uncinariasis— en los albores del siglo XX dedicaban siempre una parte de su pesquisa a hablar sobre lo que conocían de la distribución geográfica de la enfermedad basándose en sus experiencias como médicos en ciertos lugares, por ejemplo, en las minas de esmeraldas de Muzo, en lugares donde se iban construyendo vías de ferrocarriles y sobre todo aquellos lugares en donde predominaba el cultivo de café.

En algunas ocasiones, aún sin conocer lo que acontecía *in situ*, hacían apresurados y desoladores pronósticos y se atrevían a generalizar la incidencia asegurando que la enfermedad estaba presente en más del 80 % del territorio colombiano. Esto, debido a que ya se reconocía con certeza que los climas medios y calientes, entre los 18º a 30º de temperatura y por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar, eran los que ofrecían las condiciones necesarias para el desarrollo del gusano productor de la enfermedad.³

De esta manera, médicos como Roberto Franco, Jorge Martínez Santamaría, Emilio Robledo, Miguel María Calle y Abraham Pupo, por citar algunos, aseguraban que gran parte de la población que habitaba los climas medios y calientes “son uncinariados, considerando como habitante de esas regiones al que vive en ellas seguidamente y sin abandonarlas por algunos años. Fundamos nuestra opinión en la estadística que hicimos en los trabajadores de las minas de Muzo, y que fue publicada en el informe que rendimos al Sindicato de esa empresa. Encontramos allí que un 94 % de los habitantes eran uncinariados y que sufrían más o menos por causa de ese helminto” (Franco 1909, 107).

3. El clima, de hecho, era considerado como una de las *causas predisponentes* de la anquilostomiasis. Específicamente, como explica Mónica García sobre las causas predisponentes de las enfermedades, estas “predisponían gradualmente a que se adquirieran. A este último grupo pertenecían las causas predisponentes individuales y generales. Las primeras dependerían por completo de las condiciones y actitudes individuales, como el temperamento, y otras relacionadas con las funciones corporales, y las segundas se referían casi en su totalidad a elementos climáticos y geográficos como el aire, los cambios atmosféricos y la constitución del suelo. Como se ve, elementos del clima actuarían en los tres niveles de causalidad, pero su acción más constante y determinante parecería estar en el nivel de las causas predisponentes generales” Mónica García, 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Ciencias Humanas (García 2016, 12).

Emilio Robledo aseguraba que por lo menos hasta 1908 “de los Departamentos en que se divide actualmente la República, ninguno está *exento* de la infección uncinárica, ya que, por razones de altitud [...] se extiende por toda la tierra colombiana á manera de malla inextricable. Personalmente he podido comprobar la existencia del parásito en Tolima, Cauca, Bolívar, Atlántico, Antioquia, Santander, Caldas y Boyacá” (1908, 916). Además, buscando informarse mejor sobre la geografía de la anemia tropical, escribió a varios de sus colegas pidiendo datos precisos, entre ellos al doctor Miguel María Calle en Antioquia, quien respondió que:

Tal enfermedad es aquí (en Titiribí) abundantísima, y creo que lo es en muchas otras poblaciones de este departamento (Antioquia). Para no citar sino las vecinas, mencionaré Amagá, en donde más de la mitad de los habitantes están infectados; Fredonia, Armenia y Concordia. Se puede asegurar que en las regiones cafeteras el 70% de los trabajadores está atacado de anquilostomiasis. En las minas, la enfermedad existe, en verdad, pero en proporciones infinitamente inferiores. En la mina de *Altos Chorros*, cuya temperatura en la superficie es de 19°C y cuya altura es de 1800 metros sobre el nivel del mar, se encuentra un buen número de enfermos. Mas en las minas de *El Zancudo* con 25°C de temperatura y a 1300 metros de altura, los casos son rarísimos y quizá importados de las minas más altas ó de otras localidades (Robledo 1908, 917).⁴

Un aspecto interesante que comienzan a reflejar las investigaciones médicas locales, se relaciona con el hecho de que develan una situación alarmante sobre la salud de las poblaciones rurales, principalmente aquellas que habitaban en las regiones templadas y en donde existían amplias extensiones de cultivo de café que se habían incrementado desde mediados del siglo XIX con la ampliación de la frontera agrícola, y que a su vez, habían tenido también un alto crecimiento demográfico debido al fenómeno de migración interna ocurrido durante el proceso que se ha denominado como colonización antioqueña, particularmente las regiones de Antioquia y el gran Caldas.

4. Varias de las investigaciones médicas publicadas entonces, señalan que los casos más predominantes en el país se presentaban en regiones agrícolas, principalmente donde se producía café y en menores proporciones se presentaban en las minas. Al respecto, el Dr. Jorge Martínez Santamaría al hablar sobre la profilaxis de la anemia tropical en las minas, menciona que “su estudio entre nosotros no tiene toda la importancia que reviste en Europa. La razón es sencilla: allá es el único foco de infección conocido, mientras que entre nosotros el plantío, la montaña, las orillas de los ríos, son otros tantos focos infectivos de igual intensidad que las minas” (Martínez-Santamaría 1909, 216).

La incidencia de la anquilostomiasis en dichas regiones fue claramente representada en las tesis médicas y en los artículos de las publicaciones periódicas especializadas que circularon ampliamente y que alertaron, tanto al gobierno como a los hacendados, sobre las precarias condiciones laborales e higiénicas existentes en las zonas de cultivo y sobre cómo ello estaba influyendo en la rápida expansión de la enfermedad. Si bien la enfermedad ya existía entre la población campesina, el proceso de migración y colonización en Antioquia que fue llevando a las poblaciones rurales a desmontar y “abrir frontera” al ritmo del incremento del comercio exportador desde mediados del siglo XIX, permitió que la enfermedad y el parásito se propagaran de manera alarmante por los suelos recientemente cultivados.

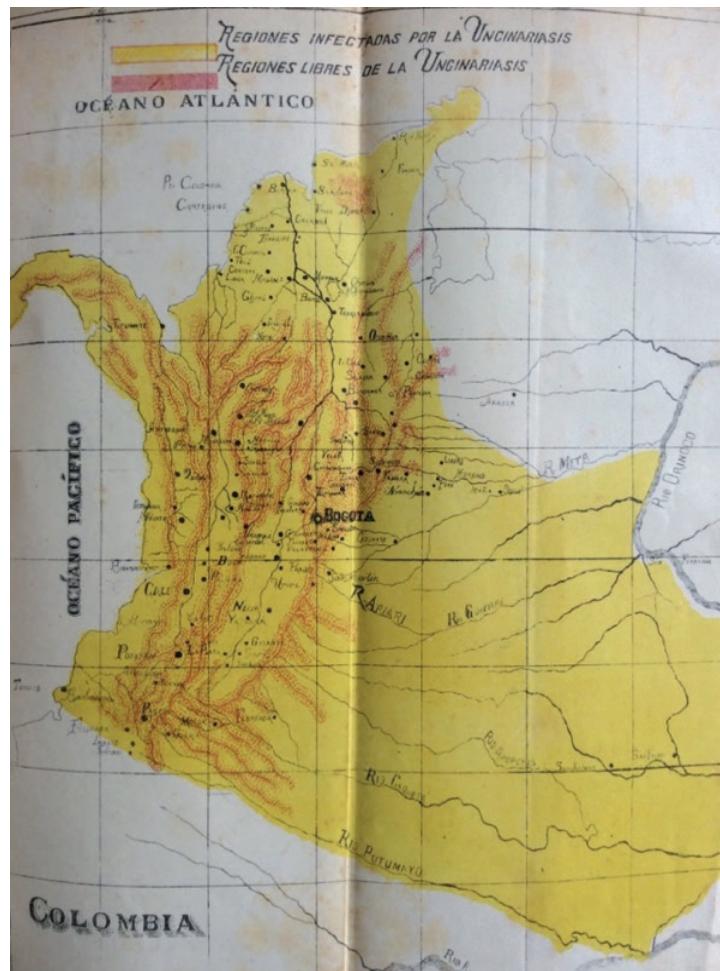
El caso colombiano resulta ejemplar si tenemos en cuenta el escenario social y económico colombiano de ese periodo con los procesos de apropiación de tierras en el centro del país —Cundinamarca y Tolima— y con el proceso migratorio de la colonización antioqueña en el occidente (Caldas), que sumado al crecimiento de la economía exportadora con productos como el azúcar, el cacao y principalmente el café, daría como resultado el incremento desmedido de campesinos enfermos por anemia tropical en la mayoría de regiones del país.⁵

El doctor Martínez Santamaría elaboró, en su tesis publicada en 1909, uno de los pocos mapas que se conocen sobre la posible extensión de la anquilostomiasis. Su afirmación respecto al alcance geográfico de la enfermedad fue categórica: “la uncinaria solo ha respetado las altas cumbres de las cordilleras; el nudo en donde nacen las tres ramas, la Oriental, la Central y la Occidental; la sabana de Bogotá y la Sierra Nevada. El resto del país está infectado” (Martínez- Santamaría 1909, 23).

De esta manera, en el mapa realizado, Martínez Santamaría hace notar que solamente las regiones altas —en color rojo— estarían libres de uncinariasis, mientras que en el resto del país la enfermedad estaba expandida.

5. Palmer, quien ha estudiado en profundidad la historia de la anemia tropical en Centroamérica y el Caribe, explica, en efecto, cómo la anemia tropical es una enfermedad propia de la dilatación de la frontera agraria, del desplazamiento y de la recombinación ecológica, económica y cultural (2015, 32).

Figura 1. Regiones infectadas de uncinariasis



Fuente: Martínez-Santamaría (1909, 22).

Quizás su interpretación podría parecer exagerada, sin embargo, lo que nos muestra de fondo es una muy delicada situación sanitaria en los sectores rurales que evidentemente estaba desbordándose y a la cual el gobierno no estaba prestando suficiente atención. La fuerza laboral, especialmente los agricultores, estaban enfermos, debilitados por el parásito que les impedía llevar a cabo sus tareas cotidianas y aparentemente solo con la atención prioritaria dirigida hacia los principales focos de expansión esta enfermedad podría comenzar a ser contenida.

Esta afirmación y la preocupación generalizada se refleja también cuando el doctor Miguel María Calle aseguró que, tras adelantar observaciones clínicas desde 1906, fue “cuando un caso extremadamente grave, y para mi muy importante, me puso en el camino verdadero y en condiciones de tratar un número que ya pasa de mil, cifra que parecerá exagerada a quien no haya visitado estas regiones, en donde los *anquilostomiásicos* se cuentan por millares” (Calle 1910, 70. Énfasis del original).

Aunque para ese entonces las condiciones para diagnosticar a los enfermos resultaban bastante precarias debido a la carencia de una herramienta tan importante como los microscopios, con lo poco que tenían los médicos comenzaron a hacer lo que estuvo a su alcance. Tan es así que el mismo doctor Calle pedía que el problema de la anquilostomiasis en el país se estudiara desde un punto de vista que estuviera al alcance de la mayoría de los demás colegas, pues muchos de los que realizaban sus trabajos:

En centros de segundo orden, carecen de los medios de investigación que poseen los que viven en lugares en donde los exámenes microscópicos se hacen fácilmente. En presencia de una enfermedad tan generalizada, que inutiliza las gentes en poco tiempo; que hace de los enfermos otros tantos desgraciados y que reviste caracteres de verdadera calamidad social, nuestra obligación es hacerla conocer de la manera más sencilla á fin de que no haya lugar donde no pueda ser descubierta y combatida debidamente (Calle 1910, 70).

Reconociendo que para tener un diagnóstico completamente verídico de la uncinariasis eran necesarios los exámenes de sangre y de materias fecales, pero al tiempo sabiendo de la precariedad en la que se encontraban los médicos por la falta de microscopios, este médico preocupado por la generalizada expansión de anquilostomiasis aseguraba que “no se necesita sino haber observado algunos casos para no olvidar nunca el aspecto característico de los enfermos; me refiero, se entiende, á los casos típicos que constituyen la mayoría, al menos en estas regiones. ¿Quién en Antioquia no sabe lo que es el Tuntún? Todo el mundo lo conoce” (Calle 1910, 76); así que, por el beneficio de los *millares de desgraciados*, aconsejó a los demás médicos que a todos los pacientes que llegaran con síntomas del Tuntún se les tratara como

anquilostomiásicos. Con ello no negaba que muy probablemente se podría incurrir en algunos errores que el microscopio evitaría, pero a todas luces esto era preferible, y era poco probable que se pudieran presentar consecuencias funestas,

Se me dirá que esto es muy empírico y que la ciencia moderna exige que se hagan las cosas mejor, y más de acuerdo con los últimos adelantos. Ciertamente; ¿pero habremos de rechazar la Clínica para el conocimiento de una enfermedad que podemos descubrir más fácilmente que muchas otras, para las cuales solo contamos con sus recursos? Estoy seguro de que el que haya leído con atención la descripción de los síntomas, podrá diagnosticar fácilmente en la mayoría de los casos; y, de todos modos, el resultado será provechoso. Quédense los casos oscuros para los muy diestros, y que los demás consigan la salud que, con gran facilidad, podrán recobrar si todos los médicos nos proponemos investigar cuidadosamente los síntomas de los anémicos, averiguar el clima en que habitan, el trabajo en que se ocupan y el estado de salud de sus compañeros de labor y de sus vecinos de habitación (Calle 1910, 76).

Los millares de *desgraciados* a los que el doctor Calle hace alusión, eran los agricultores que trabajaban en los cultivos de café y de caña de azúcar, además que justamente trabajaban en las regiones de clima templado en donde el parásito podía completar prósperamente su ciclo de vida; por esta razón, cuando un médico conocía la procedencia del enfermo, su profesión y reconocía en él algunos de los síntomas, podría diagnosticar que muy seguramente sería portador de los parásitos de la anemia tropical. Las aseveraciones hechas por los médicos que estudiaron con detenimiento la enfermedad y el número de pacientes que día tras día acudían a ellos no fueron en ningún caso exageradas, por ello aseguraban que “en nuestro país hay extensas regiones en donde la anemia es general y en donde casi no se ve una sola persona que se pueda asegurar que no esté afectada por ella” (Franco 1909, 95).

Los síntomas percibidos por los campesinos afectados por la *uncinariasis* iniciaban con el decaimiento de la fuerza para trabajar, cansancio, pereza, sueño, incapacidad para concentrarse; la piel comenzaba a tornarse pálida o amarillenta, “cuando necesita trepar una pendiente, aún ligera, se da cuenta de que no le es posible hacerlo con la facilidad de antes; lo mortifica el golpe de las sienes, la palpitación, el anhelo respiratorio, el descoyunto en las rodillas y el dolor en las masas musculares de las piernas” (Calle 1910, 74).

Tenían además diversos padecimientos con la alimentación, algunos perdían por completo el apetito, otros lo conservaban y algunos otros sufrían de geofagia, el deseo de comer tierra (Flórez 1919, 54-55). Había pérdida de peso, hinchazón en la cara, el vientre y las piernas, además de algunos accesos febriles que en muchas ocasiones se confundían con las fiebres del paludismo. Cuando la enfermedad afectaba a los niños, poco a poco iba deteniendo su desarrollo, “el infantilismo o nanismo [sic] que se ve en ciertas regiones, tiene como uno de los primeros factores esta enfermedad” (Franco 1909, 95). Si comenzaba en la edad adulta, la enfermedad incapacitaba para el trabajo, y al debilitar en extremo el cuerpo predisponía la entrada de otras enfermedades como la tuberculosis, el paludismo y la fiebre tifoidea (Martínez-Santamaría 1909, 128-133).

Aunque la anemia tropical no causaba la muerte, dependiendo de la gravedad de los síntomas que conllevaban al debilitamiento del cuerpo, el paciente podía vivir mucho tiempo hasta que otras enfermedades aceleraran su deceso:

La piel se torna color paja seca; las conjuntivas están exangües; los labios, la lengua, el paladar y la faringe denotan lo mismo que las uñas, una profunda anemia; la astenia es completa; las palpitaciones insoportables; el zumbido en los oídos no deja dormir al enfermo; el carácter es irascible é intolerante; los edemas se generalizan y se entra en un periodo en que es muy difícil evitar la muerte (Calle 1910, 75).

La presencia de lo que comúnmente los campesinos reconocían como sabañones o candelillas en las plantas de los pies, es decir, las pequeñas heridas producidas por la entrada del parásito, les permitía a los médicos saber que efectivamente sufrían de uncinariasis. En las observaciones clínicas realizadas a sus pacientes, los médicos mostraron que más del 90 % presentaban en sus pies estas heridas en los espacios interdigitales de los dedos;⁶ así, por ejemplo el doctor

6. “Cuando un individuo se pone á trabajar en los lugares en donde haya larvas, éstas se adhieren a la piel de las piernas y brazos sin que aquel se de cuenta; dichas larvas continúan penetrando en el cuerpo hasta que llegan al intestino en cuyas paredes se fijan y en donde se convierten en gusanos adultos. Esta manera de entrar por la piel explica por qué casi todos los individuos tuntunientos sufren de úlceras en las piernas ó por lo menos de erupciones que les producen comezón. Las llamadas *candelillas* y *mazamorras* son erupciones causadas por los gusanos” (Robledo “1912, 321).

Martínez Santamaría afirma que en 80 de las observaciones realizadas por él para su estudio, los sabañones aparecen en setenta y nueve de los casos, y esto se hacía particularmente más grave en los cafetales durante el periodo de recolección de los granos de café, “en la estación de lluvias es justamente cuando los sabañones toman una forma epidémica” (Martínez-Santamaría 1909, 59).

La explicación de la causa de la enfermedad por el parásito del anquilostoma y su verificación por el microscopio era clara, así como también la certeza de que la mayoría de la población rural colombiana, particularmente de las regiones cafeteras, padecía la anemia tropical. Los médicos conocían el tratamiento que los enfermos deberían seguir para su recuperación con medicamentos como el timol y, además, complementaron dicho tratamiento preconizando el uso de una planta medicinal propia, reconocida popularmente por sus propiedades vermífugas, y a la que someterían posteriormente a estudios científicos dadas sus cualidades y los buenos resultados que se habían conseguido: el higuerón y su derivado, la leche de higuerón.⁷

Es importante mencionar que además de los anquilostomas, las investigaciones de los médicos locales señalaron la numerosa y generalizada existencia de otros parásitos en los campesinos, entre ellos las ascárides, las amebas, las tenias y el tricocéfalo, este último solía aparecer con recurrencia junto con los anquilostomas en los exámenes microscópicos.⁸ Así, una vez identificada la existencia de anquilostomas en los pacientes, los médicos pasaban al tratamiento específico. Los tratamientos iniciales de los médicos locales se enfocaron en la destrucción del parásito, en su expulsión mediante purgantes y posteriormente en atender las consecuencias que este había dejado en el cuerpo de la persona. Además, debido a que la anemia tropical era una enfermedad altamente infecciosa por el parásito y el medio en el que este se desenvolvía, se hacía urgente diagnosticar y tratar al enfermo, pero sobre todo tomar las medidas necesarias para prevenir la reinfección al medio y a sus compañeros de trabajo en las labores agrícolas.

7. Sobre las prácticas híbridas y el uso de la leche de higuerón ver: Garzón (2022, 154-158).

8. Un interesante estudio sobre los parásitos intestinales que aquejaban a la población colombiana se encuentra en Londoño (1912, 131-147).

En visitas esporádicas a las haciendas cafeteras o en atención clínica desde el hospital, los médicos fueron llevando a cabo por su propia cuenta el tratamiento con medicamentos, proporcionando también información necesaria sobre las prácticas higiénicas en el entorno de trabajo para evitar la reinfección en y del suelo con las heces fecales, pues recordemos que para entonces el uso de letrinas en las haciendas o los cultivos era mínimo y era allí, en el suelo, en donde iniciaba la infección por uncinaria al contacto de los pies descalzos con las heces fecales contaminadas por el parásito.

Como se dio prioridad al tratamiento de la enfermedad con medicamentos, el doctor Roberto Franco comentaba que se habían utilizado varios para contrarrestar el parásito que producía la uncinariasis. El tratamiento inicial a la anemia tropical en el país produjo una serie de prácticas médicas híbridas con el uso paralelo de medicamentos alopáticos y de remedios populares tradicionales. Entre los medicamentos alopáticos encontramos el uso del Naftol Beta y del timol, siendo este último el más utilizado “porque nos ha dado mejores resultados y porque no encontramos en el naftol ventajas apreciables. Hemos ensayado igualmente el helecho macho, el aceite de eucaliptus y otros vermífugos, pero todos ellos son inferiores al timol” (Franco 1910, 239).

Según la descripción que hace el doctor Martínez Santamaría, el timol “o ácido tímico se extrae de la esencia del tomillo. Se presenta bajo la forma de cristales romboidales transparentes, de olor aromático, de sabor picante” (Martínez-Santamaría 1909, 173). Sus propiedades vermífugas fueron ampliamente reconocidas por los doctores y durante décadas fue el medicamento más utilizado en el país para tratar a los enfermos por anemia tropical. Este compuesto, sin embargo, debía ser usado con precaución por su acción tóxica. Por este motivo, los médicos fueron claros en las dosis que se debían suministrar a los enfermos, dependiendo si eran niños o adultos.

El procedimiento tomaba cierto tiempo, por lo que antes de comenzar se recomendaba a los enfermos seguir algunas indicaciones que se resumían en:

Dieta láctea durante un día; la administración de un purgante en la noche (usualmente se suministraba el calomel dividido en tres tomas), que provocaba la evacuación del contenido intestinal para que el antihelmíntico surtiera mejor

efecto; al día siguiente, se hacía la toma del vermífugo, en este caso el timol, dividido en dos o tres tomas, una cada hora “seguida de una taza de agua mucilaginosa caliente (agua de cebada o linaza) (Franco 1909, 242).

Se recomendaba también que este día se consumiera leche, pero debido a que “a veces era escasa, puede permitirse tomar después de mediodía sopas ligeras de arroz ó de legumbres, café en leche, sagú, maicena, agua de panela o chocolate. Lo que sí está formalmente prohibido es tomar bebidas alcohólicas tales como aguardiente, vino ron, brandy, chicha fermentada” (Robledo 1912, 323).

Después de seguir cuidadosamente este proceso, tanto los gusanos como el timol comenzarían a ser expulsados por el efecto del purgante, pues la permanencia prolongada del timol en el intestino podría llegar a ser nociva. Para que el tratamiento cumpliera con lo esperado, se recomendaba que el proceso fuera repetido por lo menos cuatro veces más, hasta que el examen microscópico demostrara la ausencia de huevos de anquilostoma (Franco 1909, 242).

Pero ¿qué repercusiones en términos de la economía de un campesino tenía la aplicación completa de este tratamiento? Si bien lo recomendable era que fuera repetido por lo menos tres o cuatro veces hasta que el parásito desapareciera, lo cierto es que para ese momento eran los enfermos quienes debían correr con los gastos correspondientes ya que hasta entonces —primera década del siglo XX— no existía ninguna legislación ni ninguna campaña que se los garantizara.

El doctor Calle llamó la atención sobre este asunto, pues lo que estaba sucediendo era que por falta de dinero los jornaleros abandonaban o hacían incompleto dicho tratamiento, por esta razón insistía en que dos tratamientos bien aplicados serían suficientes,

Insisto sobre este punto, porque los tratamientos sucesivos, tál como los aconsejan los autores, no pueden usarse sino en los hospitales. Si á un jornalero, que gana \$30 papel moneda en el día, se le dice que para que se pueda curar necesita tratarse cuatro ó seis veces, y que para ello tendrá que alimentarse con leche sola y perder ocho, doce ó más días de trabajo, estoy seguro que rehusará la medicación, y en todo caso debemos buscar el resultado más práctico (Calle 1910, 80).

Para los médicos locales era claro que la ejecución del tratamiento con los vermífugos era tan solo una parte de un proceso mucho más amplio para la prevención de la enfermedad, que se había convertido sin duda en un problema de salud pública nacional. Por ello, a pesar de que no contaban con los medios ni con un apoyo económico del gobierno para emprender una gran campaña nacional contra la anemia tropical, como era su deseo, hicieron lo posible por hacer pedagogía y propaganda en sus regiones de trabajo con recomendaciones a los hacendados y a los campesinos sobre los medios profilácticos con los que podrían evitarla. Así, el doctor Calle aseguraba que:

Para lograr que al cabo de algún tiempo se haya reducido la enorme zona infec-tada que hoy tenemos en Colombia, es preciso empezar por hacer conocer la enfermedad á todo el mundo; hacer constante obra de propaganda contra ella y que el Gobierno dicte medidas serias para combatir é impedir el mal. Ya es tiempo de que se formen en los distintos puntos del país asociaciones ó ligas que tengan por objeto difundir, de la manera más práctica y sencilla los conocimientos que hoy se tienen sobre esta materia, tanto en lo que se refiere al tratamiento, como lo que toca á la higiene (Calle 1910, 83).

De esta manera, los médicos involucrados en los estudios de anemia tropical se propusieron educar por medio de conferencias públicas y en las escuelas enseñando cómo se producía el contagio de la enfermedad, los estragos que esta causaba a la salud humana y en el entorno laboral, mostrando el parásito y sus características a los campesinos bien fuera por medio de dibujos en carteles o directamente por el microscopio “para que vean algo objetivo que corresponda á lo que se les enseña” (Robledo 1908, 930).

El doctor Robledo hizo énfasis en ello, ya que en ocasiones las masas campesinas se mostraban incrédulas frente a lo que veían; por ello, cuando en sus conferencias los asistentes se reían o se mostraban desconfiados, este ejemplificaba en el momento mismo de la conferencia tomando un paciente con uncinariasis y llevando a cabo el proceso de laboratorio, haciendo “expulsar los gusanos por medio del jugo de higuerón para que se convencieran. Ello es verdad que después de esta lección objetiva, muchos más han ocurrido á que se les desembarace del gusano” (Robledo

1908, 930). El uso de conferencias en las haciendas fue un método persuasivo ampliamente utilizado por los médicos para que las comunidades campesinas pudieran entender mejor la enfermedad y su forma de prevención. Sin embargo, sin una base legislativa nacional sobre la cual actuar, sus esfuerzos aún seguían siendo mínimos.

Medidas preventivas contra la anquilostomiasis y legislación nacional sobre anemia tropical

Todos ellos llevan la vida libre del campo y andan con el pie al suelo ó con alpargatas, toman el agua del pozo, recogida en medio de los cultivos de café y la usan sin filtrar (Martínez-Santamaría 1909, 230).⁹

Al ser la uncinariasis una enfermedad evitable, los médicos colombianos concordaban en que la profilaxis debía fundarse primero en el conocimiento que ya se tenía sobre el parásito y su forma de infección, y segundo en llevar a cabo algunas prácticas y medidas para combatirla, no solo desde la labor que ellos cumplían en su oficio como médicos, sino desde un trabajo en red de todos los actores que se veían involucrados en el proceso de la enfermedad, esto es: el gobierno, los propietarios de los cultivos y los trabajadores. Así, afirmaban que tales medidas “están íntimamente enlazadas con los Gobiernos, como que son ellos los encargados de velar por la salubridad de los pueblos; con los propietarios, en cuyo beneficio casi exclusivo consume nuestro pobre peón su vigor y su vida; y finalmente con el trabajador, la víctima directa de la uncinaria” (Martínez-Santamaría 1909, 220).

En este sentido, el doctor Roberto Franco señaló tres medidas profilácticas básicas para combatir la anemia tropical y en las que en general coincidía la

9. Observación clínica de Jorge Martínez Santamaría a la familia de un niño anémico de 12 años en Caparrapí – Cundinamarca.

comunidad médica una vez conocido el ciclo de vida del parásito. La primera de ellas consistía en llevar a buen término el tratamiento médico para eliminar los gusanos del intestino con el uso del timol, la leche de higuerón y otras sustancias vermífugas. La segunda tenía que ver con prácticas sanitarias para descontaminar el suelo en donde los trabajadores desempeñaban sus labores cotidianas, por lo que se recomendaba la construcción obligatoria de letrinas, fijas o portátiles en las haciendas, para la conveniente disposición de las heces que contaminaban el suelo, “el mejor sistema es el de los excusados secos y debe emplearse la cal como desinfectante. En ningún caso debe emplearse como abono el contenido de estos excusados” (Franco 1909, 257).

La tercera medida buscaba proteger a los campesinos contra la contaminación cutánea y oral, por ello se comenzó a insistir en el uso del calzado para los trabajadores, así como también en el uso de agua filtrada,¹⁰ alimentos cocidos, lavados y un cuidadoso aseo individual de las manos y los utensilios que se empleaban para la alimentación.

Desarrollar medidas progresivas que llevaran a la sanidad del suelo era fundamental en la lucha contra la anquilostomiasis. Como se sabía, las materias fecales provenientes de individuos infectados eran puestas la mayoría de las veces “al abrigo de las miradas de los compañeros, entre un soto, bajo una tupida planta ó a la sombra de una cerca. Allí los rayos de sol van amortiguados, la humedad se conserva en cierto grado y la temperatura con mano cariñosa ayuda a germinar el huevo que en poco tiempo completa su desarrollo dejando en libertad a una larva” (Martínez-Santamaría 1909, 52). Las casas de los campesinos, así como también las haciendas y cultivos en donde trabajaban, se hallaban en su mayoría desprovistas de excusados, por lo que la tierra se convertía en una gran letrina que diseminaba con contundencia la infección por uncinariasis entre todos los trabajadores y sus familias.

10. Sobre el filtro para el agua se decía que el filtro más práctico y económico “es el que consiste en una vasija de barro ligeramente porosa que deje filtrar el agua gota a gota. También puede hacerse el uso de filtros preparados con capas alternadas de carbón y arena fina; pero yo prefiero aconsejar, á falta de filtro conveniente, hacer hervir el agua por ser medio más expedito, aún cuando la ebullición da á veces al agua un sabor poco agradable. La depuración del agua por medios químicos ó sea mezclándose substancias, no debe aconsejarse entre nosotros” Robledo (1912, 322).

A los propietarios de los cultivos, se les recomendaba proveer a sus trabajadores “de un medio de defensa contra esta enfermedad: el esfuerzo que en tal sentido hicieran les sería ampliamente compensado con un trabajo mucho más eficaz y provechoso” (Samper 1914, 59). De hecho, una de las medidas iniciales que los hacendados deberían comenzar a llevar a cabo era la construcción de excusados para el uso no solo de su familia, sino de los trabajadores: “no debe limitarse su uso a la casa del patrón y a determinado personal de ella, como es costumbre entre nosotros. Por el contrario, sus puertas estarán siempre abiertas para todos sus dependientes” (Martínez-Santamaría 1909, 215).

Tras la construcción de estos locales, comenta Martínez-Santamaría (1909), se debía iniciar toda una “obra educationista” para que los empleados entendieran la importancia del uso del excusado y de los beneficios que traería para su salud y la salud colectiva de los demás trabajadores. Además de los excusados, se les pedía a los propietarios de los cafetales, de cañamelares e incluso de los arrozales, mantener agua potable, recomendar a sus trabajadores el lavado de las manos antes de las comidas y llevar cubiertas las extremidades siempre que fuera posible (Robledo 1908, 930).

Los campesinos, al caminar con los pies descalzos sobre los lodazales y sobre los residuos donde abundaban los excrementos y los residuos de materias orgánicas como “los depósitos de cáscara de café, los montones de bagazo de caña de azúcar, los sitios en donde se hacinan los colinos del plátano, etc.” (Robledo 1912, 320), estaban siempre propensos a que el parásito entrara al cuerpo vía cutánea, principalmente por los pies, y era allí cuando adquirían la enfermedad. Por ello el importante llamado que se hacía al uso del calzado para evitar la infección; sin embargo, las alpargatas u otro tipo de zapatos que dejaran al aire libre el pie no servía, y no se debían usar sino a condición de que no se les pudiera suministrar otro tipo de calzado, siendo el ideal un calzado de cuero alto, cerrado y de buen ajuste (Villamarín 1917, 28).

El uso del calzado debía marcar un factor clave en la prevención de la anemia tropical; sin embargo, la mayoría de las veces estaba fuera del alcance de los campesinos, bien fuera por los costos que implicaba tener dinero para comprar un par de zapatos o también por la falta de costumbre en el uso de los mismos.

Ahora bien, al hablar sobre la falta de costumbre o el cambio en las costumbres, el otro punto en el que se hizo énfasis para la prevención de la enfermedad fue el de la modificación de ciertas costumbres en la higiene individual y colectiva tendientes al aseo personal y al cuidado en la limpieza o desinfección de los alimentos que se consumían. Aquí es importante mencionar lo dicho por Mary Douglas sobre el proceso de transformaciones que llevaron a configurar la idea de la higiene sobre la suciedad, y la anemia tropical fue considerada por mucho tiempo una enfermedad de la suciedad y la pobreza. Como argumenta Douglas, nuestra idea sobre la suciedad, y en la que están enmarcadas las recomendaciones profilácticas de las que venimos tratando, estuvo condicionada por el conocimiento de los organismos patógenos dentro de la revolución pasteuriana de la que hablamos al inicio del capítulo, “de tal manera ha transformado nuestras vidas que se hace difícil pensar en la suciedad como no sea en el contexto de lo patógeno. Sin embargo, nuestras ideas de la suciedad no son a todas luces recientes” (1973, 54).

La suciedad, dice Douglas, no es un acontecimiento único o aislado; donde hay *suciedad* hay un sistema que está actuando y que define ciertas características o parámetros que indican que ciertas prácticas o ciertas acciones sean consideradas como sucias y deben modificarse ya que resultan inapropiadas, en este caso, para la salud. De esta manera, el cambio de hábitos en las costumbres resultará complejo ya que culturalmente existían entre las poblaciones campesinas ciertas prácticas establecidas que mediatizaban sus experiencias, por lo que la adaptación, significación y comprensión de unas nuevas prácticas sería un largo proceso.

De allí podemos entender que las recomendaciones para prevenir la anquilostomiasis, tanto para los adultos como para los niños, tenían que ver con el insistente llamado de atención para generar la costumbre del lavado constante de las manos y los pies con el “establecimiento de baños generales, y de platones o chorros de agua en las cocinas para el aseo de los pies y manos antes de las comidas” (Martínez-Santamaría 1909, 216), o también un llamado al lavado de la ropa pues “este se lleva a cabo en cualquier pozo o arroyuelo, y aun en muchos lugares se verifica en corrientes de agua que a su paso por los poblados han sido ya contaminadas, de suerte que los demás pañuelos y demás prendas de uso íntimo se infectan con toda especie de bacterias patógenas” (Samper 1914, 61).

El cambio en los hábitos podría llevar un largo tiempo, y a sabiendas de ello, los médicos fueron implementando diversas campañas educativas que permitieran a los campesinos conocer por qué el parásito los enfermaba, cómo llegaba a ellos y cómo podrían comenzar a prevenir la enfermedad. Una campaña contra la anquilostomiasis:

No se hace sino por la educación sostenida y constante que enseñe a los campesinos a conocer la enfermedad, y a saber que son las deposiciones las que la transmiten. Enseñar a uno de estos campesinos a que haga uso de un excusado en vez de estar al aire libre es cuestión difícil, pero que se logra si se le convence que así evitará la enfermedad (Cuervo 1915, 150).

Como vemos, la uncinariasis era una enfermedad que con algunas medidas profilácticas podría ser prevenida y controlada. La construcción y el uso de excusados, el uso de calzado adecuado para el trabajo, el aseo constante de pies y manos, el tratamiento juicioso con los vermífugos por lo menos cada tres meses para evitar la reinfección y una alimentación apropiada y sustancial, fueron algunas de las recomendaciones para el control.

Con sus investigaciones y experiencia, los médicos sentaron la base del reconocimiento de la existencia de esta enfermedad en gran parte del territorio colombiano, conocieron las medidas que debían tomar y así mismo aprovecharon esas páginas para pedir con urgencia al gobierno que actuara tempranamente para evitar tener una población campesina enferma e improductiva, solicitaron entonces su intervención para llevar a cabo una gran campaña nacional contra la anemia tropical.

Martínez-Santamaría y Franco hicieron una gran apelación a los gobiernos de Ramón González Valencia (1909-1910) y Carlos E. Restrepo (1910-1914) para que prestaran atención a los campesinos enfermos de anquilostomiasis, y casi que de manera imperativa argumentaban que era hora de que se preocuparan “por nuestra clase obrera, verdadero elemento de riqueza nacional, cuyas necesidades no franquean el limitado espacio de su terruño ni alcanza a preocupar a nuestros hombres públicos, y a la cual el reclutamiento, el trabajo personal subsidiario y las contribuciones no la autoriza para disfrutar de las garantías contenidas en nuestras leyes republicanas” (Martínez-Santamaría 1909, 203).

Denunciaban, además, que era común que los gobiernos solo prestaran atención a los problemas fiscales y políticos y en ningún caso a la salubridad de la población. Para los médicos, era tiempo de comenzar a hacer transformaciones mirando hacia el crecimiento futuro del país y atender el asunto, por ello reclamaba Franco: “consideramos como una urgente necesidad para el país el organizar una *lucha contra la anemia* y como un deber del Cuerpo Médico solicitar de las autoridades el apoyo material que requieren todas las medidas que se deben tomar y la expedición de disposiciones que faciliten la realización de una obra tan trascendental” (1909, 258. Énfasis del original).

De esta manera, y basados en la experiencia de Puerto Rico, Martínez-Santamaría propuso que tras la creación de la Comisión colombiana se podrían dictar las medidas necesarias para la creación de Hospitales-consultorios y el reglamento pertinente para evitar la expansión de la anemia tropical, “el número de Hospitales-consultorio en un principio sería reducido, dada la escasez de nuestros recursos, y en cuanto a los lugares escogidos para su fundación, ninguno mejor que los centros reinantes de la anemia como La Mesa, Fusagasugá, Paime, Pandi, Girardot, Villa-vicencio, etc,etc” (Martínez-Santamaría 1909, 205). El proyecto planeado por los médicos para llevar a cabo una gran campaña contra la anemia tropical era muy ambicioso a pesar de reconocer las deficiencias económicas que podrían existir.

Además, si se llegaba a dar esta legislación, se podría trabajar con los hacendados para que se hiciera obligatorio tomar las medidas necesarias para el control de la enfermedad en sus propiedades, brindando los medios de curación necesarios a los campesinos que en los cultivos adquirían el parásito, lo que generaba una propuesta directa para mitigar los efectos existentes en la relación de esta enfermedad y el lugar específico de trabajo, y que el doctor Calle muy ávida y tempranamente anotó y catalogó como una enfermedad laboral, accidente de trabajo:

¡Al fin y al cabo no podría considerarse la infección de un obrero por el anquilostoma, como un accidente del trabajo! Nada me parece más natural. Si todos los empresarios hicieran lo que aquí hace la Sociedad del Zancudo, D. César Piedrahita, D. Luis Heiniger y D. Francisco Navech, no pasaría mucho tiempo sin que el pasmoso número de enfermos que hoy existe se redujera de

forma considerable. Ellos, haciéndose cargo de sus verdaderas obligaciones como patrones, se han propuesto curar a todos sus trabajadores y están resueltos a hacer cumplir en sus empresas, las órdenes conducentes a la desinfección de ellas; desgraciadamente la generalidad procede de muy distinta manera: el obrero es útil y digno de atenciones mientras con su labor ayuda a adquirir fortuna; más cuando está desválido y enfermo, aunque sea por causa del trabajo, ya es un ser inútil y estorboso de quien es preciso desasirse (Calle 1910, 83).

Las insistentes peticiones de los médicos fueron escuchadas por el gobierno nacional, y el 6 de octubre de 1911 fue promulgada la primera ley sobre anemia tropical en el país: La ley número 22 de 1911, por la cual se organiza la lucha contra la anemia tropical.

Esta decretaba, entre otros:¹¹ la creación de una comisión permanente encargada de llevar a la práctica las medidas necesarias para la lucha contra la anemia tropical. La comisión estaría conformada por un médico director y dos médicos subalternos, que constituirían una oficina central que coordinaría las labores de la campaña en todo el territorio nacional. Esta comisión crearía los dispensarios convenientes, dotándolos de los elementos de farmacia y laboratorio indispensables. La comisión tendría además la colaboración de la policía sanitaria rural con el fin de hacer efectivas las medidas dictadas. Se declararían libres de derechos de importación el timol, el naftol beta, el sulfato de soda y todos aquellos medicamentos que la comisión considerara de uso para el tratamiento de la anemia tropical. Se destinaría la suma de cincuenta mil pesos para iniciar la campaña. La comisión se entendería con cada asamblea departamental y con los gobernadores respectivos para que se votaran los presupuestos para cooperar en la lucha contra la anemia tropical.

La ley fue firmada por Jorge E. Delgado (presidente del Senado), Miguel Abadía Méndez (presidente de la Cámara de Representantes), y Carlos E. Restrepo, Presidente de la República de Colombia. Los médicos recibieron con beneplácito la promulgación de la ley, sin embargo, esta quedó apenas mencionada en el papel, en las buenas intenciones de los legisladores y en el vano intento de los médicos por mejorar las condiciones laborales y de sanidad de los campesinos.

11. República de Colombia, “Ley número 22 de 1911”, *Diario Oficial Año XLVII*, nº. 14423. Bogotá, 18 de octubre de 1911.

La cooperación médico-hacendataria en la lucha contra la anemia tropical y la legislación de 1919

En 1917, seis años después de que fuera promulgada, el doctor Jesús Villamarín criticó enérgicamente que el gobierno no hubiera tenido el presupuesto necesario para haber llevado esta ley a buen término, sobre todo por las graves repercusiones que esto había tenido sobre la salud de los campesinos y sobre la sanidad del suelo agrícola. Así, se preguntaba:

¿Cuál es el beneficio de esta ley, que no sale de la esfera de la buena intención? Votar la mezquina suma de \$50.000 para llevar a la práctica la ley que salva tantas vidas, que vigoriza tantas energías debilitadas por el anquilostomo, que dota de brazos poderosos la industria y el trabajo. ¿No es una vergüenza esta desidia, esta criminal indiferencia por la vida y la prosperidad de tanta muchedumbre que forma casi la mitad de la República? (Villamarín 1917, 9).

Pablo García-Medina, quien se desempeñaba como Director Nacional de Higiene en 1918, llamó la atención al gobierno para que se reformara la ley de 1911.¹² Sin embargo, al parecer, el Congreso rechazó los fondos destinados para mejorarla.¹³ A pesar de los constantes rechazos y de la falta de presupuesto, García-Medina continuó insistiendo en la necesidad de reformar la ley de combate a la uncinariasis y a mediados del año 1919 se dictó finalmente la Resolución número 24 con fecha del 8 de julio, en la que se decretaban las nuevas disposiciones legales sobre el manejo y tratamiento de la enfermedad (García-Medina 1920, 329-331).¹⁴

12. Un interesante acercamiento a la vida y trabajo en salud pública de Pablo García Medina se encuentra en: Quevedo, Neto y Rodríguez, (2005, 231-237).

13. Esta información se encuentra en dos documentos publicados por Frederick Miller: “Annual Report 1920. From June 14 to December 31, 1920” y “Report on work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920”, 25 de febrero de 1921, en: Rockefeller Foundation Records, Rockefeller Archive Center (RAC), Nueva York-Estados Unidos, Folder 1562, caj. 133, RG 5, Series 3 Routine Reports, FA115, p. 8.

14. “Resolución Número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical (uncinariasis)”. Bogotá, 8 de julio de 1919, en Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia, Sección Repùblica, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, ff. 34-35.

En una comunicación dirigida al presidente de la Sociedad de Agricultores de Colombia, García-Medina manifestó que la Dirección Nacional de Higiene resolvió finalmente dictar esta resolución “con el ánimo de iniciar una campaña efectiva contra la uncinariasis, entre tanto que se dicta una ley más práctica y eficaz que la mencionada. Esta dirección espera que tanto los particulares como las autoridades, le darán la importancia que merece por el asunto a que refiere y la acatarán” (García-Medina 1919, 62), en ese sentido, dice él, confía en que la Sociedad de Agricultores se interese también en apoyar y organizar la campaña contra la uncinariasis.

De esta manera, el problema sanitario y económico generado por la anemia tropical en el país integró al estamento médico, un poco al estamento gubernamental y especialmente al gremio de los agricultores, propietarios de haciendas y cultivos cafeteros, en el objetivo común de controlar la difusión de la anquilostomiasis, prevenirla y proporcionar los tratamientos y cuidados médicos y sanitarios necesarios para la recuperación de la mano de obra campesina. Después de casi dos décadas, la lucha contra la anemia tropical parecía al fin adquirir forma y materializarse.

La resolución dictada por García-Medina condensa varias situaciones. En primer lugar, refleja la preocupación por la salud de los trabajadores y el cuidado que *los hacendados* deberían mantener de ella, lo que a su vez apunta al reconocimiento de la uncinariasis como una enfermedad laboral rural producto del proceso de economía expansiva del café que conllevó a la exposición de miles de campesinos a los suelos contaminados por el parásito.¹⁵

En segundo lugar, y en concordancia con la relación de la uncinariasis como una enfermedad que se comprendía en el contexto de lugares específicos y bajo

15. Óscar Gallo ha investigado ampliamente el campo de la higiene industrial y la medicina del trabajo en la primera mitad del siglo XX en Colombia. Aunque el enfoque ha sido más sobre el desarrollo de la higiene industrial y las enfermedades laborales en las minas, su análisis y la documentación primaria revisada muestran cómo la anemia tropical, junto con otras enfermedades como la tuberculosis y el paludismo, estaban siendo estudiadas por los alumnos de la Escuela Nacional de Minas en la cátedra de higiene industrial que inició en el mismo momento en que fue fundada la Escuela en 1884. De esta manera, muestra cómo para los años 1914 a 1917 la anemia tropical fue un tema de análisis recurrente, así como también otros que trataban sobre pozos negros, habitaciones para obreros, higiene de la alimentación, accidentes producidos por animales venenosos, quemaduras, insolación, entre otros (2014, 252).

ciertas condiciones laborales, la resolución deja ver que la responsabilidad por los campesinos enfermos recae directamente en los hacendados y propietarios de cultivos, por lo cual se les obliga a vigilar por su salud con una serie de recomendaciones que incluyen el cuidado de su mano de obra con una alimentación apropiada, la aplicación de tratamientos y medicamentos, una labor pedagógica e informativa con la lectura de recomendaciones sanitarias, la exigencia de medidas higiénicas como los baños de los pies y, lo más importante, la inversión en infraestructura dentro de la propia hacienda con la construcción de letrinas u hoyos en lugares específicos de la plantación, así como también la construcción de locales destinados como hospitales para atender a los enfermos.

En las diferentes fuentes revisadas, se encontró que en general los hacendados fueron receptivos frente a las recomendaciones realizadas por los médicos para el cuidado de sus trabajadores. El doctor José del Carmen Cárdenas, quien trabajó durante varios años en la provincia del Sumapaz en Cundinamarca resaltaba cómo “todos los hacendados, generalmente hombres inteligentes e ilustrados, han comprendido la importancia del tratamiento, de tal modo que semanalmente recibo correspondencia y les despacho el timol e instrucciones necesarias para el tratamiento apropiado” (Cárdenas 1910, 18).

A falta de médicos en las áreas rurales, por varios años fueron los propios hacendados, siguiendo al pie de la letra las instrucciones que les dejaban, quienes suministraban el tratamiento a los trabajadores enfermos:

En el escritorio de la hacienda el propietario ó el administrador tiene sus buenas cantidades de timol distribuidos en cápsulas de medio gramo, el sulfato de soda y las recetas, que reparten á diario a sus peones. Como hay haciendas que dan ocupación a 150 ó 200 trabajadores se comprenderá muy bien la facilidad con que se trata la enfermedad y la rapidez con que se difunde la noticia en las haciendas vecinas (Cárdenas 1910, 22).

La experiencia del médico Cárdenas nos da una idea de la existencia previa de un sistema de cooperación entre las iniciativas particulares médicas y el interés de los hacendados por sus trabajadores para la lucha en común contra la anemia tropical, situación que muy seguramente no fue inusual y que sería replicada durante por lo menos una década por otros médicos y hacendados en las regiones cafeteras.

La responsabilidad del Estado, por otra parte, recaería en la vigilancia que los gobernadores e inspectores de policía debían atender mediante la imposición de una multa en caso de incumplimiento. Al conocer dicha resolución, los hacendados manifestaron que llevar a cabo lo que esta pedía podría tomar más tiempo de lo que el Director Nacional de Higiene pensaba, y por este motivo en agosto fue dictada una adición a la Resolución 24, la Resolución nº. 33 de 1919, en la que se resolvió dar un:

Plazo de cuatro meses, a contar desde la fecha de la presente Resolución, para dar cumplimiento a la Resolución número 24 que sobre profilaxis de la anemia tropical expidió la Dirección Nacional de Higiene. En consecuencia, los Alcaldes de los municipios, los Prefectos o Inspectores de policía exigirán el cumplimiento de tales disposiciones desde el 21 de Diciembre del próximo venidero.¹⁶

La aparente actitud de desatención por parte del Estado hacia el cuidado y prevención de los campesinos enfermos por anemia tropical, y la manera de responsabilizar exclusivamente a los hacendados sobre el destino de su mano de obra, provino desde el momento mismo en que los médicos colombianos pronosticaron la enfermedad en los primeros años del siglo XX y propusieron llevar a cabo una gran campaña nacional para contrarrestarla. El Estado, por lo menos hasta octubre de 1919, no pudo asumir tal lucha como un proyecto nacional, pero no porque no estuviera interesado en el cuidado de la población rural enferma, sino porque por lo menos entre las décadas de 1900 a 1920 el país atravesaba por una compleja crisis fiscal (Tovar 1989, 27-48). Por ello, se limitó solamente a emitir la ley sin contar con los recursos económicos necesarios que irían destinados a las campañas. De esta manera no resulta totalmente extraño el hecho de que fueran los médicos y los hacendados quienes eventualmente, con sus propios recursos, intentaran combatir la enfermedad dando como resultado que estos cuidados iniciales resultaran siendo más paliativos que preventivos.¹⁷

16. “Resolución Número 33 por la cual se adiciona la Resolución número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical”. Bogotá, 21 de agosto de 1919, en AGN, sección Repùblica, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, f. 44.

17. Frederick Miller, “Report on work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920”, 27 de agosto de 1921, en: Rockefeller Foundation Records, RAC, Folder 1563, box. 133, RG5, Series 3, Routine Reports, FA115, p. 4.

La existencia de un vacío estatal en el marco de la crisis económica por la que atravesaba Colombia permitió la unión extraoficial médicos y hacendados por el objetivo común de controlar la enfermedad, lo que nos permite comprender por qué sería desde el gremio agrícola, junto con los esfuerzos de los médicos locales, en donde nace la iniciativa de crear un sistema organizado nacional de lucha contra la anemia tropical. De esta manera, se comprende también que en 1919 haya sido el Ministerio de Agricultura y Comercio en cabeza de Jesús del Corral el que tomó la iniciativa de contactar a la Fundación Rockefeller para que en un esfuerzo cooperativo entre los médicos colombianos, los hacendados y los funcionarios estadounidenses, dieran inicio a las campañas contra la ictiosis a través de su iniciativa de salud filantrópica, con la que, finalmente, se podría contar con los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el programa de combate a la anemia tropical en el país.

Conclusión

La anemia tropical fue una de las enfermedades tropicales más extendidas entre los campesinos en las primeras décadas del siglo XX. Esto llevó a que esta enfermedad, así como la lepra, la fiebre amarilla y la malaria, recibiera tanta importancia por parte de la comunidad médica al punto de considerarla un problema de atención nacional donde se generarían prioridades sanitarias sobre la mano de obra campesina. Tal fenómeno puede ser entendido desde los procesos de migración y colonización en la región antioqueña y en el gran Caldas, que desde mediados del siglo XIX fueron llevando a las poblaciones rurales a desmontar y “abrir frontera” al ritmo del incremento del comercio exportador del café colombiano, lo que permitió, a su vez, la propagación del parásito. La intervención de los médicos a través de sus investigaciones y observaciones clínicas permitió que se fuera consolidando una comunidad médica informada que buscó de diversas maneras actuar sobre la enfermedad y mostrar las repercusiones económicas que esta tenía sobre las regiones rurales de frontera agrícola, particularmente aquellas vinculadas con la producción de café, generando que los hacendados también se integraran a la lucha contra el parásito, por unas mejores condiciones sanitarias.

En este sentido, la red de actores que participaron en la lucha contra la anemia tropical—médicos, campesinos y hacendados—, sus prácticas y acciones, nos demuestran cómo existió esa “precedencia periférica” a través de comunidades dinámicas en la producción de conocimiento científico, de las investigaciones realizadas, de las prácticas de tratamiento que se llevaron a cabo y de la lucha por lograr una legislación nacional de combate a la enfermedad. Todo el trabajo realizado habla de una importante tradición médica nacional de investigación, que muestra cómo esta comunidad médica colombiana no fue pasiva y simplemente receptora de la campaña que posteriormente llegaría con la Fundación Rockefeller, sino que más bien esta tendría que adaptarse al trabajo previo adelantado por los médicos, a su conocimiento y experiencia de trabajo en terreno, creando de esta manera un ejercicio de trabajo cooperativo, que integraría a toda la red de actores que previamente ya se había establecido, y que conjugaría esfuerzos institucionales de uno y otro lado para poder combatir la enfermedad, tratarla, experimentar y por medio de este proceso comprender la relevancia de intervenir sobre la salud rural y sanitaria campesina.

Referencias

Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia. Sección República, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, ff. 34-35. “Resolución Número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical (uncinariasis)”. Bogotá, 8 de julio de 1919.

Arias, Jesús M. 1912. *Guía práctica del agricultor colombiano*. Manizales: Imprenta de San Agustín.

Calle, Miguel María. 1910. “Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* XV (3): 67-89.

Cárdenas, José del C. 1910. “Anemia tropical y lucha antianémica en la Provincia de Sumapaz”. *Repertorio de medicina y cirugía* 2: 15-30.

Cuervo-Márquez, Luis. 1915. *Geografía médica y patología de Colombia. Contribución al estudio de las enfermedades intertropicales*. Bogotá: Librería Colombiana.

Douglas, Mary. 1973. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.

Flórez, Isaac. 1919. *Enfermedades dominantes en los Llanos de la región oriental de Colombia. Su tratamiento científico y el que racionalmente puede emplearse con plantas de la misma región*. Villavicencio: Imprenta de San José.

Franco, Roberto. 1909. “Anemia tropical, Uncinariasis ó Anquilostomiasis”. *Repertorio de Medicina y Cirugía* 1 (2): 92-111.

Franco, Roberto. 1910. “Anemia tropical, Uncinariasis ó Anquilostomiasis” (continuación), *Repertorio de Medicina y Cirugía* 1 (4): 238-255.

Gallo, Óscar. 2014. “Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948”. En *Al otro lado del cuerpo: estudios biopolíticos en América Latina*, compilado por Hilderman Carmona y Zandra Pedraza, 239-272. Bogotá - Medellín: Ediciones Uniandes, Editorial Universidad de Medellín.

García-Medina, Pablo. 1919. “Higiene”. *Revista Nacional de Agricultura* Año XIII, Serie XV, nº 182.

García-Medina, Pablo. 1920. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional.

García, Mónica. 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Ciencias Humanas.

- Garzón, María Catalina. 2020. “Calzar los pies, sanear las tierras. Las campañas contra la anemia tropical en Colombia, 1905-1935”. Tesis doctoral, Universidad de los Andes, Colombia.
- Garzón, María Catalina. 2022. “La leche de higuerón (*Ficus Glabrata*). Un aporte de la medicina nacional para el tratamiento de enfermedades parasitarias en las primeras décadas del siglo XX”. *Credencial Historia* 387: <https://www.banrepultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-387/la-leche-de-higueron-ficus-glabrata>
- Londoño, J. B. 1912. “Parásitos intestinales”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* 16 (5): 131-147.
- Martínez-Santamaría, Jorge. 1909. *Contribución al estudio de la anemia tropical en Colombia*. Bogotá: Imprenta de La Luz.
- Palmer, Steven. 2015. *Gêneze da Saúde Global. A Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Quevedo, Emilio André, Pereira Neto, y Martha Eugenia Rodriguez. 2005. “Vital Brazil, García Medina & Liceaga, constructores de la salud en América Latina: el rescate del sujeto en el proceso histórico”. En *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* organizado por Maria Cecilia de Souza Minayo y Carlos E. A Coimbra Jr., 224-244. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Robledo, Emilio. 1908. “La uncinariasis en Colombia”. *Boletín de Medicina del Cauca* 18 (193): 913-933.
- Robledo, Emilio. 1912. “Profilaxis del paludismo y de la anemia tropical”. En *Guía práctica del agricultor colombiano*, Jesús M. Arias, 18-38. Manizales: Imprenta de San Agustín.

Rockefeller Foundation Records, Rockefeller Archive Center (RAC), Nueva York-Estados Unidos. "Annual Report 1920. From June 14 to December 31, 1920"; "Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920".

Samper, Bernardo. 1914. *Apuntes sobre higiene de las tierras calientes en Colombia*. Bogotá: Arboleda y Valencia.

Tovar-Zambrano, Bernardo. 1989. "La economía colombiana (1886-1922)". En *Nueva Historia de Colombia*, tomo V coordinado por Álvaro Tirado Mejía, 9-69. Bogotá: Planeta.

Villamarín, Jesús. 1917. *Profilaxis y nuevo tratamiento de la anemia tropical*. Bogotá: Tipografía Minerva.





La propagación del cólera *morbus* de 1833 desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco

Paulina Torres-Franco*

Universidad Pedagógica Nacional, México

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102659>

Recepción: 6 de junio de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 11 de diciembre de 2022

Resumen

La epidemia de cólera de 1833 fue una de las más letales del siglo XIX. Era una enfermedad desconocida en América. Pese a ser una de las epidemias más estudiadas en México, su análisis requiere salir de las ciudades y enfocarse en las áreas rurales. El artículo tiene dos objetivos, indagar la ruta por la que la epidemia llegó a Aguascalientes y Los Altos de Jalisco, a partir de los datos ofrecidos por los registros parroquiales de entierros; y hacer un análisis demográfico sobre el impacto del cólera en cinco parroquias del estado de Aguascalientes y quince parroquias de la región de Los Altos de Jalisco. De los libros de entierro se obtuvo la información que se analizó con base en el método agregativo. Los resultados muestran que la epidemia de cólera llegó a la región analizada desde San Luis Potosí, tuvo una duración de entre dos y siete meses, atacó en igual proporción a hombres y mujeres, así como causó una mayor mortalidad en adultos.

Palabras clave: cólera; Altos de Jalisco; Aguascalientes; historia demográfica; mortalidad.

* Doctora en Historia por El Colegio de Michoacán, México. Es profesora titular interina de la Universidad Pedagógica Nacional, México. El artículo es resultado de la línea de investigación que he desarrollado sobre la historia demográfica de las epidemias y familias en los Altos de Jalisco. No contó con financiación. Correo electrónico: carminat24@upn162-zamora.edu.mx <http://orcid.org/0000-0001-8486-0291>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Torres-Franco, Paulina. 2023. "La propagación del cólera *morbus* de 1833 desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco". *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 90-127. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102659>

The Spread of Cholera *Morbus* of 1833 from Tampico to Aguascalientes and Los Altos de Jalisco

Abstract

The cholera epidemic of 1833 was one of the most lethal of the 19th century. It was an unknown disease in America, and despite being one of the most studied epidemics in Mexico, its analysis requires leaving the cities and focusing on rural areas. This article has two objectives: to investigate the route by which the epidemic reached Aguascalientes and Los Altos de Jalisco, based on the data provided by parish burial records; and to make a demographic analysis of the impact of cholera in five parishes in the state of Aguascalientes and fifteen parishes in the región of Los Altos de Jalisco. Information was obtained from the burial books and analyzed base on the aggregate method. The results show that the cholera epidemic arrived in the régión analyzed from San Luis Potosí, lasted between two and seven months, attacked men and women equally, and caused a higher mortality in adults.

Keywords: cholera; Altos de Jalisco; Aguascalientes; demographic history; mortality.

A propagação da cólera *morbus* de 1833 de Tampico para Aguascalientes e Los Altos de Jalisco

Resumo

A epidemia de cólera de 1833 foi uma das mais mortíferas do século XIX. Era uma doença desconhecida na América. Apesar de ser uma das epidemias mais estudadas no México, a sua análise exige sair das cidades e concentrar-se nas zonas rurais. O artigo tem dois objetivos: investigar a via pela qual a epidemia chegou a Aguascalientes e Los Altos de Jalisco, com base nos dados dos registros paroquiais de enterramentos; e realizar uma análise demográfica do impacto da cólera em cinco paróquias do estado de Aguascalientes e quinze paróquias da região de Los Altos de Jalisco. As informações foram obtidas dos livros de enterro e analisadas com base no método de agregação. Os resultados mostram que a epidemia de cólera chegou à região analisada desde San Luis Potosí, durou entre dois e sete meses, atacou homens e mulheres em proporções iguais e causou uma maior taxa de mortalidade entre os adultos.

Palavras-chave: cólera; Altos de Jalisco; Aguascalientes; historia demográfica; mortalidade.

Introducción

Las epidemias y pandemias han sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y han afectado a millones de personas en todo el mundo. En México, durante el antiguo régimen demográfico que prevaleció hasta 1930 (Zavala de Cosío 1992, 103-105), las epidemias eran una realidad recurrente, con enfermedades conocidas como el sarampión, el tifo y la viruela, así como otras desconocidas como la epidemia de cólera de 1833 en América.

A pesar de que el cólera de 1833 ha sido ampliamente estudiado por los historiadores mexicanos, existe una limitación en cuanto a la cantidad de publicaciones disponibles que abarquen todos los estados de la República mexicana. Aproximadamente existen menos de dos decenas de obras sobre el tema, lo cual resulta sorprendente dada la magnitud de la epidemia. En su estudio introductorio a la segunda edición de su libro Lilia Oliver (2018, 19-50) sintetiza las principales obras publicadas, aunque omite mencionar algunas importantes, como el trabajo de María del Pilar Velasco, “La Epidemia de Cólera de 1833 y la mortalidad en la ciudad de México”, el libro de Jesús Kumate y Gonzalo Gutiérrez, *El cólera. Epidemias, endemias y pandemias*, el trabajo de Miguel Ángel Cuénava, “El cólera morbus en una ciudad de la provincia mexicana. Puebla de los Ángeles en 1833”, el de Laura Machuca, “Control y poder en época de enfermedades. El cólera morbus de 1833 y el pueblo de Boloncheticul, península de Yucatán”, el de Silvía Méndez Maín, “Crónica de una epidemia anunciada: el cólera de 1833 en la ciudad de Veracruz” y el libro de David Carbajal López, *Epidemias en el obispado de Guadalajara. La muerte masiva en el primer tercio del siglo XIX*. Los enfoques más utilizados en estos estudios son la historia demográfica, la salud pública y la historia de la medicina, mientras que las fuentes principales son los registros parroquiales de entierro, los registros hospitalarios, las actas de cabildo, estadísticas y periódicos. Las publicaciones más relevantes se concentran en los estados de Jalisco, Puebla, Yucatán y la ciudad de México.

Para el estudio de la epidemia del cólera, se han utilizado principalmente tres enfoques: la historia demográfica, la salud pública y la historia de la medicina. Las fuentes más recurrentes en la investigación son los registros parroquiales de entierro, los registros hospitalarios, las actas de cabildo, las estadísticas y los periódicos de la época. Entre las regiones con mayor producción académica sobre este tema, destacan los estados de Jalisco, Puebla, Yucatán y la Ciudad de México.

El análisis de las epidemias ha tomado fuerza durante las últimas décadas, sobre todo desde la creación de la Red de Historia Demográfica con sede en México quién ha publicado textos sobre la viruela (Cramaussel 2010; Cramaussel y Carbajal-López 2010; Cramaussel y Magaña-Mancillas 2010), epidemias y rutas de propagación (Magaña 2013), el cólera (Contreras-Sánchez y Alcalá-Ferráez 2014), el sarampión (Torres y Cramaussel 2017), el matlazahual, tabardillo y tifo (González 2017). De sus investigaciones resalta la importancia de hacer análisis locales del impacto de las epidemias para lograr comprender las particularidades de cada lugar de acuerdo con sus condiciones naturales, sociales, políticas y económicas; así como trazar rutas de propagación más detalladas.

Dos fueron los objetivos de esta investigación. El primero, mostrar la ruta de propagación del cólera desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco, a partir de los datos ofrecidos por los registros parroquiales de entierros. Se consideró importante hacer esa indagación por qué sobre la fecha de inicio en Aguascalientes se encontraron dos menciones: una decía que la primera víctima de la epidemia había sido enterrada el 8 de agosto (Carbajal-López 2016, 110) y otra en la que se afirmaba que el cólera había comenzado el 25 de mayo de 1833 (Gómez-Serrano 1988, 38-39). Si el 8 de agosto era una fecha muy tardía, en lugares colindantes la epidemia llevaba meses activa; el 25 de mayo era demasiado temprana, puesto que se sabe que el cólera entró a México por Tampico el 24 de mayo. Al hacer la revisión de las partidas de entierro se encontró otra fecha, el cólera cobró las primeras vidas en la parroquia de Jesús María, perteneciente al estado de Aguascalientes, el 2 de julio de 1833. De igual forma, se observó que la propagación del cólera no siguió una sola ruta, pero sin duda se propagó por los caminos, tal como lo afirma Oliver (2018) y Márquez (1991).

El segundo objetivo fue proporcionar datos acerca del impacto de la epidemia en una región predominantemente rural con similitudes geográficas, sociales y económicas. Se analizó la mortalidad ocurrida a causa del cólera en cinco parroquias del estado de Aguascalientes y 15 parroquias de la región de Los Altos de Jalisco. Se obtuvo que la epidemia tuvo una duración diferenciada según el tamaño de la parroquia, entre más grande era el número de habitantes mayor fue la duración —siete meses—. También se analizó la mortalidad diferenciada entre párvulos y adultos, hombres y mujeres, así como por grupo de edad. De igual forma se elaboraron curvas de mortalidad de 1828 a 1838 que hicieron visible la gravedad de la epidemia de cólera.

El enfoque que se ha utilizado en el análisis de esta investigación es el de la historia demográfica. Para ello, se han utilizado como fuentes de información los libros de entierro de varias parroquias mexicanas, que hasta el momento siguen siendo consideradas las más completas para estimar la mortalidad y el impacto de las epidemias desde el siglo XVII hasta la primera mitad del siglo XIX en México, a pesar del posible subregistro que pudieran presentar. Esto se debe a que desde el año 1585, los curas tuvieron la obligación de registrar en libros los bautizos, confirmaciones, matrimonios y entierros de los fieles, responsabilidad que mantuvieron hasta la promulgación del decreto que creó el registro civil en el año 1857 por parte del Estado Mexicano (Morin 1972, 390).

Se revisaron los libros de tres parroquias del estado de Tamaulipas —ubicadas en los municipios de Tampico, Ocampo y Tula— y siete parroquias del estado de San Luis Potosí —Tlaxcaltilla, Armadillo de los Infante, Charcas, Guadalcazar, San Luis Potosí, Mezquitic y Moctezuma—, con la finalidad de encontrar los primeros entierros que tuvieran por causa el cólera y así, poder observar la ruta de propagación del cólera desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco. Se consideró necesario hacer esa búsqueda de información, por qué la región de Los Altos de Jalisco colinda con San Luis Potosí, por lo que parecía probable que desde ese lugar hubiera llegado la epidemia.

De cada una de las parroquias de Aguascalientes y Jalisco se elaboró una base de datos de Excel, de manera agregativa, con los siguientes datos: fecha del

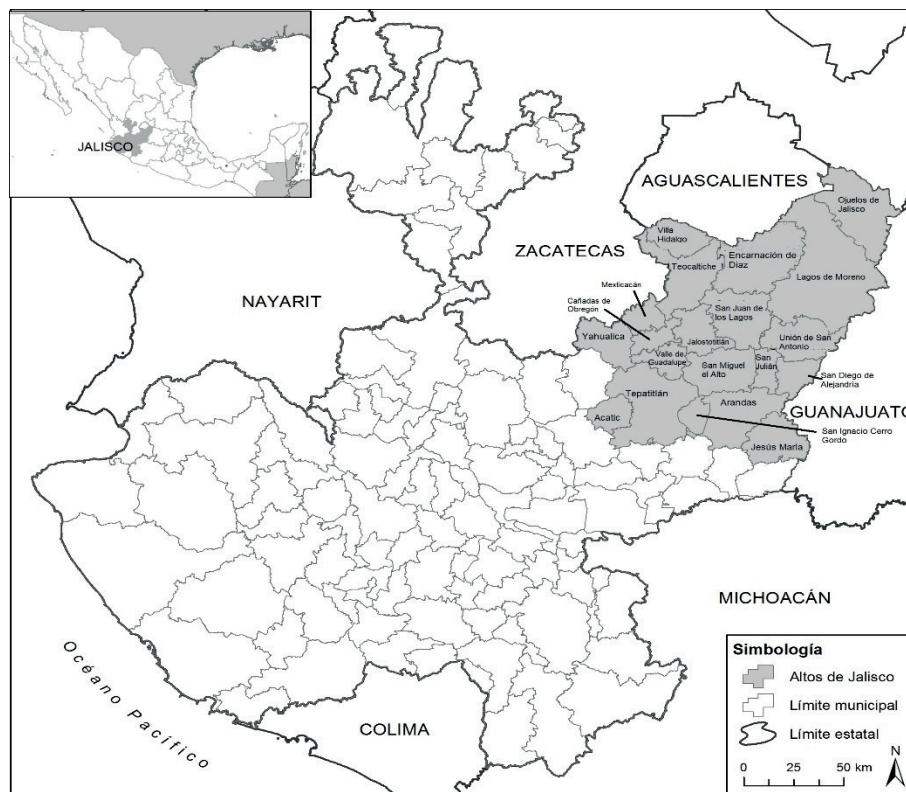
entierro, estado —párvulo, soltero, adulto, doncella, casado, viudo, viejo—, el sexo, la edad —cuando se anotó, puesto que no todos los sacerdotes registraron ese dato— y la causa de muerte. Se capturó la información del periodo de 1832 a 1834, con el fin de estimar la fecha de inicio y fin de la epidemia de cólera en cada una de las parroquias, así como analizar el impacto que tuvo en la población por sexo y edad. Además, se contabilizaron los entierros por mes y año de 1828 a 1838, esto es, cinco años antes y cinco después de la epidemia, para poder elaborar curvas decenales de entierros y observar los picos de mortalidad causados por el cólera.

Los Altos de Jalisco y Aguascalientes

La región de Los Altos de Jalisco fue nombrada así por ser una extensa meseta (12 000 km²) con una altura que va de los 1700 hasta los 2500 metros sobre el nivel del mar. Además de la altura, la región de Los Altos de Jalisco presenta semejanzas en cuanto a su orografía, vegetación y clima. También comparten aspectos sociales y culturales, algunos de sus rasgos distintivos son los que se han acuñado para las sociedades rancheras: propiedades de pequeña extensión, el papel predominante de la ganadería, un patrón de asentamiento disperso, una fuerte endogamia, el gran valor que se le da a tener una tez blanca y ser de origen español sin mancha; el parentesco es el que le da cohesión a la organización social (Torres-Franco 2017, 48).

Los municipios que actualmente conforman la región alteña son: Acatic, Arandas, Encarnación de Díaz, Jalostotitlán, Jesús María, Lagos de Moreno, Mexticacán, Ojuelos de Jalisco, San Diego de Alejandría, San Juan de los Lagos, San Julián, San Miguel el Alto, Tepatitlán, Teocaltiche, Unión de San Antonio (San Antonio Adobes en el siglo XIX), San Ignacio Cerro Gordo, Valle de Guadalupe, Villa Hidalgo (Paso de Sotos en el siglo XIX), Cañadas de Obregón, Yahualica de González Ortega. No obstante, aquí sólo se presentan los datos de 15 lugares, ya que los restantes cuatro —Jesús María, San Julián, Valle de Guadalupe, Cañadas de Obregón y San Ignacio Cerro Gordo— no existían durante la época de estudio, se crearon en el siglo XX (figura 1).

Figura 1. Aguascalientes y Los Altos de Jalisco



N de A: elaboración propia a partir de Fábregas (1986).

Aguascalientes se ubica en la región centro-occidente de México, colinda al norte con el estado de Zacatecas y al sur con el estado de Jalisco. Actualmente, está integrado por 11 municipios: Aguascalientes, Asientos, Calvillo, Cosío, Jesús María, Pabellón de Arteaga, Rincón de Romos, San José de Gracia, Tepezalá, El llano y San Francisco de Romos. En este trabajo sólo se pudieron consultar los registros parroquiales a través de la página de [familysearch.org](https://www.familysearch.org), por ello, solo cinco parroquias fueron objeto de estudio —Asientos, Calvillo, Aguascalientes, Jesús María y Rincón de Romos—.

Aguascalientes colinda con la región norte de Los Altos de Jalisco, podría decirse que son parte de la misma región por la historia en común; por los lazos de parentesco, políticos y económicos que han establecido desde el siglo XVI,

cuando comenzó la colonización hispana, y hasta la actualidad. Aguascalientes y Los Altos de Jalisco fueron considerados como territorios de frontera (González-Esparza 2018, 22), un espacio que era necesario poblar y pacificar para garantizar el tránsito de la plata proveniente de las minas de Zacatecas y que iba rumbo a la ciudad de México. Así, la villa de la Asunción, como se le nombró a Aguascalientes en su fundación en 1575, se estableció en un sitio de paso en el camino de la plata (Gómez-Serrano 2019, 61). Durante la colonización hispana Los Altos de Jalisco se poblaron creando “villas protectoras rodeadas de ranchos que conformaron una barrera defensiva en contra de los chichimecas, además de garantizar la producción y el flujo de productos agroganaderos hacia Guadalajara y las áreas mineras” (Fábregas 1986, 79).

El cólera *morbus* y el inicio de la pandemia en México

En los registros parroquiales de entierro, anteriores al siglo XIX, ya se utilizaba la palabra cólera como causa de muerte, era una enfermedad relacionada con el incremento de bilis en el cuerpo humano. “En el siglo XVII, Sydenham diferenció la enfermedad *Cholera morbus* y persistió el nombre como justificación de que un exceso de bilis irritaba al estómago y a los intestinos, de suerte que la expulsaban como vómito y diarrea” (Kumate 1993, 3). Al principio la enfermedad fue denominada cólera asiático, puesto que surgió en aquel continente, pero pronto se le agregó la palabra *morbus* que en latín significa enfermedad, pero como indica Cramaussel, la palabra *morbus* se asoció rápidamente con la muerte por gran letalidad que provocaba este padecimiento (2014, 151).

El cólera era una enfermedad endémica en el continente asiático (Olivier 2018, 9), pero fue hasta el siglo XIX que se extendió por todo el mundo y se convirtió en una pandemia. La primera pandemia de cólera se presentó en 1817, en ese momento no se sabía qué la causaba ni cómo se transmitía. Fue hasta 1854 que John Snow descubrió que la enfermedad se contagiaba, principalmente, por el agua contaminada. Hoy en día se sabe que el cólera es una enfermedad producida

por una bacteria (*Vibrio cholerae*) que solo afecta al hombre y este descubrimiento se le debe a Robert Koch. La enfermedad también puede transmitirse por la ingestión de alimentos contaminados con heces fecales de enfermos.

Pese a que no se tenía la certeza de qué era lo que causaba dicho padecimiento, se sabía que la insalubridad estaba relacionada con su propagación. Por ello, como medida preventiva, en las ciudades mexicanas, las autoridades se pusieron a trabajar para hacer limpieza y eliminar los posibles focos de infección. Por ejemplo, en Chiapas recomendaron a la población limpiar calles y plazas públicas, asear sus casas y evitar arrojar basura y excretas a la vía pública (Contreras-Utrera 2014, 117-118). Las medidas preventivas no estaban solo relacionadas con la limpieza, también se tomaron previsiones sobre la capacidad de los cementerios; el cauce de las aguas negras; la recolección de los excrementos, puesto que no existía un sistema de drenaje; se publicaron recetas y cartillas para informar a la población; y también se pensó en el número de médicos y eclesiásticos que pudieran atender a los enfermos (Cuenya 2020, 5). El cólera:

Fue la primera pandemia que mostró a nivel internacional el grave problema de la insanidad y la miseria a la que estaba reducida gran parte de su población. Obligó a los gobiernos, tanto europeos como americanos, a una toma de conciencia por parte de las autoridades y a la elaboración de las primeras medidas sanitarias aplicadas a nivel nacional (Cuenya 2020, 4).

En 1889, Domínguez señaló que el cólera podía presentarse de forma benigna, grave y fulminante (Velasco 1992, 98). En su forma más grave se observa una “brusca aparición de diarrea intensa colicuativa, vómitos, deshidratación rápida que conduce al desequilibrio hidroeléctrico y a la muerte, 24 horas después de su aparición” (Oliver 2018, 61-62). Sin un tratamiento adecuado puede causar la muerte del 50 % de los enfermos (Velasco 1992, 97) y con el tratamiento correcto solo fallece el 1 % de los afectados (Oliver 2018, 10).

La primera pandemia de cólera inició en 1817, las tropas inglesas fueron el medio para que la bacteria se diseminara por el continente asiático, terminó en 1824 (Kumate 1993, 4). La segunda pandemia comenzó en 1826. Los conflictos bélicos de

los rusos produjeron que la enfermedad arribara al Báltico en 1831; por mar llegó a Inglaterra y de ahí fue transportado a Canadá, después a Estados Unidos y, en seguida, a México (Kumate 1993, 6). En junio de 1832 la epidemia llegó a América, las primeras ciudades afectadas fueron Quebec y Montreal. Para julio de ese año ya estaba causando estragos en Nueva York (Carbajal-López 2016, 100).

Las noticias del avance de la enfermedad llegaban a México, “tanto el gobierno como la población sabía y temían la inminente llegada de ese mal” (Méndez-Maín 2016, 46). La expectativa del arribo del cólera era tan alta, que en enero de 1833 circuló la noticia de la aparición del cólera en Chiapas (Méndez-Maín 2016, 62), el 11 de marzo se pensó que había llegado a Colima (Netzahualcoyotzi-Méndez 2001, 40), también hubo avisos de su aparición en Zacatecas (Netzahualcoyotzi-Méndez 2001, 32) y Aguascalientes en mayo de 1833 (González 1881, 112). Sin embargo, todas fueron falsas alarmas.

La fecha más temprana de la presencia del cólera, en los límites actuales del territorio mexicano fue Texas, en ese entonces perteneciente a Coahuila, apareció en abril de 1833 (Carbajal-López 2016, 101). Para el 24 de mayo de 1833 la enfermedad ya estaba en el puerto de Tampico (Hutchinson 1958, 10). La primera defunción por cólera, registrada en el Sagrario de la ciudad de Tampico, se encuentra en la partida 102, del libro tercero:

En el campo santo de la ciudad de Tamaulipas, a los veinte y siete días del mes de mayo de mil ochocientos treinta y tres: Yo el presbítero Julian de la Garza Farías, cura propio de esta ciudad, di sepultura eclesiástica con entierro menor y [¿?] De a veinte reales al cadáver del adulto soldado artillero Pedro Rivera, soltero. No se confesó por haber sido repentina su muerte del cólera morbus a los veinte y siete años de edad.¹

La primera ciudad de importancia, en el interior de la República Mexicana, en ser atacada por el cólera fue San Luis Potosí, la primera defunción está fechada el 28 de junio de 1833 (Hutchinson 1958, 15). Lilia Oliver coincide con lo anterior, ambos citan como referencia de tal fecha el libro de Manuel Muro, titulado *Historia*

1. Parroquia de El Sagrario de Tampico (PEST), Tampico-México, Libro tercero de defunciones, 1833. Énfasis del original. <https://www.familysearch.org>

de San Luis Potosí y escrito en 1910 (Hutchinson 1958, 15; Olivier 2018, 55). Martínez-Hernández señala que la fecha del arribo del cólera a San Luis no está del todo clara, puesto que, en una carta enviada por Ignacio Muriel, con fecha del 16 de julio y dirigida a Joaquín María Erazu se “menciona que el cólera tenía 25 días que hacía estragos en este lugar, es decir el 22 de junio” (2017, 92).

Martínez-Hernández desestima ese dato argumentando que la fecha de llegada a Guadalcázar, lugar por el que se tenía que pasar de Tampico a San Luis Potosí, fue el 24 de junio (2017, 196-197). El autor no considera posible que, en la ruta de propagación, la enfermedad, pudiera saltar un lugar en el camino para regresar más tarde. Al revisar el libro de entierros de Guadalcázar, se observó que el 20 de junio de 1833 se anotó el primer entierro de un fallecido por cólera.² La referencia encontrada en el libro de entierros de Guadalcázar muestra que la epidemia estaba haciendo estragos en aquella ciudad antes del 24 de junio, por lo que podría ser probable que en la ciudad de San Luis Potosí ocurriera lo mismo.

En el libro de entierros de la parroquia del sagrario de San Luis Potosí, el cura no acostumbraba a escribir la causa de muerte en las partidas. Pero, el 24 de junio de 1833 registró la muerte de Estefana Rodríguez, de 30 años, viuda hace dos días de Joaquín Pérez. Al margen de la partida se anotó una C, podríamos suponer que esa C significa cólera, tal como ocurrió en Guadalcázar.³ El marido de Estefana fue enterrado el 22 de junio, es probable que ellos fueran los primeros muertos por cólera en la ciudad de San Luis Potosí. No obstante, solo se puso la C en 110 partidas, después del 4 de julio ya no se observó de nuevo esa nota al margen.⁴ Pero esta fecha coincide con lo que señaló Ignacio Muriel sobre la presencia del cólera desde el 22 de junio (Martínez-Hernández 2017, 92).

2. En el libro de entierros de la Parroquia de San Pedro, no se anotaron las causas de muerte. Sin embargo, en las partidas de 1833 se agregaron las letras C y M, para identificar a los muertos por cólera. El cura añadió una nota que dice: “Los anotados con una C y una M son los que han muerto de la epidemia del cólera morbus”. En Parroquia de San Pedro (PSP), San Luis Potosí-México, libro de entierros 1829-1833, f. 174v, <https://www.familysearch.org>.

3. También en la parroquia de Santa María de los Lagos (Lagos de Moreno) se puso al margen “C.M” en las partidas donde el cólera había provocado la muerte.

4. Parroquia de El Sagrario (PES), San Luis Potosí-México, libro de entierros número 9, año 1833. <https://www.familysearch.org>.

Se han encontrado otros indicios, a través de los registros parroquiales, de que el cólera rondaba San Luis Potosí antes del 28 de junio. En la parroquia de Tlaxcalitilla, uno de los siete pueblos que rodeaban San Luis Potosí,⁵ se escribió una partida el 12 de junio de 1833 que dice “En esta parroquia de Tlaxcaltilla di sepultura eclesiástica en el cementerio de esta iglesia al cuerpo de Albino Tobar, natural y vecino de Tlaxcala, de 55 años, casado con María Septiembre, recibió los santos sacramentos de penitencia y extremaunción y murió de cólera *morbus*”.⁶

Si se considera que tras la primera defunción por cólera debía haber otras inmediatamente después, podría llevarnos a considerar que la partida de entierro proporciona una causa errónea, o un caso aislado, porque el siguiente fallecimiento por cólera no ocurrió sino hasta el 29 de junio, esto es, 17 días después. Pero no es una situación anormal, ese fenómeno también ocurrió en otras parroquias. Por ejemplo, en Jesús María (Aguascalientes) el primer caso sucedió el 2 de julio, el segundo el 3 de julio, pero pasaron 21 días (23 de julio) hasta que se anotó el tercero. En Ojuelos de Jalisco transcurrieron 10 días entre el primer y segundo muerto por cólera. Y en la parroquia de San José de Gracia —actualmente Rincón de Romos en Aguascalientes— pasó un mes, el primero fue asentado el 13 de julio y el segundo el 11 de agosto. Es probable que, en las parroquias más pequeñas, donde la población estaba dispersa, los contagios y las muertes fueron más espaciadas.

En la parroquia de Armadillo —hoy Armadillo de los Infantes—, cercana a San Luis Potosí, se pudo averiguar que el 13 de junio se registró la primera muerte por cólera. La partida de defunción dice: “Yo el R.P. Fray José María Rua, religioso de la orden de Nuestro Padre San Agustín, [...] con licencia del prelado di sepultura eclesiástica en el camposanto de esta parroquia al cadáver de D. Anastasio Carbajal, natural de Temascal y vecino de la hacienda del poso de este partido, murió de cólera *morbus*”.⁷

5. Era uno de los siete pueblos suburbios que rodeaban la ciudad de San Luis Potosí (Martínez-Hernández 2017, 10).

6. Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción Tlaxcaltilla (PNSAT), San Luis Potosí-México, libro de entierros 1833-1842. <https://www.familysearch.org>.

7. Parroquia de Santa Isabel (PSI), San Luis Potosí-México, libro segundo de partidas de entierro de indios y castas, <https://www.familysearch.org>.

También en Charcas, perteneciente al estado de San Luis Potosí, pero más alejado de la capital en el norte, se registró la primera muerte por cólera durante la primera quincena de junio. En aquel día, se dio sepultura eclesiástica a María Diega Obregón, “transeúnte mujer”,⁸ es decir que no era originaria, ni vecina de la parroquia, sino que iba de paso. Al igual que en Tlaxcaltilla, en Charcas, la siguiente partida de defunción por cólera tardó en aparecer. Un mes después de la primera mención, el 26 de julio de 1833, murió de cólera “Tomás Jiménez, originario y vecino de los Charcos de edad de cuarenta y seis años, marido que fue de Rufina Campos”.⁹ Por todo lo anterior y, en específico por la partida de entierro encontrada, se puede señalar que el Córera estaba en la ciudad de San Luis Potosí desde el 24 de junio.

No solo en San Luis Potosí parece haber discordancia entre las fechas en que apareció el cólera. David Carbajal afirma que en Aguascalientes el cólera comenzó el 8 de agosto de 1833, para obtener el dato utilizó el informe que el cura de la parroquia envió al obispo de Guadalajara en 1849, ante la inminente llegada de una próxima epidemia de cólera (Carbajal-López 2016, 109-110). Quizá el error presentado en el informe se debió a que el párroco de 1849, José Ignacio Pérez, no fue quien certificó las defunciones de 1833 y por ello no vio el libro número 27 donde se registró el mes de julio de 1833.¹⁰ Gómez-Serrano señala que el cólera de 1833, en Aguascalientes, inició el 15 de mayo, cuando acaeció la primera defunción (1988, 38-39). Por su parte, Gutiérrez-Gutiérrez menciona que “la epidemia apareció a fines de abril y prendió fuertemente en Julio” (1998, 113). Gómez-Serrano y Gutiérrez-Gutiérrez basan sus afirmaciones en el libro *Historia del Estado de Aguascalientes* escrito por Agustín R. González y publicado en 1881, donde señala:

8. Parroquia de San Francisco (PSF), San Luis Potosí-México, libro de entierros 1830-1847, <https://www.familysearch.org>.

9. PSF, libro de entierros 1830-1847. <https://www.familysearch.org>.

10. El libro 27 inicia en marzo de 1833 y termina el 8 de julio de 1833; libro 28 comienza también el 8 de agosto de 1833, en Parroquia de la Asunción de María (PAM), Aguascalientes, libros de entierros 27-28, <https://www.familysearch.org>.

Aguascalientes fue invadido este año [1833] por el cólera morbo. Hacia el 15 de mayo hizo la entrada su primera víctima; sucumbió un vecino del barrio del Estanque, y si bien a esta desgracia no siguieron inmediatamente otras, la epidemia comenzó a desarrollarse a principios de junio. Por término medio morían entonces veinte personas diarias, aumentó a cien el siguiente mes y los días 25, 26 y 27 de julio murieron 600 personas. Fue decreciendo en agosto el número de defunciones, y al terminar el mes terminó también el formidable azote. Cerca de 5000 habitantes de la ciudad desaparecieron (González 1881, 112).

Agustín González afirma que la primera víctima de cólera falleció el 15 de mayo de 1833, dice que fue un vecino del barrio del Estanque. Lamentablemente el autor no menciona la fuente de la que obtuvo la información. Podría pensarse que fue de los libros de entierros de la parroquia de Asunción de María, pero en el libro de entierros no se hace mención del lugar de residencia de los difuntos. Los libros tampoco registraron las 600 personas fallecidas durante tres días en la última semana de julio. Del 25 al 27 de julio solo se registró el entierro de 379 personas. Además, la información obtenida a través de los libros de entierro no coincide con el número de muertos que proporcionó Agustín González. Dicho autor señala que en la ciudad murieron cerca de 5000 personas, pero al contabilizar los entierros de todo el año de 1833 se encontró que fueron anotadas las partidas de 3617 almas, y por cólera fallecieron 2479 (68.53 % del total). Aún sí se cuentan cinco parroquias del estado de Aguascalientes no se alcanzan los 5000 muertos por cólera (tabla 1).

Tabla 1. Entierros en parroquias del estado de Aguascalientes, 1833

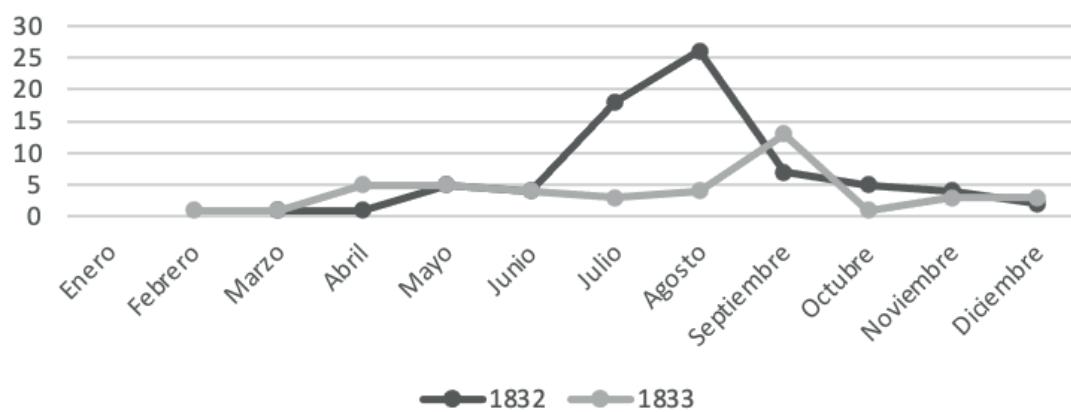
Municipio actual	Entierros 1833	Muertos por cólera
Jesús María	295	254
Rincón de Romos	72	40
Aguascalientes	3617	2479
Asientos	350	124
Calvillo	102	35
Total	4436	2932

Fuente: Parroquia de la Asunción de María (PAM), Parroquia de Nuestra Señora de Belén (PNSB), Parroquia del Señor San José (PSSJ), Parroquia de Nuestro Señor Padre Jesús Nazareno (PNSPJN) y Parroquia de San José de Gracia (PSJG), Aguascalientes-Méjico, libros de entierro 1833. <http://familysearch.org>.

Además, el 15 de mayo hubo seis entierros, cuatro fueron párculos que fallecieron a causa de la tos, una mujer casada de 60 años que murió de una caída y una mujer de 10 años cuyo deceso estuvo causado por la diarrea.¹¹ Se podría considerar que esa muerte por diarrea fue un caso mal diagnosticado de cólera, sin embargo, la diarrea fue una enfermedad común en la parroquia de Aguascalientes sobre todo en los meses de primavera y verano, ya que el clima caluroso provocaba el incremento de las enfermedades gastrointestinales.

Por ejemplo, en 1832, 75 personas tuvieron como causa de muerte la diarrea, el primer caso se presentó en marzo, pero julio y agosto fueron los meses de mayor incidencia (figura 2), en septiembre comenzó el descenso, pero hubo casos hasta diciembre. El primer fallecido por diarrea, registrado en el libro de entierros de 1833, se encuentra en el mes de febrero; en marzo hubo otro caso, en abril cinco, en mayo cinco, y así, durante todo el año se anotaron muertes causadas por la diarrea. Pero, como se observa en la figura 2, en 1832 hubo más casos de diarrea que en 1833 y el pico se presentó en el mes de agosto.

Figura 2. Diarrea en la parroquia de Asunción de María 1832-1833



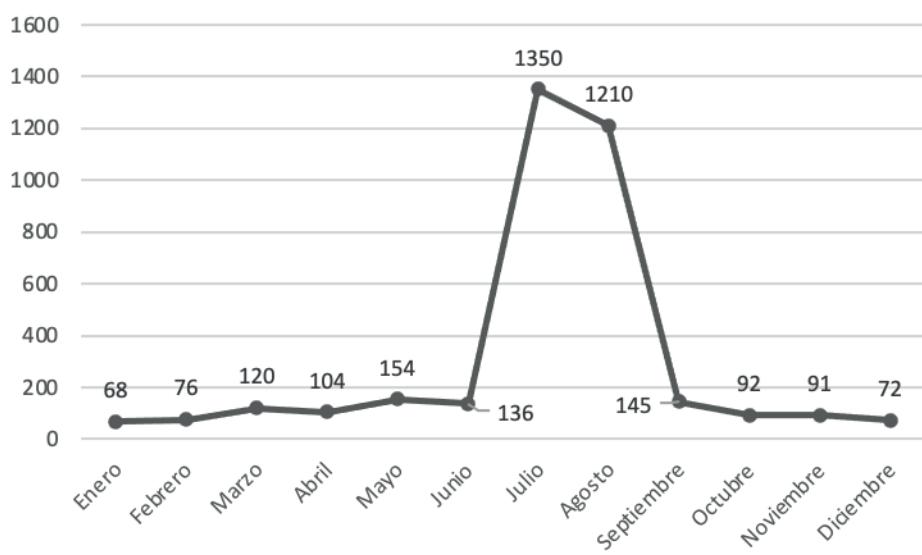
Fuente: PAM, libros de entierro nº. 26, 27 y 28, <http://familysearch.org>.

Al contar las muertes ocurridas durante el año de 1833, en la parroquia de Asunción de María (Aguascalientes) se puede observar que la mortalidad comenzó

11. PAM, libro 27 de entierros. <https://www.familysearch.org>.

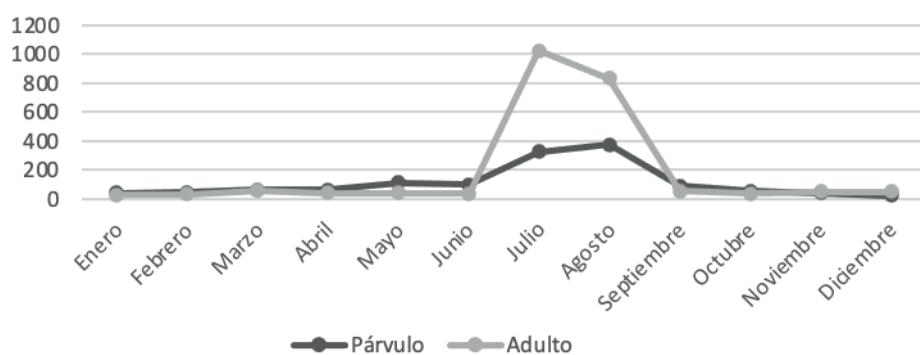
a aumentar desde febrero, pero es en mayo donde encontramos un pico previo al embate del cólera. En la figura 3, se aprecia que en febrero la mortalidad se incrementó, comparada con el número de entierros de enero. No obstante, es en marzo cuando se hace evidente el alza, en abril disminuye la mortalidad, pero se mantiene alta, vuelve a elevarse en mayo, para descender en junio. En julio, el número de entierros fue de 1350, lo que demuestra el feroz impacto de la epidemia de cólera en la ciudad de Aguascalientes.

Figura 3. Entierros en la parroquia de Asunción de María, 1833



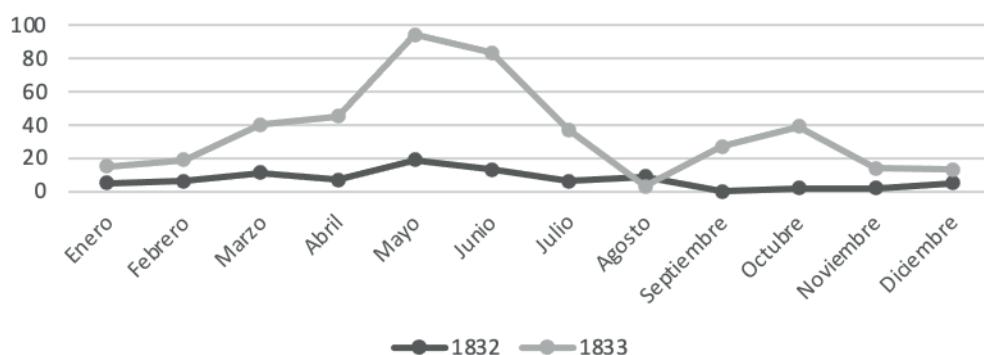
Fuente: PAM, libros de entierro nº. 26, 27 y 28, <http://familysearch.org>

Esta evidencia del incremento de la mortalidad desde febrero podría indicar que el cólera si arribó a la parroquia de Aguascalientes desde mediados del mes de mayo. Pero al analizar la mortalidad diferenciada entre párvulos y adultos (figura 4) se puede distinguir que en los primeros meses de 1833 algo provocó el incremento de la mortalidad infantil.

Figura 4. Entierros de párvulos y adultos en la parroquia de Asunción de María 1833

Fuente: PAM, libros de entierro nº. 26, 27 y 28, <http://familysearch.org>

Al revisar las causas de muerte anotadas durante el año de 1833 se detectó que hubo un incremento de los entierros de párvulos a causa de la tos. Durante el año de 1832, 99 niños perecieron por una tos, mientras que en 1833 la cifra fue 429. Los meses en los que con más intensidad atacó la tos fueron de marzo a julio, pero el pico más elevado se encuentra en mayo (figura 5). Así, fue la tos y no el cólera lo que provocó el aumento del número de muertos. Es probable que Agustín González, si es que tomó como fuente de información los libros de entierros, solo contó el número de defunciones por mes y al ver un incremento en el mes de mayo y una muerte por diarrea los relacionó con el cólera *morbus*. Aunque no se puede descartar la idea de que Agustín González haya consultado una fuente distinta a las parroquiales.

Figura 5. Párvulos fallecidos por tos en la parroquia de Asunción de María, 1832-1833

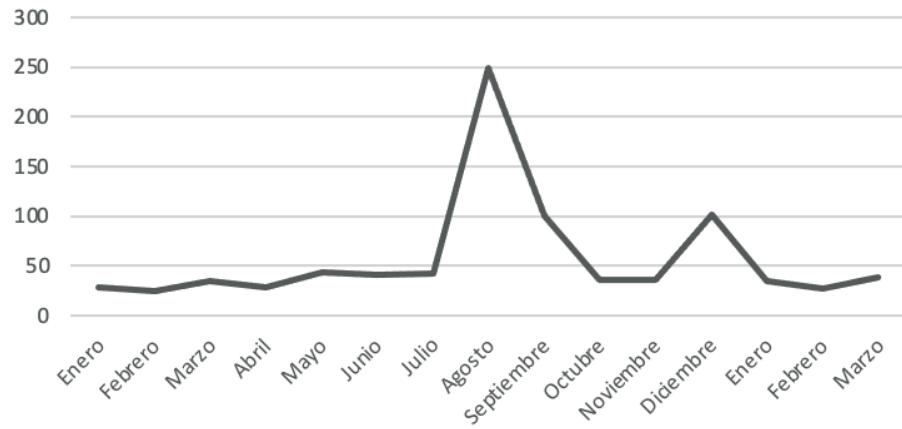
Fuente: PAM, libros de entierro nº. 26, 27 y 28, <http://familysearch.org>

Así, como no es fácil determinar cuándo ocurrió la primera muerte por cólera, tampoco es sencillo inferir cuál fue la ruta de propagación que siguió la epidemia de cólera de 1833 por México, no existen documentos, ni mapas que lo señalen con exactitud. Las investigaciones históricas se basan en la fecha de la primera muerte registrada en los libros de entierros o en algún informe a las autoridades civiles o eclesiásticas, cartas o relatos de la época. Con ello, se puede estimar cómo avanzó el cólera, con qué rapidez se extendió por todo México, pero no se puede considerar imposible que un portador de la bacteria haya podido atravesar algunos poblados sin contagiar a nadie; o que atravesó la localidad, contagió a uno, dos o más, y murió más adelante en el camino provocando que el asentamiento previo en una ruta tenga una fecha posterior, puesto que el periodo de incubación puede ser muy rápido, algunas horas o tardar hasta cinco días.

Chavert, en su *Disertación sobre el cholera-morbus*, escrito y publicado antes de que la epidemia llegará a México, señala que “El cholera camina a saltos, brincos, busca a sus víctimas, las devora, se detiene y vuelve a presentarse con un furor nuevo” (1833, 2). Un caso que puede ejemplificar lo que menciona Chavert es el de San Juan de Los Lagos.

San Juan de los Lagos se ubica en el centro de la región de Los Altos de Jalisco, la primera víctima de cólera fue enterrada el 30 de julio. En dicho mes perecieron cuatro personas por esa causa, en agosto fallecieron 183, en septiembre 54, en octubre hubo un sepelio de un muerto por cólera y en noviembre no hubo ningún caso. Parecía que la epidemia había terminado en tan solo tres meses. Sin embargo, en diciembre hubo un repunte y murieron 54 por el vibrión colérico (figura 6). La última partida que tuvo como causa de muerte al cólera se presentó el 24 de febrero de 1834. Así que como menciona Chavert, en San Juan de los Lagos la epidemia devoró a 238 personas, se detuvo y en diciembre se presentó con nuevo furor.

Figura 6. Curva de entierros de enero 1833 a marzo 1834 en San Juan de los Lagos



Fuente: Parroquia de San Juan Bautista (PSJB), San Juan de los Lagos-Méjico, libros de entierro 11 y 12, año 1833, <http://familysearch.org>.

La propagación del cólera en México, de Tampico a Los Altos de Jalisco y Aguascalientes

La enfermedad se esparció por los caminos de México. De Tampico siguió la ruta comercial hacia San Luis Potosí, Oliver explica que los 21 días de diferencia entre el inicio de la epidemia en esas dos ciudades, coincide con el tiempo que tardaría una recua en recorrerlo (2018, 56). Los registros parroquiales también dan muestra de ello, en algunos lugares los primeros decesos causados por el cólera fueron de personas que estaban de paso. Por ejemplo, en la parroquia de Encarnación, en Jalisco, la primera partida en la que apareció el cólera como causa de muerte fue la de José del Rosario Huerta quien murió en el Mezón “en su tránsito para Aguascalientes”.¹² En Ojuelos, el primer entierro fue de un hombre que era originario de San Nicolás de los Anayas, jurisdicción de Lagos;¹³ en Tepatitlán también fue un transeúnte que iba para Guadalajara;¹⁴ En Jalostotitlán fue un hombre de Guanajuato.¹⁵

12. Parroquia de Encarnación (PE), Encarnación de Díaz-Méjico, libro 5 de entierros, 1833, <https://www.familysearch.org>.

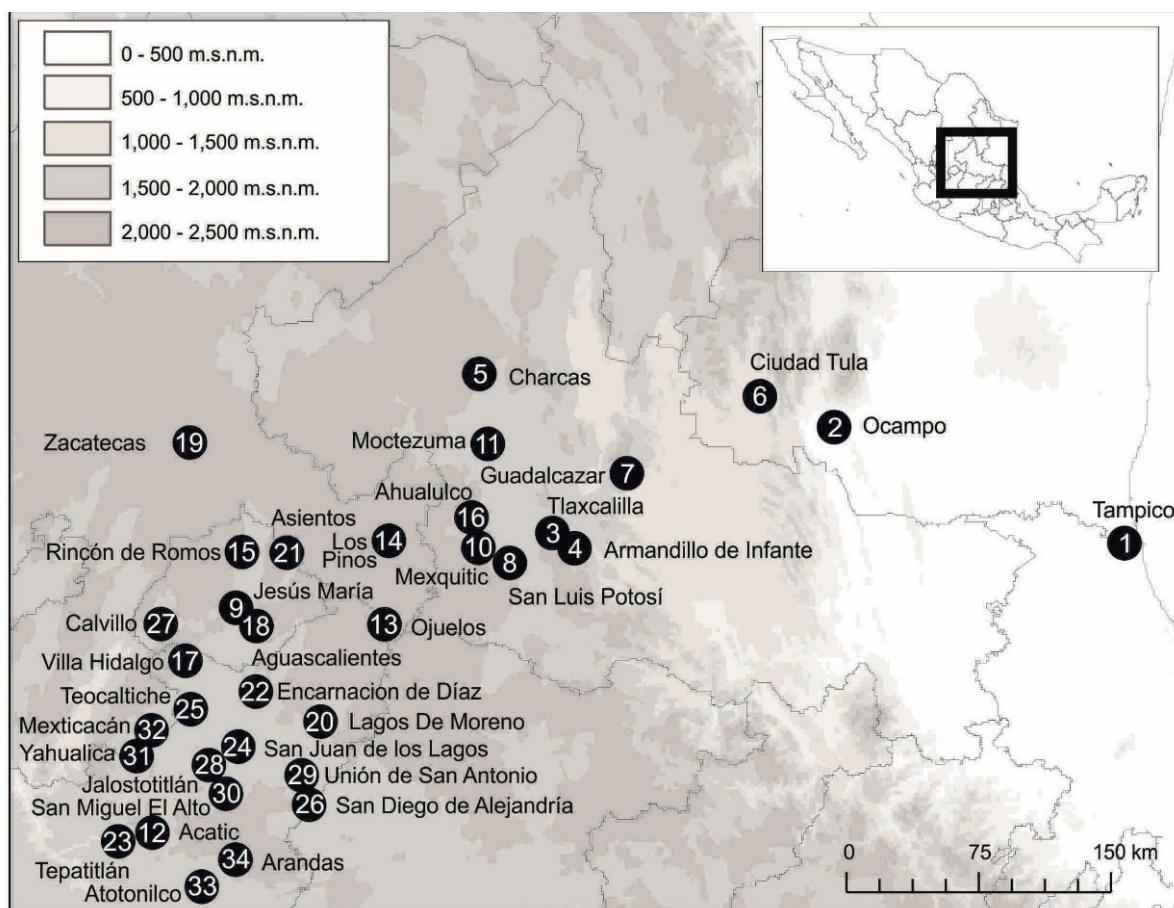
13. Parroquia de San José (PSJ), Ojuelos de Jalisco-Méjico, libro 2 de entierros, 1833, <https://www.familysearch.org>.

14. PSF, libros 15-16 de entierros, 1833, <https://www.familysearch.org>.

15. Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción (PNSA), Jalostotitlán-Méjico, libros 10-11 de entierros, 1833, <https://www.familysearch.org>.

Con la información obtenida de los libros de entierro de varias parroquias ubicadas en los estados de Tamaulipas, San Luis Potosí, Zacatecas, Jalisco y Aguascalientes se elaboró la figura 7 y la tabla 2. En ellas se puede observar la ruta de propagación del cólera de 1833 desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco. En la figura 7, con el número 1, aparece Tampico, lugar donde el primer fallecido por cólera se enterró el 27 de mayo de 1833. El segundo punto en la ruta fue Ocampo el 9 de junio (número 2). Después siguió Tlaxcaltilla el 12 de junio, ya en San Luis Potosí (número 3), en Armadillo de Infante la primera defunción es del 13 de junio (número 4), en Charcas el 14 de junio (número 5), en Ciudad Tula el 17 de junio (número 6), en Guadalcázar 20 de junio (número 7), San Luis Potosí 24 de junio (número 8).

Figura 7. Propagación del cólera de 1833 de Tampico hacia Los Altos de Jalisco y Aguascalientes



N de A: consultar la tabla 2.

Tabla 2. Fechas del primer entierro registrado como causa de muerte: el cólera

Lugar	Primer entierro	Lugar	Primer entierro
Tampico	27/05/1833	Aguascalientes	16/07/1833
Ocampo	09/06/1833	Zacatecas (Carbajal-López 2016, 109)	16/07/1833
Tlaxcaltilla	12/06/1833	Lagos de Moreno	17/07/1833
Armadillo de los Infante	13/06/1833	Asientos	25/07/1833
Charcas	14/06/1833	Encarnación de Díaz	25/07/1833
Ciudad Tula	17/06/1833	Tepatitlán	28/07/1833
Guadalcázar	20/06/1833	San Juan de los Lagos	30/07/1833
San Luis Potosí	24/06/1833	Teocaltiche	30/07/1833
Jesús María	02/07/1833	San Diego de Alejandría	31/07/1833
Mezquitic de Carmona	03/07/1833	Calvillo	01/08/1833
Moctezuma	09/07/1833	Jalostotitlán	01/08/1833
Acatic	10/07/1833	Unión de San Antonio	02/08/1833
Ojuelos de Jalisco	10/07/1833	San Miguel el Alto	05/08/1833
Pinos	12/07/1833	Yahualica	06/08/1833
Rincón de Romos	13/07/ 1833	Mexticacán	07/08/1833
Ahualulco	14/07/1833	Arandas	19/08/1833
Villa Hidalgo	15/07/1833		

Fuente: libros de entierro de 1833, consultados en: Parroquia de San Juan Bautista Acatic (PSJBA), Parroquia de San José (PSJ), Parroquia de La Santísima Trinidad (PST), Parroquia de Santa María de los Lagos (PSML), Parroquia de Encarnación (PE), Parroquia de Nuestra Señora de los Dolores (PNSD), Parroquia de la inmaculada Concepción (PIC), Parroquia de San Francisco de Asís (PSFA), Parroquia de San Juan Bautista (PSJB), Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción (PNSA), Parroquia del Señor de la Ascensión (PSA), Parroquia de San Miguel (PSM), Parroquia de Mexticacán (PM), Parroquia de San Miguel el Alto (PSMA), Parroquia de Santa María de Guadalupe (PSMG), Parroquia de la Asunción de María (PAM), Parroquia de Nuestra Señora de Belén (PNSB), Parroquia del Señor San José (PSS), Parroquia de Nuestro Señor Padre Jesús Nazareno (PNSPJN), Parroquia de San José de Gracia (PSJG), Parroquia de El Sagrario, Tampico (PEST), Parroquia de Santa Bárbara (PSB), Parroquia de San Antonio de Padua (PSAP), Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción (PNSAT), Parroquia de San Francisco (PSF), Parroquia de San Pedro (PSP). Parroquia de El Sagrario (PES), Parroquia de San Miguel Arcángel (PSMAL), Parroquia de San Gerónimo (PSG), Parroquia de Nuestra Señora de la Candelaria (PNSC), [www.http://familysearch.org](http://familysearch.org).

Después, la enfermedad aparenta dar un salto y el 2 de julio se registra el primer entierro por cólera en Jesús María, en Aguascalientes (número 9). Sin embargo, no

es tan extraño ese salto. Aguascalientes era una ciudad muy transitada, era un lugar de paso en el camino de tierra adentro, es posible que la epidemia llegara a Aguascalientes desde San Luis Potosí, puesto que desde el siglo XVII había relaciones comerciales entre ambas ciudades (Hernández-Soubervielle 2012, 156).

Los puntos 10 y 11 en el mapa, se ubican de nuevo en San Luis Potosí, en Mezquitic de Carmona y Moctezuma. Según los datos encontrados en los registros de entierro, el cólera apareció en Los Altos de Jalisco el 10 de julio en dos puntos extremos de la región. En el punto 12 está Acatic, ubicado en el extremo sur de Los Altos de Jalisco, y el punto 13 es Ojuelos, en el extremo norte, colindante con San Luis Potosí.

A finales del siglo XVII, San Luis Potosí era “además de un real de minas, un lugar de paso para la Tierra Adentro y otras regiones que conectaban el sur con el septentrión novohispano” (Hernández-Soubervielle 2012, 151), había un camino que conectaba con Ojuelos, por lo que no es sorprendente que Ojuelos sea uno de los primeros lugares contagiados de cólera en Jalisco. No obstante, encontrar que en la misma fecha ocurrió la primera defunción por cólera en Acatic, es más difícil de comprender, porque no se han podido localizar rastros de la enfermedad en los municipios aledaños antes del 28 de julio de 1833. Tampoco el primer enterrado con el cólera como causa de muerte fue un viajero, lo que podría explicar una fecha tan prematura. Si no que fue María Ponce, viuda de 34 años, vecina de la parroquia.¹⁶ Sin duda, habrá que buscar en otro tipo de fuentes para poder explicar cómo el cólera llegó a Acatic en una fecha tan temprana.

Fue hasta el 15 de julio que el cólera comenzó a propagarse por toda la región de Los Altos de Jalisco y Aguascalientes. El 16 de julio aparecen las primeras defunciones en la parroquia de la Asunción, en la capital del estado de Aguascalientes, y el 17 del mismo mes en Lagos de Moreno. La figura 7 y tabla 2, muestran que la aparición del cólera no siguió un orden lineal, de este a oeste o de norte a sur. Falta hacer un análisis más detallado sobre los caminos y las fuentes de agua para poder explicar más a detalle las rutas que siguió la propagación. Sin embargo, encontrar fuentes de ese tipo ha sido complicado para la región de Los Altos de Jalisco, donde la mayoría de los archivos fueron destruidos durante la revolución de 1910 o la guerra cristera de 1926-1929.

16. PSJBA, libro segundo de entierros, 1823-1849, <http://familysearch.org>

El cólera en Aguascalientes y Los Altos de Jalisco

En el área analizada, la epidemia duró entre dos y siete meses. Jesús María tuvo las fechas más tempranas de aparición y fin, del 2 de julio al 3 de octubre de 1833. El lugar donde más tardó en surgir fue en Arandas (19 de agosto de 1833). El cólera desapareció de la zona estudiada el 22 de febrero, su ulterior mención se ubicó en Teocaltiche. 6173 personas fallecieron por el cólera en las 20 parroquias analizadas (tabla 3).

Tabla 3. Duración y entierros en Los Altos de Jalisco y Aguascalientes

Lugar	Primer entierro	Último entierro	Entierros 1833	Muertos por cólera	%
Jesús María	02/07/1833	13/10/1833	295	254	86.10
Aguascalientes	16/07/1833	16/12/1833	3617	2479	68.54
Teocaltiche	30/07/1833	22/02/1834	939	603	64.22
Lagos de Moreno	17/07/1833	11/01/1834	1881	1050	55.82
Rincón de Romos	13/07/1833	28/10/ 1833	72	40	55.56
Yahualica	06/08/1833	01/11/1833	326	127	38.96
Villa Hidalgo	15/07/1833	16/12/1833	267	101	37.83
San Juan de los Lagos	30/07/1833	24/02/1834	764	276	36.13
San Miguel el Alto	05/08/1833	14/12/1833	297	106	35.69
Asientos	25/07/1833	20/12/1833	350	124	35.43
Calvillo	01/08/1833	12/01/1834	102	35	34.31
Tepatitlán	28/07/1833	19/01/1834	695	235	33.81
Unión de San Antonio	02/08/1833	17/12/1833	136	44	32.35
Encarnación de Díaz	25/07/1833	23/11/1833	771	244	31.65
Mexticacán	07/08/1833	3/12/1833	489	133	27.20
San Diego de Alejandría	31/07/1833	27/10/1833	346	94	27.17
Acatic	10/07/1833	20/10/1833	102	27	26.47
Jalostotitlán	01/08/1833	17/12/1833	473	120	25.37
Ojuelos	10/07/1833	14/12/1833	275	57	20.73
Arandas	19/08/1833	25/10/1833	439	24	5.47
Total			12 636	6 173	48.85

N de A: consultar la tabla 2.

En la tabla 3, se puede observar que la ciudad de Aguascalientes fue el lugar donde hubo mayor número de decesos provocados por el cólera (2479). 8.09 % del total de sus habitantes murieron por la enfermedad (Carbajal-López 2016, 118). Lagos de Moreno tuvo el segundo lugar con 1050 defunciones, 4.56 % de la población falleció en 1833 (Carbajal-López 2016, 118). Ambas ciudades son las más grandes del área analizada, es donde había mayor concentración de la población. La localidad menos afectada fue Arandas, solo 5.47 %, del total de entierros de 1833 (24 casos) se debieron al cólera.

Oliver señala que “el cólera causa una mayor mortalidad cuando el lugar que toca está más densamente poblado. El hacinamiento de la población favorece la transmisión de la enfermedad” (Olivier 2018, 94). Ejemplo de ello son las ciudades de Guadalajara, perdió 7.33 % de sus habitantes durante el cólera de 1833 (Carbajal 2016, 118), Puebla el 8 % (Cuenya 2020, 24), Yucatán el 11 % y en Campeche el 25 % (Machuca 2006, 144). Laura Machuca refiere que fueron los asentamientos urbanos los más afectados por el cólera de 1833 porque ahí había más pobreza y hacinamiento (Machuca 2006, 144). Carbajal-López no está del todo de acuerdo con Oliver y Machuca, ya que encontró que Tuxpán (Jalisco), poco poblado, fue el curato más afectado por el cólera en el obispado de Guadalajara, 16.24 % de su población falleció durante 1833 (2016, 120).

En las zonas que aquí se analizan, parece que los lugares más densamente poblados como Aguascalientes con 30 000 habitantes y Lagos de Moreno con 22 539 habitantes (Carbajal-López 2016, 118) fueron los que presentaron mayor número de occisos. Sin embargo, también es notable que dos poblados con bastantes similitudes como Arandas y Encarnación, ambas dedicadas a la actividad agropecuaria; con una historia de poblamiento similar: una villa rodeada de ranchos y haciendas; con una población similar: 17 033 moradores en Arandas y 17 188 en Encarnación (Carbajal-López 2016, 118), tuvieran una afectación tan dispar. En Arandas solo hubo 25 defunciones por cólera, mientras que en Encarnación quedó la evidencia de 244 entierros por cólera.

Para saber si en Arandas las condiciones de pobreza, dispersión, higiene, salud o las medidas preventivas fueron las que ayudaron a minimizar los efectos de la epidemia, sería necesario localizar otros datos que proporcionen información sobre las acciones que tomaron las autoridades y los habitantes de aquel lugar como estrategia. Sin embargo, hasta el momento no se han encontrado esos indicios.

En cuanto a la distribución por sexos, hombres (48.85 %) y mujeres (51.14 %) murieron casi en la misma proporción (tabla 4). Solo en los lugares donde hubo menos decesos por cólera, como Arandas, Acatic, Rincón de Romos y Unión de San Antonio, se detectó una diferencia más marcada, arriba del 60 % de los fallecidos fueron hombres. El cólera causaba sobremortalidad adulta, ese ha sido uno de sus distintivos. En Aguascalientes y Los Altos de Jalisco así sucedió. Los lugares donde menos párvulos feneieron por el cólera fueron Rincón de Romos (2.50 %), Acatic (3.70 %), San Diego de Alejandría (5.32 %) y Encarnación (6.15 %).¹⁷

En la mayoría de los lugares aquí analizados, alrededor del 20 % de los muertos por cólera fueron párvulos, esto es niños desde cero hasta 7 años y 80 % adultos.¹⁸ Sin embargo, al estudiarse la mortalidad por grupo de edad, los niños de 0 a 7 años fueron el grupo de edad más afectado por el cólera, 24.58 % del total (figura 8 y tabla 5). Proporción que coincide con la encontrada en Guadalajara, 23.39 % (Oliver 2018, 139). Dentro del grupo de adultos, el vibrión colérico causó la muerte con mayor frecuencia a los que estaban en el rango de 30-59 años, quienes acumularon el 43.74 % del total de las muertes.

17. Sin embargo, para el caso de Encarnación el porcentaje debe ser mayor, puesto que era poco frecuente que el cura asignara, en la partida de entierro, la causa de muerte de los niños.

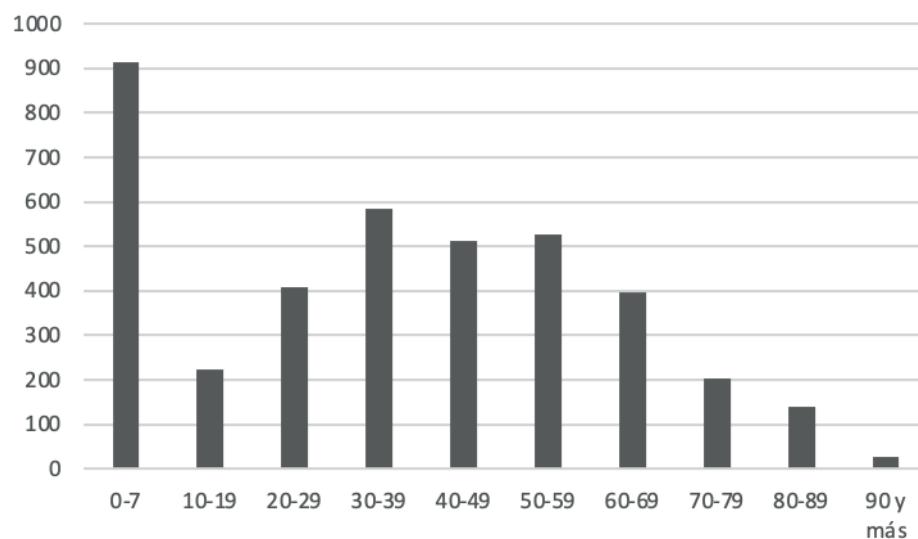
18. Se consideraban párvulos a los menores de 7 u 8 años. En las partidas de entierro se observó confusión al momento de designar a los niños de 8 y 9 años. Algunas veces eran párvulos y otras, adultos. En el cuadro se les incluyó en la columna de 10-19 si decían adultos y si decían párvulos en la de 0-7.

Tabla 4. Distribución por sexo y edad de los fallecidos por el cólera de 1833¹⁹

Lugar	Mujeres	%	Hombres	%	Párvulos	%	Adultos	%
Aguascalientes	1337	53.93	1141	46.03	604	24.36	1872	75.51
Lagos de Moreno (Jalisco)	554	52.76	496	47.24	207	19.71	843	80.29
Teocaltiche (Jalisco)	293	48.59	310	51.41	152	25.21	451	74.79
San Juan de los Lagos (Jalisco)	138	50.18	137	49.82	46	16.73	229	83.27
Jalostotitlán (Jalisco)	129	47.78	141	52.22	47	17.41	223	82.59
Jesús María (Aguascalientes)	135	53.15	119	46.85	65	25.59	189	74.41
Encarnación (Jalisco)	110	45.08	134	54.92	15	6.15	229	93.85
Tepatitlán (Jalisco)	115	48.94	119	50.64	48	20.43	186	79.15
Mexticacán (Jalisco)	60	45.11	73	54.89	34	25.56	99	74.44
Yahualica (Jalisco)	64	50.39	73	57.48	22	17.32	105	82.68
San Miguel el Alto (Jalisco)	46	43.40	60	56.60	15	14.15	91	85.85
Villa Hidalgo (Jalisco)	51	50.50	47	46.53	38	37.62	60	59.41
San Diego de Alejandría (Jalisco)	50	53.19	45	47.87	5	5.32	89	94.68
Ojuelos (Jalisco)	27	47.37	31	54.39	14	24.56	43	75.44
Unión de San Antonio (Jalisco)	14	31.82	30	68.18	9	20.45	35	79.55
Rincón de Romos (Aguascalientes)	16	40.00	24	60.00	1	2.50	39	97.50
Calvillo (Aguascalientes)	16	45.71	19	54.29	6	17.14	29	82.86
Acatic (Jalisco)	10	37.04	17	62.96	1	3.70	26	96.30
Arandas (Jalisco)	9	37.50	16	66.67	4	16.67	20	83.33
Total	3174	51.14	3032	48.85	1333	21.51	4858	78.38

N de A: consultar la tabla 2.

19. En el cuadro no se incluye Asientos porque no se pudieron capturar sus datos. En algunos lugares la suma de los párvulos y adultos no coincide con el total porque en algunos casos no se pudo determinar el sexo del difunto.

Figura 8. Edad de los muertos por cólera 1833 en Aguascalientes y Los Altos de Jalisco²⁰

N de A: consultar la tabla 2.

Tabla 5. Edad de los muertos por cólera 1833 en Aguascalientes y Los Altos de Jalisco

Edad	Frecuencia	%	Edad	Frecuencia	%
0-7	912	24.58	50-59	527	14.20
10-19	223	6.01	60-69	398	10.72
20-29	408	10.99	70-79	203	5.47
30-39	584	15.74	80-89	139	3.75
40-49	512	13.80	90 y más	28	0.75

N de A: consultar tabla 2.

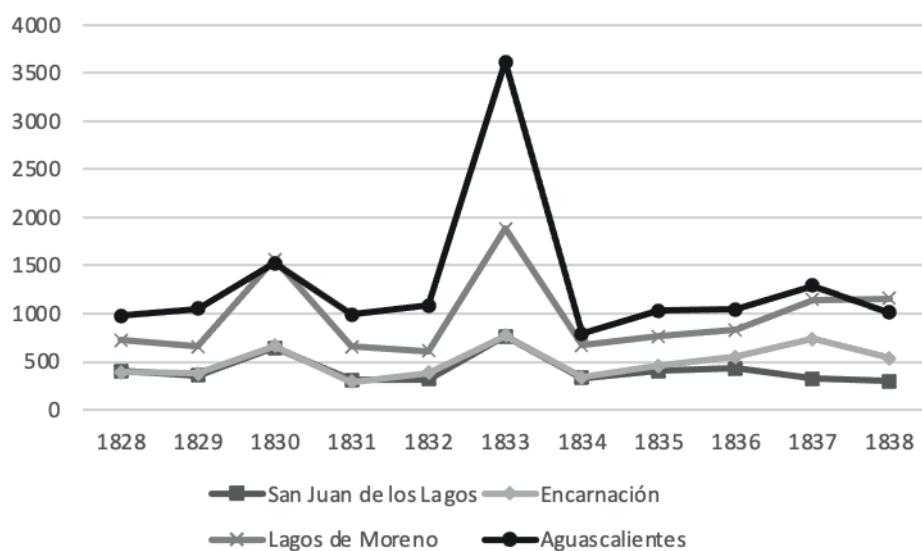
El cólera de 1833 era una enfermedad desconocida en México, las personas no tenían anticuerpos para hacer frente al padecimiento, no se sabía qué la provocaba ni cómo se contagiaba y mucho menos había medicamentos para hacerle frente.

20. En la gráfica y el cuadro no se incluyen los datos de Lagos de Moreno, Teocaltiche, Jalostotitlán y Encarnación de Díaz porque en las partidas no se anotó la edad. Tampoco se incluye asientos por no tener los datos capturados.

Se le tenía miedo porque una persona podía morir en cuestión de horas por la deshidratación. En algunos lugares, como la ciudad de Aguascalientes y Lagos de Moreno, el cólera provocó que el número de entierros se triplicara en comparación con los años anteriores y posteriores.

En la figura 9 aparecen las curvas de entierros de Aguascalientes, Lagos de Moreno, San Juan de los Lagos y Encarnación,²¹ algunos de los lugares con más muertos por cólera. El primer pico de la curva (1830) refleja una epidemia de viruela. Durante ese año en Aguascalientes se enterraron a 1522 almas. En el segundo pico (1833), provocado por el cólera, se registró la defunción de 3617 personas. La mortalidad en Aguascalientes, comparada con otro año de sobremortalidad (1830), se duplicó. En las tres parroquias de Jalisco —Encarnación, San Juan de los Lagos y Lagos de Moreno—, las muertes durante el cólera también fueron mayores que durante la viruela, pero la diferencia es menos perceptible.

Figura 9. Curva de entierros de 1828-1838 de algunas parroquias de Jalisco y Aguascalientes

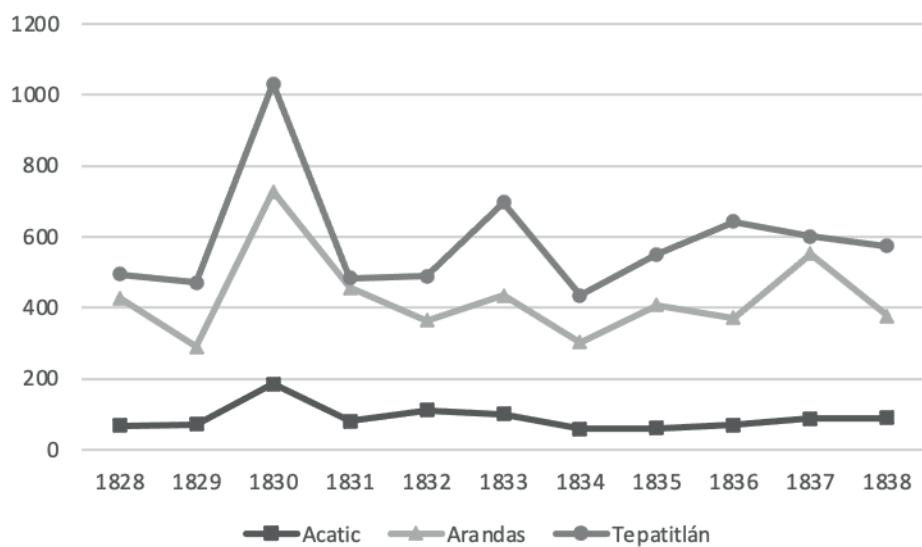


Fuente: PAM, PSML, PE, PSJB, libros de entierros de 1828-1838, <http://familysearch.org>.

21. No se incluyó Teocaltiche porque no hay libro de entierro para los años de 1828-1832.

Mientras que en otros lugares como Acatic, Arandas y Tepatitlán la viruela, una enfermedad ya conocida desde el siglo XVI en América, para la cuál se había creado una vacuna desde 1798, que había sido introducida a la Nueva España en 1804, todavía seguía causando fuertes estragos en la población, sobre todo infantil. En la figura 10 se muestran los entierros ocurridos durante 11 años en los tres lugares antes mencionados, en ella se observa que la sobremortalidad fue mayor durante la viruela que con el cólera. Por el momento, no es posible explicar esa circunstancia, es probable que las condiciones contextuales como el aislamiento o el poco tránsito de sus caminos así como el almacenamiento del agua permitieran que los contagios no se multiplicaran como en otros lugares.

Figura 10. Curva de entierros 1828-1838 algunas parroquias de Jalisco



Fuente: PSJB, PSMG, PSFA, libros de entierros de 1828-1838, familysearch.org.

Conclusiones

Los libros parroquiales son una fuente rica en información, afortunadamente han sobrevivido al paso del tiempo y permiten realizar análisis histórico-demográficos sobre las epidemias. La información aquí presentada mostró que la consulta de los libros de entierros es necesaria para poder comprender la propagación y el impacto de la epidemia de cólera de 1833 en varias parroquias de Tampico, San Luis Potosí, Aguascalientes y

Jalisco. Uno de los objetivos fue indagar acerca de la propagación del cólera desde Tampico, puerto por el que se introdujo a México el cólera de 1833, hasta Aguascalientes y los Altos de Jalisco. Mientras se revisaba bibliografía sobre el tema se detectaron divergencias en cuanto al inicio de la epidemia en Aguascalientes y San Luis Potosí. Al analizar el porqué de esas diferencias y contrastarlas con los datos de los libros de entierro, se observó que los diversos trabajos fueron elaborados con distintas fuentes documentales y con diferentes objetivos. Por lo tanto, llegaron a conclusiones distintas.

Al utilizar los libros de entierros para definir una ruta de contagio, se advirtió que la epidemia siguió las rutas comerciales, pero su avance no fue lineal, la enfermedad a veces saltaba algunas poblaciones. En Aguascalientes la fecha más temprana de una muerte causada por el cólera fue el 2 de julio de 1833, y en Los Altos de Jalisco el 10 de julio del mismo año en los poblados de Acatic y Ojuelos, es probable que la enfermedad llegara de San Luis Potosí debido a los contactos comerciales que esa ciudad tenía con la región aquí analizada.

Las autoridades civiles y eclesiásticas, así como la población que vivió en el México de 1833 estaban acostumbrados afrontar, cada pocos años, la llegada de una epidemia. No obstante, el cólera era una enfermedad desconocida, con una alta letalidad. Hombres y mujeres fallecieron casi en la misma proporción en la zona estudiada, aunque se pudieron encontrar matices dependiendo la localidad. Al comparar la mortalidad diferenciada entre párvulos y adultos se encontró que 21.51 % de los decesos por cólera fueron de infantes mientras que 78.38 % fueron adultos. Pero al examinar por grupos de edad se encontró que los niños de 0 a 7 años fueron los más afectados (24.58 %) seguidos por los de 30 a 39 años (15.74 %).

La epidemia tuvo una duración de entre dos y siete meses (julio 1833 a febrero de 1834), el número de muertos por cólera fue desde los 24 hasta los 2474 casos en el área estudiada. La explicación más usual señala que los lugares con mayor concentración de población suelen ser quienes presentan mayor mortalidad, parece que en Aguascalientes y Los Altos de Jalisco así fue. Pero como se mostró en este texto hace falta encontrar otras fuentes documentales que proporcionen una visión más amplia de las acciones realizadas para prevenir y afrontar la epidemia en cada población, para así comprender las singularidades de cada caso.

Referencias

- Carbajal-López, David. 2016. *Epidemias en el obispado de Guadalajara. La muerte masiva en el primer tercio del siglo XIX*. Ciudad de México: Universidad de Guadalajara.
- Chavert, José Luis. 1833. *Disertación sobre el cholera-morbus: escrita con acuerdo de la Junta Directiva del cuerpo de sanidad Militar*. Ciudad de México: Impresa en la oficina de Valdés.
- Contreras-Sánchez, Alicia, y Carlos Alcalá-Ferráez, eds. 2014. *Cólera y población, 1833-1854. Estudios sobre México y Cuba*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Contreras-Utrera, Julio. 2014. “El cólera morbus de 1833-1834 en el estado de Chiapas”. En *Cólera y población, 1833-1854. Estudios sobre México y Cuba*, editado por Alicia Contreras-Sánchez y Carlos Alcalá-Ferráez, 113-144. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Cramaussel, Chantal, ed. 2010. *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. La viruela antes de la introducción de la vacuna*. Volumen 1. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Cramaussel, Chantal. 2014. “El cólera en el estado de Chihuahua, 1833, 1849 y 1850”. En *Colera y población, 1833-1854. Estudios sobre México y Cuba*, editado por Alicia Contreras-Sánchez y Carlos Alcalá-Ferráez, 147-178. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Cramaussel, Chantal, y David Carbajal-López, eds. 2010. *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. Estudios de larga duración*. Volumen 3. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Cramaussel, Chantal, y Mario Alberto Magaña-Mancillas, eds. 2010. *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. La viruela después de la introducción de la vacuna. Volumen 2.* Zamora: El Colegio de Michoacán.

Cuenya, Miguel Ángel. 2020. “El cólera morbus en una ciudad de la provincia mexicana. Puebla de los Ángeles en 1833”. *Nuevos Mundos Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.3103>

Fábregas, Andrés. 1986. *La formación histórica de una región: los altos de Jalisco*. Ciudad de México: CIESAS.

Gómez-Serrano, Jesús. 1988. *Aguascalientes en la historia 1786-1920. Sociedad y cultura. Tomo 3, volumen 1*. Ciudad de México: Gobierno del Estado de Aguascalientes - Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

Gómez-Serrano, Jesús. 2019. *Historia breve de Aguascalientes. Cápsulas didácticas*. Ciudad de México: El Colegio de México - Fideicomiso Historia de las Américas.

González, Agustín R. 1881. *Historia del estado de Aguascalientes*. Ciudad de México: Librería, tipografía y litografía de V. Villada.

González-Esparza, Víctor. 2018. *Resignificar el mestizaje tierra adentro. Aguascalientes, Nueva Galicia, siglos XVII y XVIII*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Aguascalientes - El Colegio de San Luis.

González-Flores, José Gustavo, coord. 2017. *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.

- Gutiérrez-Gutiérrez, José Antonio. 1998. "Notas sobre el antiguo hospital de San Juan de Dios en Aguascalientes". *Caleidoscopio. Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades* 2 (4): 109-130. <https://doi.org/10.33064/4crscsh272>
- Hernández-Soubervielle, José Armando. 2012. "Sin un lugar para pernoctar en 'la garganta de Tierra Adentro'. Los mesones en San Luis Potosí". *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 33 (132b): 151-190. <https://doi.org/10.24901/rehs.v33i132b.486>
- Hutchinson, C. A. 1958. "The Asiatic Cholera Epidemic of 1833 in México". *Bulletin of the History of Medicine* 32 (1): 1-23. <https://www.jstor.org/stable/44444034>
- Kumate, Jesús. 1993. "Origen e historia de las pandemias". En *El cólera. Epidemias, endemias y pandemias*, coordinado por Jesús Kumate, Jaime Sepúlveda y Gonzalo Gutiérrez, 2-20. Ciudad de México: Interamericana McGraw Hill.
- Machuca, Laura. 2006. "Control y poder en época de enfermedades. El cólera morbus de 1833 y el pueblo de Boloncheticul, península de Yucatán, México". *Revista Biomédica*, Universidad Autónoma de Yucatán 17 (2): 140-145. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v17i2.449>
- Magaña, Mario, coord. 2013. *Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México (siglos XVIII-XIX)*. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California - Instituto Sudcaliforniano de Cultura.
- Márquez, Lourdes. 1991. "La desigualdad ante la muerte: epidemias, población y sociedad en la ciudad de México (1800-1850)". Tesis doctoral, El Colegio de México. <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/or967394c?locale=en>

Martínez-Hernández, Sebastián de Jesús. 2017. “La llegada del cólera a la ciudad de San Luis Potosí. Defunción, salud pública y hábitos de higiene. (1831-1834)”. Tesis de maestría, El Colegio de San Luis.

Méndez-Maín, Silvia. 2016. “Crónica de una epidemia anunciada: el cólera de 1833 en la ciudad de Veracruz”. *Signos Históricos*, 18 (36): 44-79. <https://signoshistoricos.itzt.uam.mx/index.php/historicos/article/view/485>

Netzahualcoyotzi-Méndez, Marciano. 2001. “Mortalidad sin crisis demográfica: el cólera de 1833 y 1850 en Tlaxcala”. Tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana.

Morin, Claude. 1972. “Los libros parroquiales como fuente para la historia demográfica y social novohispana”. *Historia Mexicana*, 21 (3): 389-418. <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/2548>

Oliver, Lilia. [1986] 2018. *Un verano mortal. Análisis demográfico y social de la epidemia de cólera: Guadalajara, 1833*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Parroquia de Asunción de María (PAM), Aguascalientes-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de El Sagrario (PES), San Luis Potosí-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de El Sagrario, Tampico (PEST), Tamaulipas-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Encarnación (PE), Encarnación de Díaz-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de la Inmaculada Concepción (PIC), San Diego de Alejandría-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de la Santísima Trinidad (PST), Villa Hidalgo-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Mexticacán (PM), Mexticacán-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestra Señora de Belén (PNSB), Aguascalientes-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción (PNSA), Jalostotitlán-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción Tlaxcaltilla (PNSAT), San Luis Potosí-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestra Señora de la Candelaria (PNSC), San Luis Potosí-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestra Señora de los Dolores (PNSD), Teocaltiche-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Nuestro Señor Padre Jesús Nazareno (PNSPJN), Aguascalientes-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Antonio de Padua (PSAP), Ciudad Tula-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Francisco (PSF), San Luis Potosí-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Francisco de Asís (PSFA), Tepatitlán-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Gerónimo (PSG), San Luis Potosí-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San José (PSJ), Ojuelos de Jalisco-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San José de Gracia, Rincón de Romos (PSJG), Aguascalientes-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Juan Bautista (PSJB), San Juan de los Lagos-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Juan Bautista de Acatic (PSJBA), Acatic-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Miguel (PSM), Yahualica de González Ortega-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Miguel Arcángel (PSMAL), San Luis Potosí-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Miguel el Alto (PSMA), San Miguel el Alto-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de San Pedro (PSP), San Luis Potosí-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Santa Bárbara (PSB), Ocampo-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Santa Isabel (PSI), San Luis Potosí-Méjico. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Santa María de Guadalupe (PSMG), Arandas-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia de Santa María de los Lagos (PSML), Lagos de Moreno-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia del Señor de la Ascensión (PSA), Unión de San Antonio-México. Libros de entierro 1828-1838.

Parroquia del Señor San José, Calvillo (PSSJ), Aguascalientes-México. Libros de entierro 1828-1838.

Torres-Franco, Paulina. 2017. *¿Entre parientes? Reconstrucción de familias y estrategias matrimoniales en la parroquia de Encarnación, 1778-1822*. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Torres-Franco, Carmen Paulina y Chantal Cramaussel, eds. 2017. *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (siglos XVII-XX)*. Zamora: El Colegio de Michoacán - El Colegio de Sonora.

Velasco, María del Pilar. 1992. “La epidemia del cólera de 1833 y la mortalidad en la ciudad de México”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 7 (1): 95-135. <https://doi.org/10.24201/edu.v7i1.838>

Zavala de Cosío, María Eugenia. 1992. “Los Antecedentes de la transición demográfica en México”. *Historia Mexicana*, 42 (1): 103-128.





Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada

Cristhian-Fabián Bejarano-Rodríguez*

Universidad Nacional de Colombia

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102738>

Recepción: 14 de mayo de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 23 de octubre de 2022

Resumen

Las epidemias que se propagaron en Santafé —Bogotá— durante 1782-1783 y 1802, a pesar de haber sido provocadas por la misma enfermedad, la viruela, difirieron en su impacto sobre la mortalidad. La primera estuvo muy próxima a ser considerada como una catástrofe demográfica, mientras que la mortalidad registrada en 1802 se caracterizó por ser una crisis menor. A partir de fuentes parroquiales ubicaremos la estacionalidad y mediremos la intensidad de ambas epidemias; mientras que a través de fuentes de archivo e impresas, se estudiarán las estrategias higienistas desarrolladas por las autoridades virreinales durante ambos eventos epidémicos. Se sostiene que las políticas higienistas impulsadas en la ciudad luego de la crisis de 1782-1783, inspiradas en el paradigma miasmático-humoral —empedramiento de las calles, construcción de acequias, de cementerios, entre otras—, junto con la promoción de la inoculación o variolización entre la población, fueron esenciales en el intento por restarle letalidad a las epidemias, en particular a las de viruela, tal y como sucedió durante 1802.

Palabras clave: epidemias; viruela; inoculación; higienismo; mortalidad; miasmas.

*Magíster en Historia por la Universidad Nacional de Colombia. Investigador independiente. El artículo deriva de la tesis “Epidemias y muerte en la ciudad de Santafé, 1739-1810”, presentada en 2021, financiada con recursos propios. Agradezco a Daniela Carrasco Orellana por elaborar los mapas que acompañan este trabajo. Extiendo los agradecimientos a los/as evaluadores/as anónimos/as por sus valiosos comentarios. Correo electrónico: cbejaranor@unal.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-8522-991X>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Bejarano-Rodríguez, Cristhian-Fabián. 2023. “Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada”. *HISTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 128-166. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102738>

Inoculation, Hygienic Policies and Intensity of Smallpox Epidemics of 1782-1783 and 1802 in Santafé, Viceroyalty of Nueva Granada

Abstract

The epidemics that spread in Santafé —actual Bogotá— during 1782-1783 and 1802, despite having been caused by the same disease, smallpox, differed in their impact on mortality. The first event was very close to being considered a demographic catastrophe, while the mortality recorded in 1802 was characterized as a minor crisis. Using parish sources, we located the seasonality and measure the intensity of both epidemics; on the other hand, we studied the hygienic strategies developed by the local authorities during both events through archival and printed sources. It is argued that the hygienic policies promoted in the city after the crisis of 1782-1783, inspired by the miasmatic-humoral paradigm —pavement of the streets, construction of ditches, cemeteries, among other public constructions—, and the promotion of inoculation or variolization among the population, were essential in the attempt to reduce the lethality of epidemics, particularly smallpox, as happened during 1802.

Keywords: epidemics; smallpox, inoculation; hygienism; mortality; miasmas.

Inoculação, políticas higiênicas e intensidade das epidemias de varíola de 1782-1783 e 1802 em Santafé, vice-reinado da Nueva Granada

Resumo

As epidemias que se espalharam em Santafé —atual Bogotá— entre 1782-1783 e 1802, apesar de terem sido causadas pela mesma doença, a varíola, não tiveram o mesmo impacto sobre a mortalidade. O primeiro evento chegou muito perto de ser considerado uma catástrofe demográfica, enquanto a mortalidade registrada em 1802 foi considerada uma crise menor. Utilizaremos fontes paroquiais para identificar a sazonalidade e medir a intensidade de ambas as epidemias; enquanto fontes arquivísticas e impressas serão usadas para analisar as estratégias higiênicas desenvolvidas pelas autoridades do vice-reinado durante os dois eventos epidêmicos. Se tratará de demonstrar que as políticas de higiene urbana desenvolvidas depois da crise de 1782-1783, que se baseiam no paradigma miasmático-humoral —pavimentação de ruas, construção de valas de irrigação, cemitérios, entre outras construções públicas—, e a promoção da inoculação ou variolização entre a população, foram fundamentais na tentativa de diminuir a letalidade das epidemias, sobretudo as de varíola, como ocorreu em 1802.

Palavras-chave: epidemias; varíola; inoculação; higienismo; mortalidade; miasmas.

Introducción

Desde mediados del siglo XVIII una de las principales preocupaciones de las autoridades imperiales hispánicas fue el crecimiento demográfico de sus colonias, obstaculizado por los altos niveles de mortalidad. Paralelamente a este diagnóstico, se identificó a las ciudades como lugares productores de enfermedades contagiosas, responsables, en buena medida, de la alta mortalidad.¹ Es en este contexto que emerge una vigilancia estricta sobre los “centros generadores de la enfermedad”: calles, puertos, cementerios, hospitales, etcétera (Alzate-Echeverri 2007, 41). Santafé no fue ajena a aquel diagnóstico, y al igual que otras urbes americanas, estaba lejos de poder ser considerada como un espacio propicio para la conservación y el crecimiento demográfico, pues se caracterizaba por su hacinamiento, calles estrechas y mal empedradas, viviendas deficientemente construidas —que impedían la libre circulación del aire y la penetración de la luz solar—, e insuficientes medidas para la evacuación hídrica (Alzate-Echeverri 2007, 41).

En el intento por revertir la precaria situación higiénica de Santafé, se emprendieron una serie de reformas higienistas —construcción de cementerios para dejar de enterrar cuerpos en las iglesias, empedramiento de calles, construcción de acequias y su constante limpieza— y prácticas médicas —la inoculación o variolización—, motivadas fundamentalmente por los efectos devastadores de la epidemia de viruela de 1782-1783.² Estas reformas y prácticas coincidieron con la proliferación de las ideas ilustradas en territorio americano bajo el mandato borbónico que, inspiradas en las premisas mercantilistas, argumentaban que la obtención de riquezas y el poder estatal dependían en buena medida de su potencial demográfico (Jori 2012).

1. Es un hecho ampliamente aceptado que una de las características de las sociedades de Antiguo Régimen eran los altos niveles de mortalidad y sus bruscos ascensos (Oliver-Sánchez 2005, 14).

2. En Europa la intervención institucional-sanitaria también respondió a un proceso de adaptación para hacer frente a los efectos de la peste bubónica, enfermedad que recurrentemente lastimaba a la población europea desde el siglo XIV. Así lo destacan, por ejemplo: Alfani y Murphy (2017, 327-330), así como para el caso específico de Andalucía Alfaro-Pérez y Marichalar-Vigier (2020, 23-34).

Asimismo, estas reformas y prácticas buscaban revertir el sombrío panorama higiénico de Santafé,³ así como persuadir al pueblo a dejar de concebir la muerte como una fatalidad ante la cual el ser humano era incapaz de intervenir. Este mismo razonamiento fue precisamente el que inspiró a los autores de manuales médicos del siglo XVIII, quienes consideraron indispensable instruir a la población en torno a los peligros que corrían si no cuidaban de su salud (Alzate-Echeverri 2005, 216). Lo que subyace tras estas consideraciones es que el hombre puede combatir la enfermedad y la muerte, que es posible extender el tiempo vital de las personas (Alzate-Echeverri 2005, 216-217) y que la enfermedad no necesariamente tiene que conducir al fallecimiento.

Las reformas higienistas estuvieron inspiradas en el paradigma humoralmiasmático, teoría médica desarrollada en la Antigüedad y en vigencia hasta inicios de la Edad contemporánea. Este paradigma concebía que la corrupción del aire pudiera ser una consecuencia de la exhalación de aguas palúdicas, la suciedad y la hediondez, así como del contacto de objetos contaminados con átomos miasmáticos (Cipolla 1993, 18-19). De ahí el afán de los funcionarios sanitarios de la época por incinerar objetos y vestuarios pertenecientes a las víctimas de las epidemias (Cipolla 1993, 18-19).⁴ Entre los médicos estaba arraigada la idea de que los hedores y los tuhos podían desencadenar en cualquier momento una epidemia, razón por la cual se imponía una declaratoria de guerra contra la hediondez de parte de las autoridades sanitarias (Cipolla 1993, 40; Quevedo 2005, 46-47).

Bajo la racionalidad de la época se creía que las epidemias tenían lugar bajo la forma de miasmas transmitidos por el aire cuando la atmósfera era contaminada

3. Segundo Alzate-Echeverri, durante el periodo de Carlos III (1759-1788) ya había aparecido la noción de *salud pública*, pero pensada más como “condición de control y aumento de la riqueza”. En este sentido, la expresión *salud pública* puede generar equívocos, por lo cual es más conveniente usar el término *higiene o protohigiene* (2007, 14).

4. Se sabe que durante la epidemia de 1646 ya se acostumbrara a ejecutar esta práctica. “Causas mortuorias, testamentos, erección de iglesias”, Santafé, 12 de enero de 1646, Archivo General de la Nación (AGN), Colombia-Bogotá, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 847r-847v. Aunque apoyado en la obra del Dr. Sánchez Ribeiro (*Conservación de la salud de los pueblos*), José Celestino Mutis la condenó en 1805. En su lugar, creía que resultaba más adecuada la purificación de los lugares y objetos contaminados con las novedosas recetas químicas implementadas exitosamente en Europa (Hernández de Alba 1983c, 243-245).

por los contagiados. Para combatir las pestilencias, se proponía una “medicina de los olores”, ante el convencimiento de que para remediar una atmósfera miasmática se requería poner el aire en movimiento a través de sahumerios y sustancias aromáticas que mitigaban los efectos venenosos causados por los malos olores. De ahí el afán por ventilar los espacios cerrados y quemar sahumerios y aromáticas en las calles (Alzate-Echeverri 2002, 58).⁵

Estas reformas, junto a prácticas médicas como la inoculación, en sociedades confesionales, podían interpretarse como un desafío a los designios Divinos sobre sus criaturas.⁶ Sin embargo, tras la devastadora epidemia de 1782-1783 se empezaría a aceptar en Santafé que la ciencia le disputara a Dios el monopolio de la vida, en parte, gracias a la eficacia que habían mostrado métodos como la inoculación para aminorar la letalidad de la viruela.⁷ Ahora bien, dicha aceptación no debe interpretarse como un cambio en la mentalidad culpabilizadora de la población, sino simplemente como la aceptación de un método capaz de impedir la muerte propiciada por la viruela y sus secuelas; o en términos de Elias (1987, 14), como un avance en el proceso civilizatorio, en el que las garantías frente a los golpes del destino —como la muerte por viruela— dieron lugar a un sistema de creencias seculares, aunque sin desplazar completamente los sistemas de creencias sobrenaturales.

5. Solo hasta la revolución pasteuriana, a finales del siglo XIX, se abrió la puerta para la comprensión de la naturaleza de las enfermedades y de paso organizar una lucha efectiva contra ellas dentro de la medicina moderna. Hasta entonces la lucha contra las enfermedades infecciosas estaba marcada, no por la propia experimentación científica, sino por la experiencia que la humanidad adquirió contagio tras contagio (Beltrán 2015, 21).

6. De hecho, se concebía que solo Dios podía frenar el castigo contra sus súbditos. De ahí las connotaciones taumatúrgicas que adquirió la imagen de la Virgen de Chiquinquirá como intercesora para que cesaran las epidemias, por ejemplo, durante los eventos epidémicos de 1587 y 1633 en la provincia de Tunja (Martínez-Martín y Otálora-Cascante 2019).

7. Por cientos de años, la viruela fue la única enfermedad infecciosa contra la cual la humanidad encontró un arma para prevenirla: la inoculación, y para las parroquias y personas que la aceptaron, marcó una ruptura contra el fatalismo que implicaba dicha enfermedad (Sköld 1999, 150). Este método, señalaba Mutis, consistía en introducir en una persona sana, a través de una pequeña incisión, la materia tomada de viruelas benignas. Las ventajas de este método se fundaban “en la naturaleza benigna de la materia [que es] el camino más seguro, por donde la recibe el cuerpo y en la elección del tiempo y personas” (Hernández de Alba 1983c, 190).

Actualmente, el paradigma miasmático-humoral no tiene validez alguna; sin embargo, la mayor parte de las reformas que se ejecutaron en Santafé bajo su abrigo fueron de gran valor, pues le restaron a las epidemias parte de su fatalismo.⁸ La hipótesis de este trabajo es que el conjunto de medidas profilácticas y sanitarias lideradas por las autoridades neogranadinas durante las últimas dos décadas del siglo XVIII, coadyuvaron para que en 1802 no se replicara una crisis como la registrada durante la epidemia de viruela de 1782-1783. Esto porque desde mediados de 1801, cuando la viruela atacaba Popayán (Silva 2007, 91), las autoridades civiles, a diferencia de lo ocurrido dos décadas atrás, se anticiparon a la enfermedad que amenazaba a la capital desde el suroccidente del virreinato (figura 1). Para 1802 ya se tenían listos tres hospitales dirigidos exclusivamente a atender a los contagiados, se conformó una junta de sanidad, se intentó replicar la vacuna de Jenner, y la inoculación se promovió entre la población como un método efectivo para prevenir la viruela.⁹ Mientras que para finales de 1782 el llamado del obispo y virrey Caballero y Góngora, había sido el de soportar con estoicismo la epidemia de viruela y acudir a las rogativas públicas para intentar aminorar los efectos de lo que consideraba como un castigo divino.

Aunque en Colombia la historiografía referente a las epidemias está lejos de ser abundante, en las últimas tres décadas se han publicado algunos trabajos sobre el particular desde la perspectiva de los procesos culturales y la historia de la medicina (Aguirre 2016; Díaz 2007; Frías-Núñez 1992; Gutiérrez-Beltrán 2007; Rodríguez 1999; Silva 2007; Villamarín y Villamarín 2000; Villamil-Jiménez, Esparza y Sotomayor-Tribín 2020). Mientras que desde la perspectiva de la historia demográfica destacan los recientes trabajos de Vélez-Villaquirán (2019) y Bejarano-Rodríguez (2021a, 2021b, 2023).

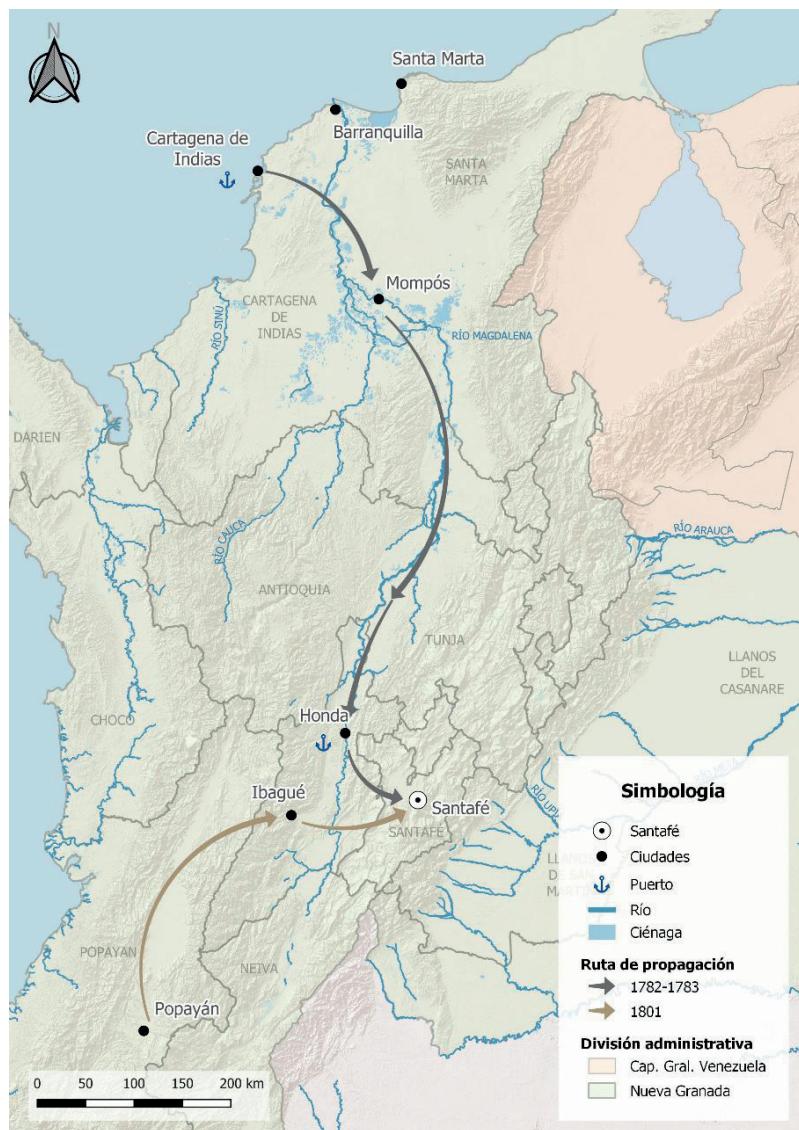
El presente artículo es un ejercicio que pretende combinar la historia de la salud pública con la historia demográfica, apoyado en fuentes cuantitativas —registros parroquiales de entierros— y fuentes de archivo, en un intento por ampliar la perspectiva

8. Un ejemplo de la influencia de este paradigma entre los ilustrados neogranadinos puede hallarse en el informe de Antonio Joaquín Froes al virrey Ezpeleta, en el que se reproducían algunos de los argumentos de médicos e ilustrados —como los de Samuel André Tissot— de finales del siglo XVIII. Véase en AGN, Santafé, 6 de julio de 1790, Sección Archivo Anexo – I, Fondo Historia, leg. 3, ff. 450r-457v.

9. Sobre estos temas se profundizará en los posteriores acápitos.

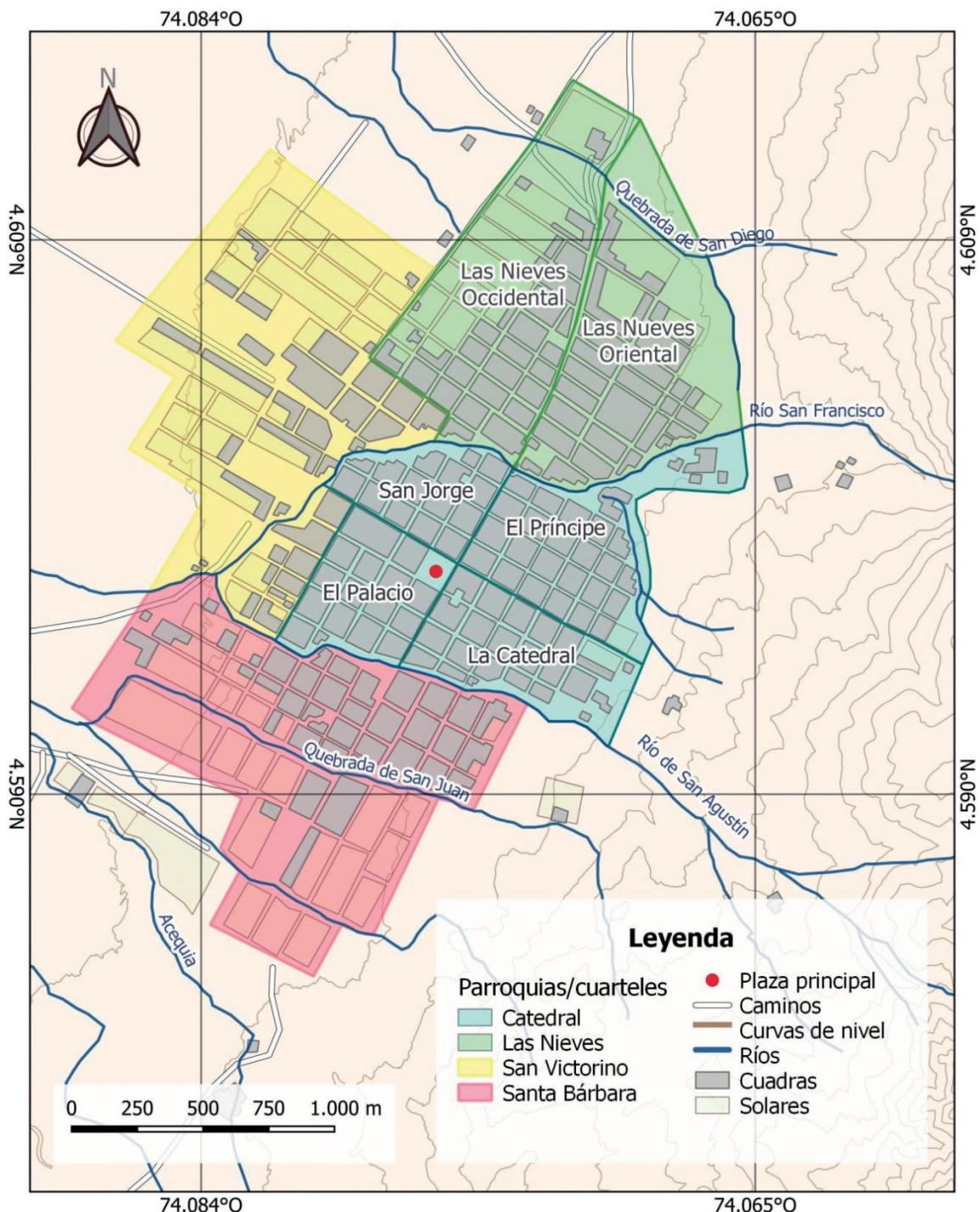
de estudio sobre las epidemias en Bogotá durante el periodo colonial. De modo que, se ofrecerán cifras de mortalidad y se calculará la intensidad registrada durante las epidemias de 1782-1783 y 1802, discriminando por grupos de edad—adultos y párvulos—en las cuatro parroquias de la ciudad: La Catedral, Las Nieves, Santa Bárbara y San Victorino (figura 2). Asimismo, se ofrecerá una explicación salubrista sobre la mortalidad diferencial de ambos eventos usando exhaustivamente las fuentes de archivo.

Figura 1. Rutas de propagación de las epidemias de 1782-1783 y 1801 en la Nueva Granada



N de A: elaborado por Daniela Carrasco Orellana a partir de Stangl (2021). www.hgis-indias.net

Figura 2. Parroquias de Santafé, 1791



N de A: elaborado por Daniela Carrasco Orellana a partir de Institutos Geográficos Iberoamericanos (1791) y Stangl (2021). www.hgis-indias.net

Esta introducción constituye el primer apartado de este artículo. En el segundo apartado se expondrán, desde una perspectiva cuantitativa, los efectos sobre la mortalidad de las epidemias de 1782-1783 y 1802; y a través del método de Dupâquier¹⁰ se calculará la intensidad de ambos eventos. En el tercer apartado se estudian las estrategias salubristas implementadas durante y luego del evento epidémico de 1782-1783. En el cuarto apartado se exponen las medidas adelantadas durante 1802 en la capital neogranadina para hacerle frente a la nueva epidemia de viruela. Finalmente unas breves conclusiones.

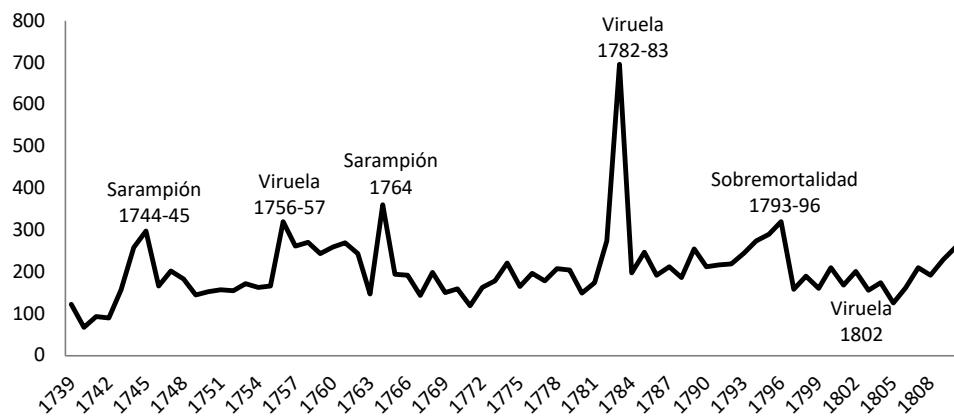
La intensidad de las epidemias de 1782-1783 y 1802

La gran crisis: 1783

La epidemia de viruela de 1782-83 fue la mayor crisis de mortalidad registrada en Santafé entre 1739 y 1810 (figura 3). Para las autoridades eclesiásticas y virreinales la llegada de la epidemia a Santafé parecía inminente desde noviembre de 1782, luego de tener noticias sobre su desolador paso por las provincias de Santa Marta y Cartagena.¹¹ Las premoniciones se hicieron realidad durante las últimas dos semanas de diciembre de 1782, como lo revelan los registros parroquiales de entierros de la ciudad (tabla 1), aunque fueron los meses de enero y febrero de 1783 en los que la mortalidad alcanzó sus niveles más críticos (figura 4).

10. Método estadístico desarrollado por Jacques Dupâquier para medir la intensidad de las crisis demográficas, que consiste en restar el promedio de muertes de los diez años previos respecto a las muertes durante el año de la crisis; tal resultado se divide entre la desviación estándar de los mismos diez años (González 2015, 38-39).

11. “Arzobispo de Santafé: pastoral sobre la epidemia de viruela”, Santafé, 20 de noviembre de 1783, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 811v.

Figura 3. Entierros en Santafé, 1739-1810

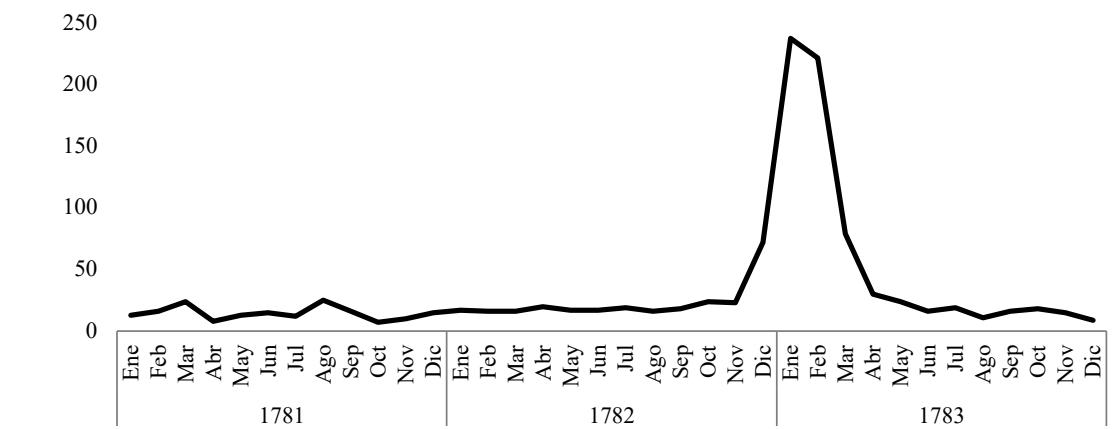
Fuente: Archivo Histórico de la Catedral Primada de Bogotá (AHCPB), Bogotá-Colombia, Libro de entierros 1, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN Libro1 de defunciones, t. I y II 1683-1807, Libro cuarto de entierros (1808), Entierros (1737-1754). Bautismos de negros y mulatos (1776-1804). ICANH-DPB, PSB, Partidas de Entierros 1732, Partidas de Entierros 1788. Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Bogotá (AHAB), Bogotá-Colombia, PSV Libro de Entierros 1, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Tabla 1. Entierros semanales, noviembre de 1782 a marzo de 1783

Mes	Semana	No. Entierros
Noviembre (1782)	44	3
	45	5
	46	5
	47	9
	48	4
Diciembre (1782)	49	9
	50	10
	51	13
	52	26
	53	35
Enero (1783)	1	53
	2	60
	3	60
	4	55
Febrero (1783)	5	71
	6	54
	7	53
	8	35
Marzo (1783)	9	27
	10	18
	11	13
	12	13
	13	13

Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Figura 4. Entierros mensuales de Santafé, 1781-1783



Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párculos, 1762-1824.

Tres meses bastaron para provocar un aumento de la mortalidad, quizás, sin precedentes en la ciudad. Entre diciembre de 1782 y marzo de 1783 se registraron un total de 611 entierros, con un promedio de 152,8 muertes mensuales; guarismo que cobra importancia si se considera que durante los cuatro meses previos a la crisis el promedio mensual de muertes fue de 20,3. El cálculo de la intensidad de esta epidemia se llevó a cabo a través del método de Dupâquier, cuya fórmula original cuantifica el número de muertos durante los diez años previos a la crisis —en los que la mortalidad debe ser normal—,¹² para contrastarlos con las defunciones registradas durante el año de la crisis (Torres y Cramaussel 2017, 26-27).¹³

12. El método de Dupâquier requiere que no se hayan presentado sobremortalidades en los diez años previos a la crisis. Este requerimiento, que exige una alta precisión de las fuentes, es precisamente lo que ha llevado a algunos investigadores a desestimar su uso en favor del factor multiplicador o el método de Del Panta y Livi Bacci (Torres y Cramaussel 2017, 25-28). Para el caso particular del presente trabajo se ha optado por el método de Dupâquier, por un lado, porque las fuentes lo permiten; por otro, para mostrar su utilidad, dado que el factor multiplicador ya ha sido implementado en otras investigaciones, véase Bejarano-Rodríguez (2021a, 2021b, 2023).

13. La fórmula del índice es: $I = (Dx - Mx)/S$, donde I es la intensidad de la mortalidad en el año de la crisis; Dx es la cifra anual de defunciones en el mismo año; Mx es el promedio de defunciones registradas en los diez años previos a la crisis y S es la desviación estándar de la misma década. El resultado corresponde a alguna de las siguientes escalas, véase (Torres y Cramaussel 2017, 26-27):

Escala	Magnitud	Categoría
1 a 2	1	Crisis menor
2 a 4	2	Crisis media
4 a 8	3	Crisis fuerte
8 a 16	4	Crisis mayor
16 a 32	5	Gran crisis
32 o más	6	Catástrofe

El método de Dupâquier arrojó para la ciudad de Santafé un índice de 22,44, que corresponde a una “gran crisis” (magnitud 5). Esta misma clasificación aplica para las parroquias La Catedral y San Victorino, para las cuales se obtuvo un índice de 20,19 y 28,28 respectivamente. En Santa Bárbara (11,27) se trató de una crisis mayor. En el caso de Las Nieves, el índice de 3,02¹⁴ (crisis media) se explica por el subregistro y no porque su población hubiera sido menos vulnerable a la viruela (tabla 2).¹⁵

Al discriminar la intensidad de la crisis por grupos de edad se obtienen resultados llamativos. En la ciudad los adultos padecieron con mayor rigor la epidemia que los párvulos. Mientras que para los primeros el índice fue de 17,50, para los párvulos fue de 14,69. La diferencia fue aún más marcada para el caso de La Catedral, pues allí la intensidad de la epidemia arrojó un índice de 22,08 para los adultos y de 4,08 para los párvulos. Estas cifras sorprenden, más cuando la viruela ha sido catalogada como una enfermedad infantil por la epidemiología descriptiva (Lozano 2012, 12). Por su parte, Santa Bárbara y San Victorino fueron las parroquias en las que los párvulos resultaron más vulnerables a la epidemia, con un índice de 21,98 y 24,26 respectivamente (tabla 3).

14. La epidemia de viruela que asoló a América entre 1778 y 1785 ha sido poco estudiada; sin embargo, para la Nueva España se cuenta con algunos trabajos: Magaña (2010) estudió sus consecuencias en Baja California, calculando para las poblaciones de Santa Rosalía de Mulegé un índice de 28,5 (súper crisis), para Purísima Concepción 11,33 (crisis mayor) y para San José de Comondú 5,59 (crisis fuerte). En la parroquia de Taximaroa, González-Florez (2016, 97) encontró que se trató de una crisis de magnitud 6, que corresponde a una catástrofe. González (2015) implementó el mismo método para medir la intensidad de las epidemias de matlazáhuatl de 1763 y las crisis de mortalidad de 1786 y 1813-1814 en la misma parroquia. Aguilera-Núñez (2017) también lo puso en práctica para calcular la intensidad de la epidemia de matlazáhuatl de 1738-1739 en el Valle de Tlacolula, Oaxaca.

15. El mismo párroco lo admite cuando anota en el libro de entierros que el “numero de los que se les dio en esta yglesia sepultura pudo llegar a trescientos”. Biblioteca del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – Documentos parroquiales de Bogotá (ICANH-DPB), Bogotá-Colombia, PLN, Libro N° 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807, f. 4ov.

Tabla 2. Índice Dupâquier 1783

Lugar	Dx	Mx	S	I
Santafé	697	184,30	22,85	22,44
La Catedral	325	81,50	12,06	20,19
Las Nieves	72	48,90	7,64	3,02
Santa Bárbara	123	24,20	8,77	11,27
San Victorino	177	29,70	5,21	28,28

Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Tabla 3. Índice Dupâquier 1783: adultos y párvulos

Lugar	Adultos				Párvulos			
	Dx	Mx	S	I	Dx	Mx	S	I
Santafé	497	144,30	20,16	17,50	200	40	10,89	14,69
La Catedral	276	66,90	9,47	22,08	49	14,6	8,42	4,08
Las Nieves	64	40,70	4,90	4,75	8	8,2	5,27	-0,04
Santa Bárbara	62	21,30	8,11	5,02	61	2,9	2,64	21,98
San Victorino	95	15,40	5,54	14,36	82	14,3	2,79	24,26

Fuente: AHCPB, *Libro de entierros 2*; Biblioteca del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – Documentos parroquiales de Bogotá (ICANH-DPB), Bogotá-Colombia, PLN, *Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807*. ICANH-DPB, LESB, *Partidas de Entierros 1732*, AHAB, PSV, *Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824*.

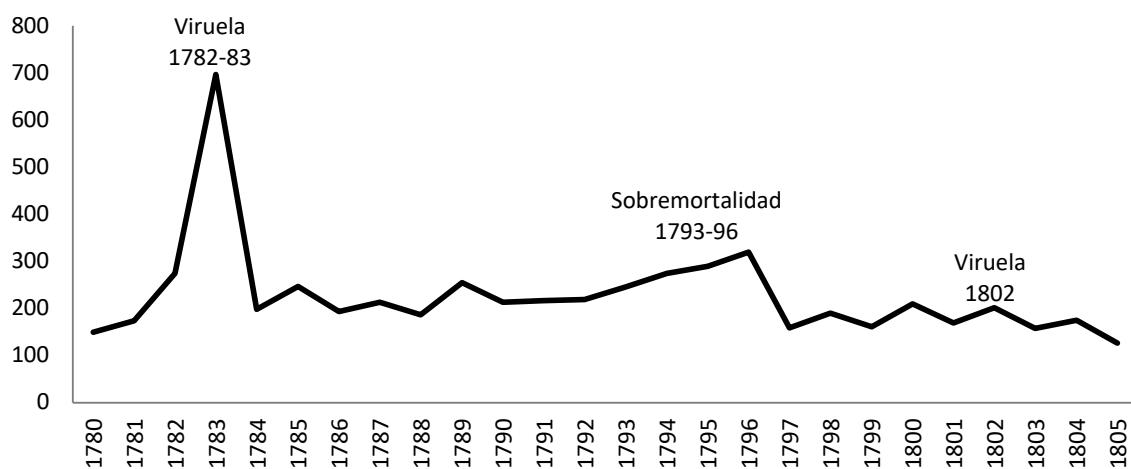
La epidemia de 1802

Tras la epidemia de 1782-1783 la población santafereña y neogranadina parece haber vivido años de relativa calma en cuanto a la amenaza que representaban las epidemias para su supervivencia. En su relación de mando (1796), el virrey Ezpeleta expresaba que tan solo se habían experimentado “una o dos viruelas, que pueden

contarse entre las causas principales de la despoblación del Reino” (Colmenares 1989a, 210). De hecho, es probable que los aumentos en la mortalidad registrados en Santafé entre 1793 y 1796 hubieran estado relacionados con los contagios de viruela ocurridos en Vélez,¹⁶ Cartagena, Santa Marta y Río Hacha (figura 5).¹⁷

Algo que llama la atención en el comportamiento de la mortalidad entre 1780 y 1805 es el leve aumento registrado en 1802 (figura 5). Y es llamativo porque se está frente a una enfermedad epidémica que dos décadas atrás estuvo cerca de ser una catástrofe demográfica. Tratar de explicar este comportamiento de la mortalidad es precisamente el objeto de este artículo, así como la razón para formular la siguiente pregunta: ¿qué evitó que la epidemia de 1802 no repitiera sus efectos calamitosos de 1782-1783?

Figura 5. Entierros de Santafé, 1780-1805



Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párculos, 1762-1824.

La documentación consultada indica que en Santafé la viruela hizo presencia durante el segundo semestre de 1802. Ahora bien, durante 1801 se presentó en el

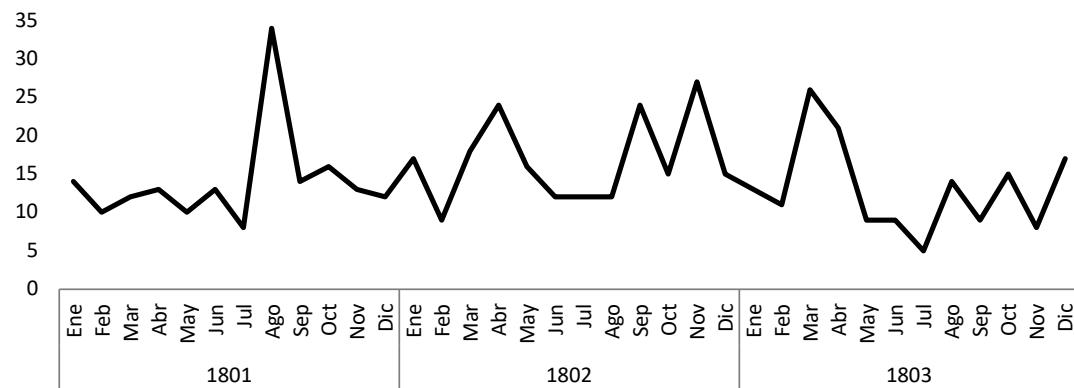
16. AGN, Vélez, 4 de enero de 1794, Sección Archivo Anexo – I, Fondo Historia, leg. 3, ff. 643r-644v.

17. “Documentos emanados del virrey sobre epidemia viruela”, Ocaña, 22 de diciembre de 1793, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 835r-845v.

suroccidente del virreinato una epidemia de viruela que hizo presagiar que en dicho año podía llegar la enfermedad a la ciudad y aunque se ha señalado que en dicho año la capital neogranadina no la padeció (Silva 2007, 91-110), el comportamiento de la mortalidad registrado entre 1801 y 1803 (figura 6) permite suponer que previo a 1802 sí hubo un brote de viruela, en agosto de 1801, la cual volvió a manifestarse con algunos rebrotos más prolongados durante el segundo semestre de 1802 y el primer semestre de 1803. Es probable que, tras el primer brote, en agosto de 1801, la viruela se hubiera convertido en una endemia, lo cual explicaría los siguientes dos brotes.

En Santafé la epidemia de viruela en 1802 estuvo muy lejos de las dimensiones que alcanzó la misma enfermedad en 1782-1783. Mientras que esta última se trató de una gran crisis, la de 1802, para la cual se obtuvo un índice de 1,13, corresponde a una crisis menor.¹⁸ Esta misma categoría se registró en la parroquia Las Nieves (1,29). En las parroquias La Catedral y Santa Bárbara el índice negativo indica que en ellas no se presentó ninguna crisis. Mientras que el índice de 3,38 en San Victorino señala que se trató a una crisis media; así que, al igual que durante la epidemia de 1782-1783 San Victorino fue la parroquia más afectada (tabla 4). El comportamiento de ambas epidemias en esta última parroquia puede explicarse por su posición geográfica, pues era la puerta de entrada a la ciudad desde Honda, y por lo tanto, paso obligado de todo comerciante y forastero contagiado en camino a la capital. Lo más sorprendente en el cálculo del índice por grupos de edad (tabla 5) fue el resultado obtenido para el caso de los adultos en San Victorino (4,34), que corresponde a una crisis fuerte, de lo que se deduce que este grupo de edad resultó mucho más vulnerable a la epidemia que los párvulos, cuyo índice fue negativo (-0,70).

18. El cálculo del índice Dupâquier para este evento epidémico se realizó con respecto a la mortalidad registrada en Santafé en los cinco años previos (1797-1801) y los cinco años posteriores (1803-1807), variante que es válida, como señalan Torres y Cramaussel (2017, 27), cuando es imposible usar los diez años previos a la crisis, debido a la anormalidad de la mortalidad, que en este caso se debe a la sobremortalidad registrada entre 1793 y 1796.

Figura 6. Entierros de Santafé, 1801-1803

Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Tabla 4. Índice Dupâquier 1802

Lugar	Dx	Mx	S	I
Santafé	201	171,90	25,74	1,13
La Catedral	81	93,60	16,11	-0,78
Las Nieves	38	18,30	15,30	1,29
Santa Bárbara	27	31,00	12,26	-0,33
San Victorino	55	29,00	7,69	3,38

Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Tabla 5. Índice Dupâquier 1802: adultos y párvulos

Lugar	Adultos				Párvulos			
	Dx	Mx	S	I	Dx	Mx	S	I
Santafé	179	148	23,37	1,33	22	23,9	5,13	-0,37
La Catedral	70	80,4	16,19	-0,64	11	13,2	3,88	-0,57
Las Nieves	34	17,3	13,67	1,22	4	1	2,16	1,39
Santa Bárbara	25	27,9	11,14	-0,26	2	3,1	2,77	-0,40
San Victorino	50	22,4	6,36	4,34	5	6,6	2,27	-0,70

Fuente: AHCPB, Libro de entierros 2; ICANH-DPB, PLN, Libro 1 de defunciones, t. I y II 1683-1807. ICANH-DPB, LESB, Partidas de Entierros 1732, AHAB, PSV, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Finalmente, un informe de José Rivas y José Ugarte señala que a causa de la epidemia, en 1802 fallecieron 329 personas en la ciudad.¹⁹ Mientras que de la epidemia de 1782-1783 se informaba que el saldo de fallecidos fue alrededor de 3000, según Caballero y Góngora (Silva 2007, 47) y de 5000 según Caballero (1974, 34). El contraste entre estos guarismos y el de los registros parroquiales puede explicarse, por un lado, por el subregistro que subyace en las fuentes eclesiásticas;²⁰ por otro, por una posible exageración en el número de víctimas indicadas por los personajes citados.

Estrategias de salud pública implementadas durante la epidemia de 1783

La viruela y el trasegar de la inoculación

En noviembre de 1782 el virrey Caballero y Góngora, anunciaba con ánimo preventivo a los diocesanos de Santafé sobre el agresivo contagio de viruela que se aproximaba desde Cartagena y Santa Marta, provincias en las cuales la enfermedad había causado estragos funestos.²¹ Para ese momento, la epidemia ya cobraba un importante número de vidas humanas en el puerto de Honda y parecía inminente su llegada a la capital del virreinato.

Hasta 1783 era prácticamente inexistente una política higienista en la Nueva Granada para contener el impacto de las epidemias, de hecho, la medida a la que

19. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 5 de agosto de 1803, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 935r.

20. Para Henry (1983, 63) una de las razones de este fenómeno es que los párricos no daban abasto registrando la totalidad de los óbitos. Por su parte, Vejarano-Alvarado (1998, 19-20) señala que el subregistro podía explicarse en el intento de las personas por evitar el pago del estipendio, que podía llegar a ser oneroso, o porque se consideraba innecesario registrar los decesos de párvulos fallecidos sin bautizar.

21. “Arzobispo de Santafé: pastoral sobre la epidemia de viruela”, Santafé, 20 de noviembre de 1782, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 811v.

usualmente se acudía era la formación de degredos.²² Otra medida habitual eran las rogativas públicas, disposición que se entiende bajo el contexto de una sociedad confesional en la que se creía que las epidemias eran castigos divinos. De hecho, Caballero y Góngora en uno de sus edictos²³ insinuaba que la mencionada epidemia era un castigo divino producto de la revolución comunera de 1781.²⁴ Insinuación que confirma en el informe remitido al ministro José de Gálvez el 30 de enero de 1783, en el que afirma que la epidemia era producto de “las pasadas revoluciones y escándalos” (Hernández de Alba 1983c, 202). Ahora bien, la actitud del virrey frente a la epidemia fue ambivalente, pues, aunque inicialmente invitaba a realizar las rogativas para aminorar la ira divina y soportar con estoicismo una muerte inminente, desistiendo de la inoculación, a finales de enero de 1783 se inclinó por aprobar el mencionado método.

José Celestino Mutis recordaba en una epístola del 15 de marzo de 1783 que, aunque era añeja su inclinación en favor de la inoculación, desde el principio encontró una fuerte oposición a su práctica, a pesar de los buenos resultados que había mostrado entre algunos inoculados en la capital y en otras provincias del virreinato (Hernández de Alba 1983a, 97). La razón para tal oposición, además de los preceptos religiosos, radicaba en que podía llegar a ser un método peligroso; pues en efecto, si la incisión era demasiado profunda se podía provocar la viruela y contagiar a personas sanas que podían dar origen a una epidemia (Sköld 1999, 152).

22. Durante los siglos XVII y XVIII los degredos consistían en detener la movilidad de las personas de lugares contagiados con enfermedades infecciosas. Aunque a finales del siglo XVIII, de la mano del humanismo ilustrado comenzaba a cambiar su naturaleza y se transforma paulatinamente en un aislamiento de los contagiados en hospitales (Aguirre 2016, 49; Silva 2007, 23-24). Sobre esta nueva forma de degredo, Rodríguez señala que, “ante la carencia de soluciones médicas esgrimían medidas de tipo social: apartar a los enfermos, confinarlos en lugares alejados, observarlos a distancia, romper todo vínculo social con ellos, negarles su calidad de habitantes de una población y miembros de una familia. Eso era el degredo” (1999, 32).

23. “Arzobispo de Santafé: pastoral sobre la epidemia de viruela”, Santafé, 20 de noviembre de 1783, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 811r-811v.

24. El virrey fue una de las figuras destacadas durante aquellos acontecimientos, pues fue a quien se encargó capitular con los rebeldes en Zipaquirá. Sobre el particular, véase Phelan (1980, 229-299).

Sin embargo, tras recibir dos informes que daban testimonio de la eficacia de la inoculación, y en vista de la ferocidad con que la viruela asolaba a Santafé en enero de 1783, el virrey se vio coaccionado a aprobar oficialmente la inoculación. El primer informe fue remitido por el cura Josef Vásquez Subillaga, allí el presbítero remembraba que cuando la epidemia de viruela de 1756-57 amenazaba a su parroquia, San Juan de Girón, se inoculó a sí mismo junto a sus familiares y servidumbre, y tras los buenos resultados, procedió a inocular, con igual éxito, a casi cuatrocientas personas en Girón y a un número similar en San Gil.²⁵ Y estando presente en Santafé durante el contagio de 1783 inoculó a siete de sus criados, quienes pasaron la enfermedad sin contratiempos.²⁶ El segundo informe fue el de Josef Aparicio Morata, capellán del Real Hospicio de mujeres pobres y niños expósitos de Santafé, quien alarmado ante el “fatal estrago” del que era víctima Santafé, y luego de obtener el permiso del virrey, inoculó a los niños del hospicio. Valiéndose de un barbero y otros sujetos inoculó a veintiún huérfanitos, de los cuales, ninguno falleció.²⁷

Es probable que la inoculación ya fuera practicada entre la población antes de su aprobación oficial. Es por ello que a la par que se aprobaba el método, el virrey encargó a José Celestino Mutis la transcripción del *Método general para curar las viruelas* (Hernández de Alba 1983c, 195-198), así como unas *Instrucciones* (Hernández de Alba 1983c, 189-195) para la práctica de la inoculación, motivadas por la “confusión y el desorden que se apoderaron de los más humildes” de Santafé por inocularse.²⁸

El propósito de las *Instrucciones* era el de universalizar la práctica de la inoculación entre la población ante la ausencia de médicos.²⁹ Y aunque en teoría era un método que se caracterizaba por su sencillez, Mutis creía necesario divulgar algunas recomendaciones

25. Con toda seguridad la experiencia de Vásquez en Girón fue el primer caso de inoculación masiva en la Nueva Granada y quizá el primero en América Latina.

26. AGN, 29 de enero de 1783, Sección Colonia, Fondo Milicias y Marina, leg. 142, ff. 729r-729v.

27. AGN, 29 de enero de 1783, Sección Colonia, Fondo Milicias y Marina, leg. 142, ff. 695r-695v.

28. Archivo General de las Indias (AGI), Sevilla-España, Santafé, 30 de enero de 1783, leg. Audiencia de Santa Fe, 736b.

29. Tal era la escasez de médicos, que la cátedra de medicina del Colegio del Rosario, en Santafé, estuvo vacante entre 1767 y 1802 (Quevedo y Duque 2002, 26-27).

para evitar su mala práctica. Por ejemplo, a las mujeres solo se les podía administrar dos o tres días después de haber concluido su menstruación y estaba restringido para las gestantes y “sujetos enfermizos”. *Las Instrucciones* también informaban sobre los lugares ideales del cuerpo para realizar la incisión, así como el correcto aislamiento al que debían someterse los inoculados (Hernández de Alba 1983c, 189-195).

Con *El Método* se buscaba la erradicación de algunas prácticas comunes durante la convalecencia, como el consumo de bebidas alcohólicas y calóricas, el excesivo abrigo en la cama y la escasa ventilación de los espacios. Para Mutis todas estas prácticas violentaban la naturaleza de la enfermedad en el anhelo de hacer brotar rápidamente los granos de las viruelas (Hernández de Alba 1983c, 195). Este *Método* fue particularmente valioso en la medida que se hizo circular por las provincias de la Nueva Granada, y por la forma pedagógica con la que, con remedios sencillos, ayudó a aminorar el terror que paralizaba a las víctimas (Silva 2007, 52).

Según Frías-Núñez (1992, 75-76), junto al *Método* y las *Instrucciones* se dio paso a un improvisado *Plan de arreglo que se deberá observar para la inoculación de la viruela al pueblo*, que recogía las disposiciones que habrían de aplicarse en Santafé para la práctica de la inoculación. Dichas disposiciones consistían en colgar carteles en los que se promovía la inoculación, la inspección de todos los barrios para determinar la población objetivo a inocular, además de invitar a prestar la mayor atención posible a las personas que ya se hallaban contagiadas. Aunque Frías-Núñez no halló documentación que le permitiera determinar si el *Plan* se ejecutó, se sabe que el balance fue de algo más de dos mil inoculados.³⁰ Lamentablemente, para el momento en que se aprobó el *Plan* la viruela ya se había propagado en la ciudad y la inoculación, en lugar de implementarse para prevenir el contagio, el cual era su verdadero propósito, se usó como medida para frenar su impacto.³¹ Así, todas estas medidas, aunque valiosas, fueron tardías.

30. AGI, Santafé, 31 de marzo de 1783, leg. Audiencia de Santa Fe, 736b. Agradezco al profesor Hermes Tovar Pinzón el haberme compartido la transcripción de este documento.

31. El método parece haber mostrado resultados positivos, pues le resultaba doloroso a las autoridades no haberlo introducido en Santa Marta y Cartagena y así “haber evitado la mortandad que allí se ha producido”. AGI, Santafé, 30 de enero de 1783, leg. Audiencia de Santa Fe, 736b.

Las reformas higienistas posteriores a 1783

Fueron los brotes epidémicos que se presentaron en el norte y nororiente neogranadino en las décadas de 1780 y 1790 los que motivaron a las autoridades civiles a estar alerta ante una nueva epidemia, pues era necesario evitar a toda costa una tragedia como la de 1783. Esta situación motivó a las autoridades a poner en marcha una serie de reformas higienistas con el objetivo de prevenir nuevas enfermedades infecciosas. Para ese momento la teoría miasmática-humoral, que argumentaba que la hediondez y la corrupción del aire eran caldo para las epidemias, era el paradigma médico dominante. Es por ello que en una ciudad como Santafé, dominada por la fetidez de sus calles, urgían una serie de reformas higienistas que la libraran de un nuevo evento epidémico.

Es precisamente durante las últimas dos décadas del siglo XVIII que las calles de la ciudad se convierten en una construcción física compuesta por calzada, acera, fachadas y un canal central para las aguas sucias y lluvias (Alzate-Echeverri 2007, 76), y se empedraron las calles que no lo estaban, empezando por las correspondientes a los edificios públicos (Alzate-Echeverri 2007, 82-83). Las basuras también fueron objeto de preocupación. Durante la epidemia de 1802, algunas de las medidas que se emprendieron para impedir la extensión del contagio estuvieron encaminadas a limpiar y recoger la basura de las calles (Alzate-Echeverri 2007, 84-85), condenándose, por ejemplo, el arrojar desechos a las acequias (Alzate-Echeverri 2007, 87). Aunque esta medida ya había entrado en vigencia en 1789, cuando el Cabildo de Santafé ordenó a las autoridades vigilar que se cumpliera dicha orden.³²

El correcto manejo del agua se consideró esencial a finales del siglo XVIII para evitar la insalubridad, pues se creía que las aguas quietas y oscuras exhalaban vapores mortíferos que eran caldo de cultivo para las epidemias; mientras que cuando el agua corría entraba en contacto con el aire y el sol que la renovaban y la purificaban (Alzate-Echeverri 2007, 99-101). Esto explica la construcción de zanjas para facilitar la evacuación de la inmundicia y la inauguración del acueducto San Victorino en 1803, que se sumó al de Agua Vieja y al de Agua Nueva (Alzate-Echeverri 2007, 98).

32. AGN, Santafé, 26 de enero de 1789, Sección Colonia, Fondo Policía, leg. 3, ff. 540r-543v.

Seguramente la reforma higienista más relevante fue la construcción de cementerios, en un momento en el que se empezó a relacionar los entierros en iglesias con la proliferación de las epidemias. Antonio Froes, inspirado en la obra de Tissot, argumentaba que la atmósfera de las iglesias estaba compuesta de una dañina combinación de tres elementos: la humedad del edificio dada su escasa ventilación y a que la mayor parte del día los templos estaban cerrados; la exhalación de los cadáveres en descomposición; y la transpiración de los fieles. La conclusión era que respirar en esta atmósfera resultaba sumamente dañino. Para Froes, las exhalaciones venenosas que emanaban los cuerpos en descomposición y las sepulturas abiertas, al contaminar la atmósfera de las iglesias y a los fieles, daban paso a la propagación de epidemias. De ahí que muchos médicos relacionaran el origen de las pestes con el aire corrupto que se respiraba en las iglesias, aún más en épocas de festividades religiosas. De lo anterior se desprende la propuesta de Froes de enterrar a los óbitos en cementerios a las afueras de los poblados.³³

El 11 de abril de 1790, el virrey Ezpeleta ya había decretado la construcción de un cementerio a las afuera de Santafé;³⁴ sin embargo, las múltiples diligencias burocráticas obligaron a aplazar dicha empresa hasta finales de 1793, cuando el prior del Hospital San Juan de Dios, fray Miguel Ramón, envió una misiva al fiscal expresando sus temores por la posible aparición de una epidemia que podía ser propiciada por la corrupción de los cadáveres que prácticamente estaban en la superficie de la tierra (Alzate-Echeverri 2007, 210-211).

Hoy sabemos que dichas medidas eran insuficientes para combatir enfermedades como la viruela; no obstante, dan testimonio de una actitud que intentaba combatir la resignación a la muerte durante coyunturas epidémicas. Fue esta misma actitud la que propició la práctica de la inoculación desde 1783, y aunque no evitó la tragedia de aquel

33. AGN, Santafé, 6 de julio de 1790, Sección Archivo Anexo – I, Fondo Historia, leg. 3, ff. 452v-457r.

34. Ezpeleta impulsó la construcción de cementerios desde su etapa como gobernador de Cuba. De hecho, el 3 de febrero de 1787 insistía en la necesidad de estos espacios al rey Carlos IV, argumentando que las epidemias “no tenían otro principio, que el de enterrarse en las Iglesias los cadáveres”. “Madrid: presentación informes establecimiento cementerios”, Madrid, 27 de marzo de 1789, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 107, ff. 824r-825r.

año, sí pudo ser responsable de haber evitado una nueva crisis demográfica en 1802.³⁵ Es esta hipótesis la que nos permite explicar por qué la mortalidad en este último año, según el método de Dupâquier, correspondió a una crisis menor.

Una nueva epidemia de viruela: 1802

De cara a la viruela

A mediados de 1801 llegó a oídos del virrey Mendoza y del Cabildo de Santafé información sobre una epidemia de viruela que hacía presencia en Ibagué procedente desde Popayán (Colmenares 1989b, 60). El recuerdo de la epidemia de 1783 persistía, y ante el temor de una nueva calamidad demográfica en Santafé, se ordenó establecer degredos en los caminos que desde Ibagué conducían hacia la capital: en quienes los guardias reconocieran señales de viruela, además de prohibirles el paso, debían hacerles regresar a sus lugares de origen.³⁶ También se ordenó buscar el lugar más cómodo y apropiado para establecer el hospital de virulentos, para lo cual recomendaba escuchar las recomendaciones de un profesor de medicina.³⁷ Lo primordial para las autoridades era evitar el contagio en Santafé, pero en el caso de que aparecieran contagiados, se tendría todo preparado para conducirlos al hospital de degredo.³⁸

Al parecer, el lugar que se escogió como hospital fue la casa de Chapinero, a escasos kilómetros al norte de Santafé, lugar que resultaba práctico dada su comodidad y cercanía para la asistencia del médico y conducción de los enfermos.³⁹

35. No tenemos herramientas para probarlo, pero es probable que entre 1782 y 1783 se hubiera propagado una cepa más grave de la enfermedad, como la plana o la hemorrágica, que generalmente eran mortales. Sobre las formas clínicas de la viruela, véase Franco-Paredes *et al.* (2003, 301-303).

36. “Ibagué, Tocaima, Honda: Medidas evitar propagación epidemia”, Santafé, 11 de junio de 1801, en AGN, Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 44, ff. 496r-498r.

37. “Órdenes al Cabildo de Santafé evitar contagio viruela”, Santafé, 21 de junio de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 33, f. 385r.

38. “Órdenes al Cabildo de Santafé evitar contagio viruela”, Santafé, 21 de junio de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 33, f. 385v.

39. “Órdenes al Cabildo de Santafé evitar contagio viruela”, Santafé, 26 de junio de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 33, f. 388r.

Ahora bien, la naturaleza de estos hospitales era completamente diferente a los actuales hospitales, y parecían estar altamente ligados a la caridad de las instituciones religiosas, pues Meginueta recomendó acudir al Cabildo eclesiástico y solicitar una subvención general para su financiamiento.⁴⁰

El afán por prevenir una tragedia como la de 1783 los obligó a tomar las medidas más convenientes para socorrer a la gente más miserable de Santafé, quienes, según el Cabildo, además de ser las víctimas predilectas de la enfermedad, representaban la tercera parte de la población de la ciudad. Dichas medidas consistían básicamente en establecer degredos en camino a Santafé y la formación de hospitales.⁴¹ Hasta este momento el Hospital San Juan de Dios era el único de la ciudad, pero solo tenía capacidad de atender los padecimientos más comunes y,⁴² aun cuando tuviera la capacidad para asistir enfermos con viruela, las autoridades eran conscientes de lo nocivo que resultaba mezclar ambos tipos de pacientes.⁴³

Retrospectivamente, el virrey Meginueta evaluó de forma positiva su gestión durante 1801. Consideró que sus medidas resultaron exitosas al librar a Santafé de una nueva epidemia de viruela, pero también era consciente de que dichos resultados los condujeron a él y al Cabildo a relajarse, al considerar que la amenaza ya había sido superada (Colmenares 1989b, 62). Y si bien fue cierto que Santafé se libró de una grave epidemia de viruela, no por ello dejó de presentarse un brote

40. “Órdenes al Cabildo de Santafé evitar contagio viruela”, Santafé, 26 de junio de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 33, f. 388r.

41. En opinión del virrey Meginueta, las medidas debían restringirse a Santafé por cuatro razones: el tamaño de su población, que estimaba en treinta mil almas; porque contagiada la ciudad, era inevitable el contagio en los demás partidos de la provincia; porque en la capital se congregaban una importante cantidad de pobres; porque una vez propagado el contagio en Santafé, podría repetirse la tragedia de 1782-1783 (Colmenares 1989b, 61).

42. Se entiende así la advertencia de Fray Manuel de Ramos, quien en una comunicación apuntaba que “si la epidemia de viruelas prende en la ciudad será necesario, ó desalojar de las enfermerías los enfermos que hay en ellas, o no recibir los virulentos, porque ya no caven los enfermos”, en AGN, Santafé, 27 de agosto de 1801, Sección Colonia, Fondo Hospitales y Cementerios, leg. 6, f. 404r.

43. “Santafé: providencia para creación de lazareto”, 2 de julio de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 10, ff. 12r-15r.

de dicha enfermedad, que es precisamente lo que podría explicar el aumento de la mortalidad en agosto de 1801, como se pudo observar en la figura 6.

A principios de junio de 1802 el oidor Hernández de Alba informó al virrey Mendieta sobre el hallazgo de seis personas contagiadas de viruela, que se sumaban a los dos contagiados con la misma enfermedad internados en el Hospital San Juan de Dios. Con la esperanza de evitar la epidemia, el virrey se apersonó de la emergencia, no sin antes sortear un serio conflicto con el Cabildo. Para financiar la urgente necesidad de dotar a Santafé con hospitales, el virrey solicitó hacer uso del caudal de la renta del ramo de los Propios⁴⁴ y del ramo de la Lotería,⁴⁵ a lo cual el Cabildo se negó a contribuir argumentando “insuficiencia en los caudales” en el primer ramo, y a que el dinero acaudalado en el segundo ya estaba destinado para el “establecimiento de una galera o casa de recogidas”. Tal desdén llevó a Mendieta a embargar ambas rentas, dando lugar a una fuerte disputa con el Cabildo que incluso llegó a instancias del rey (Colmenares 1989b, 66-69).

Una vez logró hacerse de los recursos necesarios para financiar su política salubrista, Mendieta ordenó el traslado inmediato de los contagiados al lazareto, siempre y cuando lo permitiera su estado de salud,⁴⁶ y se solicitó a los alcaldes ordinarios, registradores y comisarios de barrio que, en compañía de médicos, recorrieran la ciudad en búsqueda de posibles contagiados ocultos.⁴⁷ Las medidas ejecutadas se hallaban contenidas ya en el bando redactado a mediados de 1801,⁴⁸

44. En los *ramos de propios* se recogían ingresos fiscales destinados a satisfacer gastos de funcionamiento perpetuos necesarios para la operación de la burocracia civil y militar (Muñoz-Rodríguez 2010, 55).

45. Con el *ramo de la lotería* se buscaba generar ingresos fiscales destinados a gastos filantrópicos, como la formación de hospicios y lugares para socorrer a los más desfavorecidos (Pita-Pico 2017).

46. “Documentos emanados del virrey sobre epidemia viruela”, Santafé, 9 de julio de 1793, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 823r. No sabemos con precisión a qué lazareto se refiere, pues la documentación indica que para la atención de los contagiados se formaron tres hospitales, los de Las Aguas, el de la Tercera Orden y el de Belén.

47. “Documentos emanados del virrey sobre epidemia viruela”, Santafé, 9 de julio, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 823v.

48. Puede consultarse en: “Santafé: bando de medidas preventivas contra epidemia viruela”, Santafé, 19 de agosto de 1801, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, ff. 1044r-1045v. En síntesis, dicho bando contenía las medidas que debían ejecutarse antes de que llegara la epidemia: degredos desde Ibagué, la formación del hospital de degredo y la exigencia a los vecinos, boticarios y sangradores, de informar sobre posibles contagiados a los comisarios de barrio.

pero también en las *Justificaciones y Precauciones* puestas en circulación en junio de 1802 —probablemente redactadas en 1801—⁴⁹ por el alcalde ordinario José Miguel de Rivas y por el mayor provincial José Antonio de Ugarte.

Las *Justificaciones* contenían las labores que debían ejecutar los comisarios de barrio, las cuales consistían en informar al Cabildo sobre los nuevos casos de viruela. En caso de dar con un contagiado debían cerciorarse de su condición, y si era necesario, conducirlo al hospital; esto solo en caso de que los granos del enfermo ya no estuvieran blancos.⁵⁰ A los comisarios se les recomendaba llevar una lista de quienes fallecieran por viruela, registrando su nombre, apellido, sexo, edad y clase.⁵¹ Sobre estos funcionarios también pesaba la responsabilidad de cuidar del aseo y limpieza del barrio o cuadra que se encontrara bajo su responsabilidad.⁵²

Las *Precauciones* fueron redactadas con el objetivo de aminorar los estragos de la epidemia. Constaban de diez puntos que pueden agruparse en tres grandes grupos. El primero de ellos consistía en la expulsión de los forasteros ante la urgencia de preservar los víveres indispensables para el consumo de los habitantes

49. Para sorpresa de Megineta, las disposiciones que había ordenado ejecutar en 1801 se habían cumplido solo parcialmente, pues lamentaba que el lazareto que había mandado formar se hallaba abandonado (Colmenares 1989b, 64).

50. Esta diligencia, al parecer, se cumplió a cabalidad. Dentro de la documentación consultada se halló una lista del comisionado don Domingo Camacho, quien encontró diecinueve contagiados de diversas edades, condición y sexo, de los cuales, el facultativo don Honorato Vila, recomendó trasladar a cuatro al lazareto. Véase, “Documentos emanados del Virrey sobre epidemia viruela”, Santafé, 4 de [junio?] de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 848r-849r. Los prisioneros, como fue el caso del indio Juan Florencio Díaz, recluido en la cárcel pública, también recibieron atención médica. Al enterarse de su estado de salud, el oidor don Juan Rodríguez ordenó trasladarlo al Hospital de las Aguas el 9 de noviembre, donde murió nueve días después por viruela. “Diligencias remisión indio enfermo viruelas en cárcel real”, Santafé, 10 y 18 de noviembre de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 114, ff. 236r-238r.

51. “Informe sobre el flagelo de la viruela y recomendaciones”, Santafé, 15 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, f. 317r. La conducción al hospital se realizaba a través de camillas portátiles cargadas por peones pagados.

52. “Informe sobre el flagelo de la viruela y recomendaciones”, Santafé, 15 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, f. 317v.

de Santafé.⁵³ El segundo grupo llamaba la atención sobre la necesidad de vigilar los “pesos y medidas” para evitar las alteraciones en los precios, a la vez que almacenar la mayor cantidad de comestibles para el consumo de los enfermos. En un tercer grupo de puntos, se propuso la publicación de una guía para la práctica de la inoculación, aunque los vecinos solo podrían practicarla con autorización de los diputados y comisarios de barrio, pues las autoridades determinaron que el Hospital de Belén fuera el lugar donde se inocularía permanentemente a los vecinos.⁵⁴

Otra medida destacada durante este evento epidémico fue la orden de enterrar a las víctimas de viruela en cementerios y no en las iglesias.⁵⁵ Aunque por lo que revelan los registros de entierros, esta medida parece haberse cumplido en todas las parroquias de la ciudad excepto en La Catedral —lugar de residencia de la élite santafereña—, pues en los libros de esta última parroquia no se registró ningún óbito enterrado en campo santo. Podría tratarse de una especie de desigualdad ante la muerte, donde la posición social de los vecinos de La Catedral les permitió insistir en la secular tradición de enterrar a sus muertos en iglesias.

Por último, y como prueba del interés del virreinato por anticiparse a los efectos nocivos de la epidemia de viruela, se erigió, además del hospital de Belén, un hospital en la parroquia Las Nieves y otro en el sector de Las Aguas, cuyo establecimiento había sido ordenado por el mismo virrey para atender a los enfermos de viruelas naturales.⁵⁶

53. El abastecimiento se encomendó a los corregidores y justicias de los partidos cercanos a la ciudad, quienes debían reunir los víveres y comestibles sobrantes para conducirlos a Santafé.

54. “Informe sobre el flagelo de la viruela y recomendaciones”, Santafé, 15 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, ff. 319r-319v. En una carta de Mutis a Medinueta, el primero resalta la importancia de la obra de Samuel André Tissot, *Avis au people ssur sa santé* (1761), como uno de los autores médicos más acreditados para el tratamiento de la viruela en la Nueva Granada. Señala que ante la escasez de médicos, la traducción de dicha obra al castellano ha sabido suplirlos para redactar las instrucciones preparadas por mandato de Meginueta (Hernández de Alba 1983b, 166).

55. “Informe sobre el flagelo de la viruela y recomendaciones”, Santafé, 15 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, f. 317v.

56. “Documentos emanados del virrey sobre epidemia viruela”, Santafé, 9 de julio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 826r.

De la *vaccina* a la inoculación

Conocedora del descubrimiento de Edward Jenner,⁵⁷ la administración virreinal redactó una instrucción con la intención de replicar la vacuna contra la viruela en la Nueva Granada. En ella se solicitaba a las haciendas de ganado vacuno, permitieran a los comisionados Francisco Domínguez, Rafael Flórez y Ventura Borda, todos bajo la supervisión de Mutis, buscar la materia vacuna (*vaccina*) entre sus animales. La reflexión que hacían las autoridades neogranadinas era que si la *vaccina* se hallaba entre las vacas europeas, probablemente también la hallarían entre las locales:

Siendo muy probable que las vacas en este continente padezcan también las viruelas como en algunas provincias de Europa, importa mucho solicitar este precioso preservativo, dentro del reyno, para lograrlo fresco y en estado de producir sus efectos.⁵⁸

La intención era inspeccionar en las haciendas de tierra caliente, templada y fría de la provincia de Santafé,⁵⁹ particularmente los partidos de Fontibón, Suba, Cota, Bogotá, Serrezuela, Zipacón y Facatativá.⁶⁰ Recorrieron un significativo número de haciendas durante el mes de junio de 1802,⁶¹ pero los resultados fueron decepcionantes, ya que según los informes de los comisionados, en las vacas no encontraron más que mezquinos. De ahí que Mutis decidiera escribir al virrey Mendoza recomendando que la búsqueda de la *vaccina* fuera más allá de los territorios mencionados:

57. Durante el siglo XVIII en varias partes de Europa se sabía que la infección accidental con el virus de la viruela de las vacas (*cowpox*) podía proteger a los humanos contra el virus de la viruela humana (*variola*). Esta situación era patente en las zonas rurales, donde los ordeñadores que habían sufrido una leve infección por el virus vacuno —generalmente una leve lesión en sus manos— no contraían la *variola*. Esto los libraba de las cicatrices y desfiguraciones que solía dejar la viruela. Jenner realizó el primer estudio científico de vacunación al inocular varios individuos con *Cowpox* y demostrar que posteriormente eran resistentes a la viruela humana (Páez 2004, 301).

58. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 30 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 966r. La precisión que se hacía respecto a la frescura de la *vaccina* era producto de los desafortunados intentos por importar la muestra del virus. En dos oportunidades, por medio de Mutis, se trató de traerla desde España; sin embargo, en ambas ocasiones la muestra se malogró en el camino.

59. La búsqueda en las inmediaciones a Santafé respondía a tratar de evitar que, en caso de hallar la *vaccina*, esta no se estropeara o para que pudiera transportarse la vaca a la ciudad.

60. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 3 a 12 de julio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 954r-962r.

61. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 964r-964v.

Las diligencias no se limiten a estos contornos, porque la humanidad exige que se hagan los mayores esfuerzos para salvar una gran parte de los habitantes del Reyno, que privada de este preservativo, queda expuesta a la fatal ruina experimentada en anteriores epidemias.⁶²

Ante la frustración se intentó buscar la *vaccina* en otras latitudes del imperio. Se escribió una carta al gobernador de Cuba, a quien se solicitó que, en caso de haberse hallado la *vaccina*, se sirvieran de enviar “una porción considerable dividida en dos o mas partes [...] a fin de ver si se logra propagar aquí [en la Nueva Granada]”.⁶³ En caso de que tampoco contaran con ella en la isla, solicitaban enviar el pliego adjunto al cónsul neogranadino en los Estados Unidos, pues tenían noticias que aseguraban que en aquella nación ya contaban con la materia vacuna.⁶⁴ Este ejercicio también resultó infructuoso.⁶⁵

Sin posibilidades de replicar la vacuna, el virrey optó por abandonar la ciudad,⁶⁶ situación que Mutis aprovechó para implementar la inoculación —prohibida intransigentemente por Mendinueta— a fin de controlar la expansión de la viruela (Núñez-Gómez, Sánchez-Martínez y Quevedo 2021, 9-10). Hasta ese momento había cierta reticencia a aprobarla por el abuso del que, se dice, había sido objeto este método entre la población durante la epidemia de 1782-1783.⁶⁷

La inoculación se comenzó a practicar bajo ciertas reglas, y al parecer, fue acogida con entusiasmo entre la población.⁶⁸ Esto no significó que entre los santa-

62. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 30 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 995r-995v.

63. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 30 de junio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 988r.

64. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 19 de julio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 988r.

65. La búsqueda del *cowpox* en América resultó infructuosa debido a que los reservorios naturales del virus son ciertos roedores (*Clethrionomys glareolus* y *Apodemus sylvaticus*) presentes solo en algunos países europeos, quienes contagiaban a las vacas ocasionalmente (Villamil-Jiménez, Esparza y Sotomayor-Tribín 2020, 26).

66. Según el virrey, abandona la ciudad rumbo a Guaduas en razón de atender la salud de su esposa, dejando como encargado del gobierno al oidor Juan Hernández de Alba (Colmenares 1989b, 66).

67. “Documentos emanados del virrey sobre epidemia viruela”, Santafé, 9 de julio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 825v.

68. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 19 de julio de 1802, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, f. 990r.

fereños hubiera ocurrido un cambio de mentalidad, de hecho, la mentalidad culpabilizadora durante los desastres naturales o las epidemias seguirán explicándose —incluso actualmente— como castigos divinos;⁶⁹ implicó simplemente la aceptación de un método —que en definitiva era la aceptación de los avances de la ciencia— capaz de impedir la muerte a causa de la viruela y sus secuelas.⁷⁰

En el informe presentado al Cabildo, José Ugarte y José Rivas señalan que al Hospital de Las Aguas ingresaron 463 personas de ambos sexos, al de la Tercera Orden 255 mujeres, y al de Belén —el único que estaba destinado a la aplicación de la inoculación— 96 personas. De las 814 personas que ingresaron a los tres hospitalares, fallecieron un total de 112 personas: en Las Aguas 65 personas a causa de viruelas naturales, 46 personas en el de la Tercera Orden y una persona en Belén, mostrando así la eficacia de la inoculación (tabla 6).⁷¹

Tabla 6. Balance de atención hospitalaria, epidemia de 1802

Hospital	Entraron	Curaron	Murieron	Existen
Las Aguas	463	397	65	1
Tercera Orden	255	209	46	0
Belén	96	95	1	0
Total	814	701	112	1

Fuente: “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 5 de agosto de 1803, en Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia, sección Colonia, fondo Miscelánea, leg. 2, f. 933v.

69. Para Rodríguez (2019, 269), estas interpretaciones fueron azuzadas por sacerdotes y frailes para quienes tales fenómenos eran consecuencia “de la lascivia, la impiedad y el olvido de Dios”. En otro trabajo, Rodríguez (2010, 240-241) señala que, por ejemplo, tras el terremoto del 12 de marzo de 1812 que destruyó ciudades como Caracas, La Guaira, Barquisimeto o Mérida, se levantaron reacciones contra Simón Bolívar. Una de ellas, proveniente de un cura franciscano, quien pregonaba que el terremoto se trató de castigo divino ante los pecados cometidos contra Fernando VII.

70. Cuando las personas sobrevivían a la viruela heredaban severas cicatrices cutáneas, particularmente en el rostro. También podía provocar ceguera permanente o retraso mental (Cramaussel 2008, 102).

71. “Estadísticas de hacienda para la vacunación contra la viruela”, Santafé, 5 de agosto de 1803, en AGN, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 2, ff. 933r-933v.

Conclusiones

Los datos de mortalidad recabados de los registros parroquiales de la ciudad de Santafé, permitieron medir la intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802. A pesar de tratarse del mismo patógeno, ambos eventos presentaron efectos muy diferentes sobre la dinámica de la mortalidad: según el método de Dupâquier la primera de ellas correspondió a una súper crisis demográfica, mientras que la segunda se trató de una crisis menor. Tal contraste en parte obedeció a las medidas higienistas, inspiradas en el paradigma miasmático-humoral, emprendidas tras la crisis de 1783: construcción de un cementerio, el empedramiento y continuo aseo de las calles, obras para un correcto manejo del agua, entre otras.

La fatalidad ocurrida en 1782-1783 se explica, en parte, por la reticencia que imperaba entre las autoridades y parte de la población santafereña a poner en práctica la inoculación, la cual había demostrado ser eficaz para prevenir la viruela. Solo hasta que la viruela arrasaba sin piedad con la población santafereña, y luego de recibir algunos informes que respaldaban su eficacia, a finales de enero de 1783, el virrey aprobó oficialmente la inoculación. Lamentablemente, ya era tarde para prevenir la tragedia. La orden de Caballero y Góngora de publicar el *Método* para curar las viruelas y unas *Instrucciones* para regular la inoculación, permiten suponer que parte de la población ya la practicaba sin ningún control, situación que, se insinúa en 1802, había agravado la crisis de 1783, y justifica, en parte, la reticencia de las autoridades para aprobarlo en 1802.

Esta investigación parece haber dado cuenta de que, contrario a lo que la historiografía había señalado, Santafé sí pudo haberse visto afectada por un brote de viruela en agosto de 1801 —que se extendió desde el suroccidente de la Nueva Granada— la cual parece se convirtió en endemia, dando origen al referenciado brote de 1802, y probablemente uno más en 1803. Sea que esta hipótesis resulte cierta o no, la epidemia de 1782-1783 había dejado algunas lecciones. Cuando se detectaron los primeros contagiados por viruela en 1802, se tenían listos tres hospitales dedicados a atender a los pacientes, se conformó una Junta de Sanidad y se intentó replicar la vacuna de Jenner. Este último objetivo resultó infructuoso, situación que obligó a las

autoridades a implementar la inoculación, esta vez, bajo un riguroso control, pues se dispuso al Hospital de Belén para inocular a los vecinos. Todas estas medidas coadyuvaron para que la intensidad del contagio se redujera a su mínima expresión.

Referencias

- Aguilera-Núñez, Ana Rosalía. 2017. “El Valle de Tlacolula, Oaxaca, bajo los efectos de la epidemia de *matlazahuatl*, 1738–1739”. En *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobre mortalidades con incidencia en la población adulta del siglo XVII al XIX*, coordinado por José Gustavo González-Flores, 65-85. Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Aguirre, César. 2016. “La sociedad como cuerpo. Santafé y la enfermedad de las viruelas a finales del siglo XVIII e inicios del XIX”. Tesis de maestría, Universidad de los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/13896/u753732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alfani, Guido, y Tommy E. Murphy. 2017. “Plague and Lethal Epidemics in the Pre-industrial World”. *The Journal of Economic History* 77 (1): 314-343. <https://doi.org/10.1017/S0022050717000092>
- Alfaro-Pérez, Francisco José, y Francisco Javier Marichalar-Vigier. 2020. “La peste en España a mediados del siglo XVII (1647-1654). Medidas profilácticas y repercusiones comerciales”. *Investigaciones de Historia Económica* 16 (4): 23-34. <https://doi.org/10.33231/j.ihe.2020.10.006>
- Alzate-Echeverri, Adriana. 2002. “Devociones políticas y oratoria salubrista. Sobre un plan de reforma hospitalaria en la Nueva Granada (1790)”. *Historia Crítica* 23: 51-72. <https://doi.org/10.7440/histcrit23.2002.03>
- Alzate-Echeverri, Adriana. 2005. “Los manuales de salud en la Nueva Granada (1760-1810). ¿El remedio al pie de la letra?”. *Fronteras de la Historia* 10: 209-252. <https://doi.org/10.22380/20274688.587>

Alzate-Echeverri, Adriana. 2007. *Suciedad y orden. Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada, 1760-1810*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Bogotá (AHAB), Bogotá-Colombia. Parroquia San Victorino (PSV). Libro de Entierros 1, Libro de entierros 2, Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

Archivo Histórico de la Catedral Primada de Bogotá (AHCPB), Bogotá-Colombia. Libro de entierros 1, Libro de entierros 2.

Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia. Sección Colonia, Fondos: Hospitales y Cementerios, Milicias y Marina, Miscelánea y Policía. Sección Archivo Anexo – I. Fondo Historia.

Archivo General de las Indias (AGI), Sevilla-España. Legajo Audiencia de Santafé.

Bejarano-Rodríguez, Cristhian. 2021a. “Epidemias y muerte en la ciudad de Santafé (1739-1810)”. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80062>

Bejarano-Rodríguez, Cristhian. 2021b. “La epidemia de viruela de 1782-1783 y sus efectos sobre la mortalidad en Santafé, virreinato de Nueva Granada”. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 42 (166): 68-99. <http://dx.doi.org/10.24901/rehs.v42i166.843>

Bejarano-Rodríguez, Cristhian. 2023. “Epidemias y su impacto sobre la mortalidad en Santafé, Nueva Granada, 1739-1800”. *Fronteras de la Historia* 28 (1): 237-270. <https://doi.org/10.22380/20274688.2390>

Beltrán, José Luis. 2015. “El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia”. *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo* 48: 19-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5287331>

Biblioteca del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – Documentos parroquiales de Bogotá (ICANH-DPB), Bogotá-Colombia. Parroquia Las Nieves (PLN). Libro 1 de defunciones 1683-1807, t. I y II, Libro cuarto de entierros (1808), Entierros (1737-1754). Bautismos de negros y mulatos (1776-1804). Parroquia Santa Bárbara (PSB). *Partidas de Entierros 1732, Partidas de Entierros 1788.*

Caballero, José María. 1974. *Diario de la Independencia*. Bogotá: Biblioteca Banco Popular.

Cipolla, Carlo. 1993. *Contra un enemigo invisible*. Barcelona: Crítica.

Colmenares, Germán. 1989a. *Relaciones e informes de los gobernantes de la Nueva Granada*. Tomo 2. Bogotá: Biblioteca Banco Popular.

Colmenares, Germán. 1989b. *Relaciones e informes de los gobernantes de la Nueva Granada*. Tomo 3. Bogotá: Biblioteca Banco Popular.

Cramaussel, Chantal. 2008. “La lucha contra la viruela en Chihuahua durante el siglo XIX”. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 29 (114): 101-132.

Díaz, Camilo. 2007. “Las epidemias en la Cartagena de Indias del siglo XVI-XVII: una aproximación a los discursos de la salud y el impacto de las epidemias y los matices ideológicos subyacentes en la sociedad colonial”. *Memorias* 6: 1-19. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/memorias/article/view/324>

Elias, Norbert. 1987. *La soledad de los moribundos*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Franco-Paredes, Carlos, Carlos del Río, Margarita Nava-Frías, Sigifredo Rangel-Frausto, Ildefonso Téllez, y José Ignacio Santos-Preciado. 2003. “Enfrentando el bioterrorismo: aspectos epidemiológicos, clínicos y preventivos de la viruela”. *Salud Pública de México* 45 (4): 298-309.

- Frías-Núñez, Marcelo. 1992. *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial de Antiguo Régimen (Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX: las epidemias de viruelas)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- González-Flores, Gustavo. 2015. “Crisis de subsistencia y epidemias en Taximaroa (1763-1814). Consecuencias en la población adulta”. *Letras Históricas* 13: 35-57.
- González-Flores, Gustavo. 2016. “La fatídica década de 1780 en una parroquia de Michoacán: epidemias y consecuencias demográficas en Taximaroa, 1780-1790”. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 37 (146): 83-118. <https://www.revistarelaciones.com/index.php/relaciones/article/view/9>
- Gutiérrez-Beltrán, Andrea. 2007. “Las epidemias de viruela en la ciudad de Tunja: 1780-1810. La junta de vacuna”. Documento final entregado al ICANH – promoción a la investigación en historia colonial. Bogotá. <https://www.icanh.gov.co/?idcategoria=6503>
- Henry, Louis. 1983. *Manual de demografía histórica*. Barcelona: Crítica.
- Hernández de Alba, Guillermo. 1983a. *Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis*. Tomo 1. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- Hernández de Alba, Guillermo. 1983b. *Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis*. Tomo 2. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- Hernández de Alba, Guillermo. 1983c. *Escritos científicos de don José Celestino Mutis*. Tomo 1. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- Institutos Geográficos Iberoamericanos. 1791. *Transcripción esquemática del “Plano geométrico de la ciudad de Santa Fe de Bogotá”*. Domingo Esquiaqui. http://www.geoinstitutos.com/serv_cartg/sqm_bogota.html

Jori, Gerard. 2012. “La política de la salud en el pensamiento ilustrado español. Principales aportaciones teóricas”. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 16 (418). <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-418/sn-418-16.htm>

Lozano, Diana. 2012. *Principios de epidemiología*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Magaña, Mario. 2010. “Las epidemias en la península de Baja California entre 1769 y 1784, con especial hincapié en la magnitud y el significado de la viruela”. En *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. La viruela antes de la introducción de la vacuna*, volumen 1, editado por Chantal Cramaussel, 37-58. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Martínez-Martín, Abel Fernando, y Andrés Ricardo Otálora-Cascante. 2019. “Una celestial medicina. La Virgen de Chiquinquirá y las pestes de 1587 y 1633 en Tunja”. *Procesos. Revistas Ecuatoriana de Historia* 50: 41-68. <https://doi.org/10.29078/rp.voi50.807>

Muñoz-Rodríguez, Edwin Alexander. 2010. “Estructura del gasto y del ingreso en la Caja Real de Santafé, 1803-1815”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 37 (2): 45-85. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/19183>

Núñez-Gómez, María, María Sánchez-Martínez, y Emilio Quevedo. 2021. “Viruela en Santiago, Concepción y Santafé: comparación de estrategias higienistas ilustradas (1782-1807)”. *Revista Ciencias de la Salud* 19 (Especial): 1-22. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10594>

Oliver-Sánchez, Lilia V. 2005. “Intensidad de las crisis demográficas en las ciudades de México y Guadalajara, 1800-1850”. *Takwá* (8): 13-36. http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/takwa/Takwa8/lilia_oliver.pdf

- Páez, Eduardo. 2004. “El origen de la vacuna de la viruela”. En *La Expedición Filantrópica de la vacuna. Doscientos años de lucha contra la viruela*, editado por Susana Ramírez , Luis Valenciano, Rafael Nájera y Luis Enjuanes, 299-311. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Phelan, John-Leddy. 1980. *El pueblo y el rey. La revolución comunera en Colombia, 1781*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Pita-Pico, Roger. 2017. “Los inicios del juego de lotería en Colombia: entre la suerte, el control social y el beneficio público”. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 22 (1): 169-192. <http://dx.doi.org/10.18273/revanu.v22n1-2017007>
- Quevedo, Emilio. 2005. “El modelo higienista en el ‘Nuevo Reyno de Granada’ durante los siglos XVI y XVII”. *Revista de la Facultad de Medicina* 53 (1): 46-52.
- Quevedo, Emilio, y Camilo Duque. 2002. *Historia de la cátedra de medicina, 1653-1865*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rodríguez, Ana Luz. 1999. *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales. Una mirada al tejido social de la Independencia*. Bogotá: Banco de la República - El Áncora.
- Rodríguez, Pablo. 2010. “Miedo, religiosidad y política: a propósito del terremoto de 1812”. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 14 (2): 237-260. <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/243>
- Rodríguez, Pablo. 2019. “Los demonios del convento. El caso de las monjas del convento de Santa Clara, Trujillo, Perú, siglo XVII”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 46 (2): 261-293. <http://dx.doi.org/10.15446/achsc.v46n2.78221>
- Silva, Renán. 2007. *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de la Nueva Granada*. Medellín: La Carreta.

Sköld, Peter. 1999. "Historia de la viruela en Suecia y su prevención". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 17 (2): 141-169. file:///E:/Backup_Ana_CentroEditorial/Descargas/Dialnet-HistoriaDeLaViruelaEnSueciaYSu-Prevencion-241770.pdf

Stangl, Werner, ed. 2021. *HGIS de las Indias (Proyecto FWF, P 26379-G18, 2015-2019)*. www.hgis-indias.net

Torres, Carmen, y Chantal Cramaussel. 2017. Estudio introductorio a *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (siglos XVII-XX)*, editado por Carmen Torres y Chantal Cramaussel, 9-39. Zamora - Hermosillo: El Colegio de Michoacán - El Colegio de Sonora.

Vejarano-Alvarado, Fernán. 1998. *Nacer, casarse y morir. Un estudio de demografía histórica*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Vélez-Villaquirán, Luz Amparo. 2019. "Epidemia de disentería en Cali, 1809-1810. Consecuencias sociales y demográficas". *Fronteras de la Historia* 24 (2): 162-194. <https://doi.org/10.22380/20274688.612>

Villamarín, Juan A., y Judith E. Villamarín. 2000. "Epidemias y despoblación en la Sabana de Bogotá, 1536-1810". En *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en hispanoamérica colonial*, coordinado por W. George Lovell y Noble Davis Cook, 141-166. Quito: Abya-Yala.

Villamil-Jiménez, Luis Carlos, José Esparza, y Hugo Sotomayor-Tribín. 2020. *Viruela en Colombia. De la Real Expedición Filantrópica al parque de vacunación*. Bogotá: Universidad de la Salle.





La epidemia de viruela de 1796-1797 en Oaxaca (Méjico): variolización, discursos, (re)acciones e impacto demográfico

Ana-Rosalía Aguilera-Núñez*

Universidad de Guanajuato, México

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102962>

Recepción: 31 de mayo de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 25 de octubre de 2022

Resumen

En este artículo se analiza la epidemia de viruela de 1796-1797 en la parroquia de Teotitlán del Valle y en la ciudad de Antequera, bajo un enfoque social y demográfico, el cual permitirá conocer, por un lado, las acciones de las autoridades civiles, eclesiásticas y médicas para frenar el avance de la epidemia y las reacciones de la población ante estas y, por el otro, los efectos demográficos de la viruela, principalmente, en las personas que nacieron después de la epidemia de 1780. El discurso de las autoridades y la población se analizó a partir de documentos de archivo, mientras que la información parroquial que da sustento al trabajo demográfico con el método agregativo. Se pudo observar que la intensidad de la epidemia fue menos mortífera, en relación con la precedente, debido probablemente a la aplicación de medidas como la variolización y el aislamiento de los enfermos, pero estas no fueron del todo aceptadas y se suscitaron ciertas “reacciones” en contra.

Palabras clave: epidemia; viruela; variolización; Teotitlán del Valle; Antequera de Oaxaca; demografía.

* Doctora en Ciencias Sociales, con orientación en Historia, por la Universidad de Guadalajara, México. Actualmente se encuentra realizando una estancia posdoctoral en la Universidad de Guanajuato, México. Este artículo es resultado de la investigación realizada en el marco del proyecto “La población de la parroquia de León, Guanajuato a principios del siglo XIX (1800-1820). Impacto demográfico de la epidemia de ‘fiebres malignas’ o tifo”, contó con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), en el programa Estancias Posdoctorales por México. Correo electrónico quimichin_9@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0001-7103-5655>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Aguilera-Núñez, Ana-Rosalía. 2023. “La epidemia de viruela de 1796-1797 en Oaxaca (Méjico): variolización, discursos, (re)acciones e impacto demográfico”. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 167-204. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102962>

The Smallpox Epidemic of 1796-1797 in Oaxaca (Mexico): Variolation, Discourses, (Re)actions and Demographic Impact

Abstract

This article analyzes the smallpox epidemic of 1796-1797 in the parish of Teotitlán del Valle and in the city of Antequera, under a social and demographic approach, which will allow to know, on the one hand, the actions of the civil, ecclesiastical and medical authorities to slow down the progress of the epidemic and the reactions of the population to these and, on the other hand, the demographic effects of smallpox, mainly on people who were born after the epidemic of 1780. The discourse of the authorities and the population was analyzed from archival documents, while the parish information that gives support to the demographic work with the aggregative method. It could be observed that the intensity of the epidemic was less deadly, in relation to the previous one, probably due to the application of measures such as variolation and isolation of the patients, but these were not completely accepted, and certain “reactions” were provoked against them.

Keywords: epidemic; smallpox; variolation; Teotitlán del Valle; Antequera of Oaxaca; demography.

A epidemia de varíola de 1796-1797 em Oaxaca (México): variolização, discursos, (re)ações e impacto demográfico

Resumo

Este artigo analisa a epidemia de varíola de 1796-1797 na paróquia de Teotitlán del Valle e na cidade de Antequera de um ponto de vista social e demográfico, o que nos permitirá compreender, por um lado, as ações das autoridades civis, eclesiásticas e médicas para travar o avanço da epidemia e as reações da população a essas ações e, por outro lado, os efeitos demográficos da varíola, principalmente nas pessoas nascidas após a epidemia. Por outro lado, serão também estudados os efeitos demográficos da varíola, principalmente nas pessoas nascidas após a epidemia de 1780. O discurso das autoridades e da população foi analisado com base em documentos de arquivo, enquanto a informação paroquial subjacente ao trabalho demográfico foi analisada através do método de agregação. Pode observar-se que a intensidade da epidemia foi menos mortífera do que a anterior, provavelmente devido à aplicação de medidas como a variolização e o isolamento dos doentes, mas estas não foram totalmente aceites e houve algumas “reações” contra elas.

Palavras-chave: epidemia; varíola; variolização; Teotitlán del Valle; Antequera de Oaxaca; demografia.

Introducción

A finales del siglo XVIII los habitantes de la Nueva España, en general, y los de Oaxaca, en particular, se vieron inmersos en una epidemia más de viruela, como venía sucediendo de forma constante desde que llegaron en el siglo XVI los españoles. La viruela fue considerada como “el más terrible de todos los ministros de la muerte” (Valdés-Aguilar 2010, 27) por ser la enfermedad epidémica que más vidas se llevó a la tumba, por los síntomas que la acompañaban y por las secuelas que dejaba en los sobrevivientes, como marcas en la piel, ceguera o retraso mental. Sin embargo, a finales del siglo XVIII los decesos por esta enfermedad habían disminuido a raíz de que la población se había hecho cada vez más resistente biológicamente a este padecimiento a través del lento proceso de la selección natural (Canales-Guerrero 2010) y a la implementación de la inoculación o variolización.

La inoculación o variolización, según Cooper, era un “preventivo muy útil contra la viruela” (1980, 85); este consistía en trasplantar pus de los virulentos a personas sanas con el fin de generar un contagio benigno y se aplicó por primera vez en la Nueva España en 1779; esta práctica estuvo a cargo de Esteban Morel.

El descubrimiento de la vacuna por el médico inglés Eduard Jenner en 1796, así como su introducción y difusión en la Nueva España (Méjico) iniciada en 1804, a cargo de Francisco Xavier de Balmis, fueron acontecimientos que marcaron la historia de las epidemias de viruela, pues su presencia fue cada vez menor, disminuyeron las muertes por esta enfermedad y el impacto demográfico que causaban también. Respecto de la vacuna, Ortega señaló que era una “saludable enfermedad artificial” que “Dios la crió [sic] para destruir con su práctica la viruela; el hombre prudente debe usarla como su áncora de salvación” (Ortega-Reyes 1873, 126). La viruela se erradicó hasta el siglo XX; en 1952 en México (Bustamante 1992) y en 1980 en el mundo (Valdés-Aguilar 2010).

El primer lugar del virreinato en verse bajo los efectos de la epidemia de viruela de 1796-1797 fue la provincia de Tehuantepec, frontera con la capitanía de Guatemala de donde llegó el contagio. La enfermedad entró tanto por tierra como

por mar en mayo de 1795 vía Tonalá, Chiapas, pero ya desde marzo de 1793 había casos de viruela en Campeche, de allí pasó a Tabasco en febrero de 1794, luego a Ciudad Real de Chiapas en octubre de 1794 y, finalmente, a Tonalá (Machuca 2010). Sobre el lento avance de la enfermedad entre estos lugares, Cramaussel apunta que pudo estar influenciada por la baja densidad demográfica y por las pocas comunicaciones entre los lugares como Tabasco y Chiapas (2010).

El avance del contagio, a partir de Tehuantepec, se dio a través de caminos principales o reales y secundarios o extraviados, señal de que el comercio y la movilización de la población jugaron un papel importante en la difusión del virus, ya que es una enfermedad que se transmite por contacto directo. Una vez en la capital virreinal en agosto de 1797 (Espinoza y Miranda 2010; Trejo-Moreno 2016) la viruela se extendió a gran parte del territorio novohispano, como el altiplano central, el occidente, el bajío y el norte (Cramaussel 2010).

Ante este contexto general, el objetivo de este artículo es analizar el impacto de la epidemia de viruela de 1796-1797 en la parroquia de Teotitlán del Valle y en la ciudad de Antequera bajo dos enfoques: uno social y otro demográfico. En el primero, se presentan, por una parte, las acciones puestas en práctica por las autoridades civiles, médicas y eclesiásticas para frenar la epidemia, como el aislamiento de los enfermos, el cierre de las comunicaciones y la variolización; por otra, las reacciones de la población, entre ellas, esconder a sus enfermos, extraerlos del hospital o casa de curación y desatar un “alboroto”. En el segundo, se busca estudiar los efectos de la epidemia, el tiempo que duró, así como la mortalidad diferencial entre niños y adultos.

Las fuentes principales para el análisis son dos: la primera, los archivos parroquiales, en específico los libros de entierros de Teotitlán del Valle de 1794 a 1798 y los de la ciudad de Antequera de 1797; la segunda, documentos de archivo, principalmente, con los informes que rindieron las autoridades oaxaqueñas ante la situación de salud pública que se estaba padeciendo.¹ La consulta y revisión de los libros de entierros se

1. La ortografía y la puntuación de las citas de documentos de archivo se actualizaron y se incluyeron el nombre completo de las abreviaturas.

realizó a través de la página de internet www.familysearch.org de la Sociedad Genealógica de Utah, de la Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días, los “mormones”. Con la información de las partidas de entierro se elaboró una base de datos en el programa Excel y el análisis se realizó a través de conteos de variables, pero sin distinguir individuos; se trabajó de manera separada los registros de niños y de adultos debido a que cada grupo constituye una variable demográfica y sumarlos indistintamente no hubiera permitido observar el impacto desigual que sufrieron por las epidemias.

Respecto de las acciones y reacciones de las autoridades y la población india, principalmente, se consultaron expedientes en relación con la epidemia en Teotitlán del Valle y en la ciudad de Antequera con el fin de analizar el discurso de ambas partes; en este, las unidades de información que se buscaron fueron los actores participantes, las acciones que llevaron a cabo estos, los argumentos que dieron para conseguir su objetivo o defender su posición, así como la manera de calificar la posición del otro.

El artículo se divide en cuatro partes: en la primera se presenta la región de estudio, en la segunda las características de la enfermedad de la viruela y las medidas preventivas que se pusieron en práctica durante el desarrollo de la epidemia; en la tercera, se mencionan las acciones y reacciones que se suscitaron debido a esta situación; finalmente, en la cuarta, se analiza el impacto demográfico de la epidemia.

El área de estudio: valles centrales oaxaqueños

El espacio geográfico que se analiza en este trabajo es la ciudad de Antequera y la parroquia de Teotitlán del Valle; ambas se ubican en el centro del actual estado de Oaxaca, en la región de los Valles centrales, y era paso obligado de las rutas que conectaban el altiplano central con el Reino de Guatemala y viceversa; además, era eje comercial de productos agrícolas, ganaderos y bienes materiales.

El valle de Tlacolula era atravesado por el camino real —hoy carretera Panamericana— y, por esta vía de comunicación que era paso obligado hacia o desde el centro de México o el Soconusco, transitaron en la época colonial forasteros, comerciantes, viajeros y religiosos, acompañados de mercancías, mandatos, enfermedades

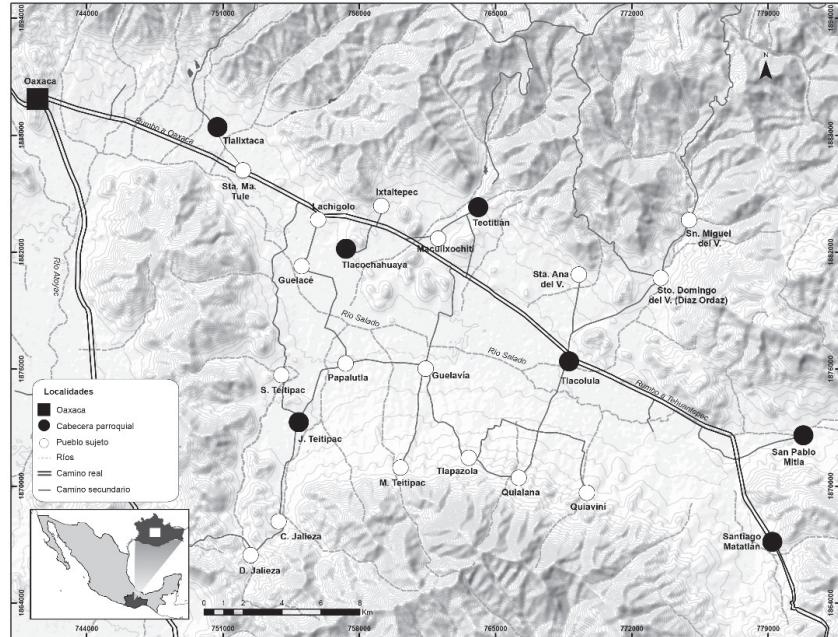
y vacunas. El camino real, al igual que los secundarios, fueron la ruta principal por donde se difundió la epidemia de viruela de Tehuantepec hacia la ciudad de México, pasando por Teotitlán del Valle y la ciudad de Antequera (Aguilera-Núñez 2019).

La parroquia de Teotitlán del Valle estaba formada por tres pueblos sujetos en el siglo XVIII: Santo Domingo —hoy Díaz Ordaz—, Santa Ana y San Miguel, los tres de apellido del Valle, además de dos cabeceras: Tlacolula y Teotitlán (figura 1). Las jurisdicciones eclesiásticas que colindaban con la parroquia de Teotitlán eran Tlacoctahuaya —formada por cinco pueblos— y Teitipac —formada por diez pueblos—. La actividad principal de Teotitlán era la elaboración de mantas y tejidos de lana, junto con la agricultura de autoconsumo —maíz, frijol y calabaza— y era habitado principalmente por población india (98.35 %) (Aguilera-Núñez 2019).

Por su parte, la ciudad de Antequera adquirió el título de villa en 1526 y contaba con una población de unas 50 familias y estuvo limitada por los pueblos de San Martín Mexicapan y Santo Tomás Xochimilco (Chance 1993), La fundación de la villa tuvo como eje principal ejercer el control territorial y social de la nueva región conquistada. Romero señala que la ciudad española de Antequera, a pesar de su reducido tamaño, era “un símbolo innegable del nuevo poder que se iba imponiendo” (Romero-Frizzi 2011, 62), fue cabecera de alcaldía mayor en 1529, de obispado en 1531 y sede de Intendencia en 1786.

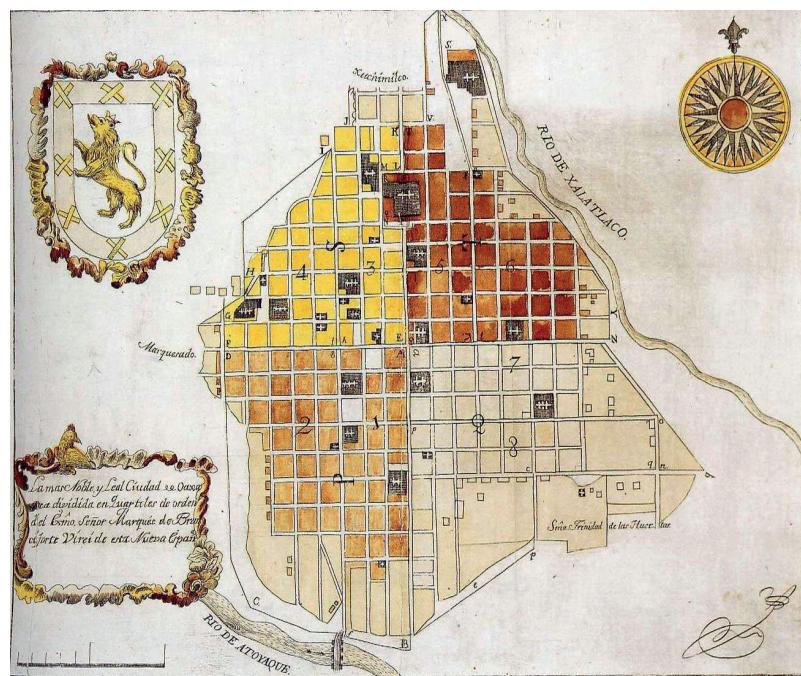
En 1795 Antequera fue dividida en cuatro cuarteles mayores y ocho menores (figura 2) por orden del virrey Branciforte para una mejor administración de la ciudad. Su subsistencia dependía de los pueblos vecinos que la proveían de los insumos necesarios, en una estrecha relación campo-ciudad (Sánchez-García 2013). Antequera era habitada por indios y diferentes castas. Con base en el padrón de 1793 se sabe que la mayoría de la población era española (56.48 %), seguían los indios (27.97 %), las castas (13.26 %) y los miembros de la iglesia —clérigos, religiosos y religiosas— (2.30 %) (Aguilera-Núñez 2019). Al ser Antequera una ciudad habitada principalmente por españoles, Sánchez apunta que era una “‘isla blanca’ rodeada no solo por una infinidad de pueblos indígenas de los Valles Centrales sino también por una creciente población racialmente heterogénea” (Sánchez-Silva 1998, 48).

Figura 1. Parroquia de Teotitlán del Valle y pueblos comarcanos, Valle de Tlacolula, Oaxaca



Fuente: Cartas topográficas, E14D48 y E14D58, escala 1:50 000. Dibujó: Dante Lázaro, 2016.

Figura 2. Plano de la ciudad de Oaxaca dividida en cuarteles, 1795



Fuente: Archivo General de la Nación (AGN), Ciudad de México-México, Sección Gobierno Virreinal, Serie Bandos, 1795, Cat. ils. 3181.1, vol. 18, f. 182, <https://casadelaciudad.org/la-historia-de-oaxaca-a-traves-de-sus-planos/>

La ubicación estratégica de la ciudad de Antequera hizo que fuera el centro urbano más importante entre Puebla y el Reino de Guatemala (Chance 1993), la ruta comercial entre el altiplano central y el Soconusco, así como el eje comercial de una región caracterizada por la producción de grana cochinilla (Hamnett 2013).

Viruela: enfermedad y medidas preventivas

La viruela era una enfermedad producida por el virus *variola*, del género *Orthopoxvirus*, y era infectocontagiosa, aguda y febril; los únicos reservorios eran los seres humanos. El contagio se transmitía de una persona enferma a una sana por: el contacto directo y cercano a través de la inhalación de las gotitas salivales que contenían el virus; el aire que se contaminaba con la descamación de los exantemas propios de la viruela; el contacto con objetos infectados, como sábanas, cobijas, fundas o ropa (Valdés-Aguilar 2010).

La sintomatología que acompañaba a los viroles iba en función de los cinco períodos por los que pasaba la enfermedad en el cuerpo humano en su estado natural: incubación, invasión, erupción, maduración y descamación. En la tabla 1 se pueden leer, además de los períodos, la duración y los síntomas, los remedios de la época implementados en la curación de los contagiados y la gravedad de la enfermedad.

Las medidas preventivas puestas en práctica durante el desarrollo de la epidemia de 1796-1797 para “preservar a los pueblos de viruelas y librarse de los lamentables como notorios estragos que causan, hasta lograr la completa extinción de ellas”² se basaban en la “Disertación sobre el método de preservar a los pueblos de viruelas” que redactó el cirujano del Real sitio y monasterio de San Lorenzo, Francisco Gil, en abril de 1785 y que fue reimpronta en agosto de 1796 en la capital novohispana.³ El extracto de la disertación consta de 18 puntos y se puso el acento en dos: la separación de las personas enfermas de las sanas y el cierre de las

2. Archivo General de la Nación (AGN), Ciudad de México-Méjico, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 7, exp. 1, f. 18.

3. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 11, exp. 1, f. 1.

comunicaciones con los pueblos infestados. Los viroentes debían ser trasladados a una ermita, casa de curación u hospital ubicado en paraje saludable, lejos de caminos y de la población, ahí pasarían toda su estancia hasta quedar libres de la enfermedad; el cuidado “con dulzura y humanidad” correría a cargo de los facultativos; además, las autoridades civiles pondrían cercos sanitarios o cuarentenas para evitar todo comercio y comunicación con los lugares ya contagiados para impedir la difusión de la enfermedad.⁴

Tabla 1. Periodos, duración, síntomas, métodos curativos de la viruela y gravedad de la enfermedad

Periodos	Duración ⁽¹⁾	Síntomas ⁽²⁾	“remedios físicos” ⁽³⁾	Gravedad de la enfermedad ⁽⁴⁾
Incubación	de 7 a 17 días	El virus se aloja en el cuerpo humano, no se presenta ningún síntoma.		el enfermo “quizá” se sienta bien.
Invasión	de 2 a 4 días	Escalofríos fuertes, calentura, sequedad de la piel, dolores de cabeza, de cintura, vómitos biliosos o “basca”, “quebrantamiento de brazos y piernas”, delirio.	Dar al enfermo agua tibia con sal, hacer lavativas con agua de malvas y miel “prieta”, dar agua lo más caliente que se pueda con azúcar y acostarlo bien abrigado. Dar agua cocida con amapola, o con flor de borraja con salitre o sal prunela y atole.	“es poco frecuente” que la enfermedad sea contagiosa. Algunos enfermos pueden fallecer
Erupción	de 8 a 9 días	Las “manchitas rojas” que se convierten en “granillos” empiezan a brotar siguiendo el orden de cabeza a pies. Una vez en estado maduro se rodean de un círculo rojo.	Hacer gárgaras de agua y vinagre o de atole acedo y limpiar los ojos con agua pura.	Es contagiosa. “sucumben muchos enfermos”
Maduración	de 3 a 9 días	La fiebre reaparece y los “granillos” se llenan de un líquido opaco “purulento” y se forma en su centro un aplastamiento conocido como ombligo.	Dar un poco de migas bien cocidas con sal, peras o manzanas cocidas. Untar los granos de la viruela con aceite vulgar o de almendras dulces o de ajonjoli. Romper las viruelas y oprimirlas con un poco de hilas suaves para evitar cicatrices y hoyos.	Por las complicaciones mismas de la enfermedad hay “mayor número de víctimas”
Descamación	de 15 a 25 días	En este periodo podían ocurrir dos cosas, una, que los “granillos” se rompiéran y dejaran salir un pus que se secaba al entrar en contacto con la piel y después de unos días se caía dejando una marca profunda y, dos, que el pus de los “granillos” se absorbía en el cuerpo, lo que provocaba calentura, fríos irregulares, delirio, ansiedad y la muerte.	Hacer al convaleciente un purgante suave.	El enfermo sigue siendo contagioso, hasta que todas las costras se han caído. Suelen morir algunos enfermos.

Fuente: Ortega-Reyes (1873, 7-11); Valdés (2010, 29-30); AGN, Sección Infidente Virreinal, exp. 32, vol. 11, f. s/n. Citado en Severo-Sánchez (2013); Flores (1971).

4. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 7, exp. 1, ff. 9-14v.

El hecho de que las dos medidas centrales para prevenir la propagación de la viruela fueran el aislamiento de los lugares infestados y el resguardo de los viro lentos en una casa de curación, es señal de que ya se empezaba a tener conocimiento, tanto por la experiencia adquirida a raíz de la constante presencia de epidemias como por los dictámenes generales de los médicos, sobre la forma de cómo se propagaba la enfermedad. Como se verá, las recomendaciones propuestas por Francisco Gil se pusieron en práctica tanto en Teotitlán del Valle como en la ciudad de Antequera, pero su aplicación trajo consigo algunos “perjuicios” a la población.

Otra de las medidas implementadas para frenar los avances de la epidemia de 1796-1797 fue la inoculación o variolización;⁵ este método consistía en trasplantar a través de una lanceta o aguja pus de los granos de viruela “de buena calidad” de una persona enferma a una sana; se recomendaba que la introducción del pus se hiciera superficialmente, es decir, no debía llegar hasta el músculo y el lugar más apropiado para llevarla a cabo era entre en dedo índice y el pulgar, procurando que saliera la menor cantidad posible de sangre⁶ (Flores 1971). Con el nuevo procedimiento se buscaba provocar un contagio atenuado y benigno con mayores posibilidades de sobrevivir que si se diera de forma natural.

Con base en el “Método claro, sencillo y fácil para practicar la inoculación de viruelas”, que el protomedicato mandó publicar en 1797 a petición del virrey marqués de Branciforte, se debían cumplir y seguir varias recomendaciones para obtener los mayores beneficios de la inoculación. En primer lugar, podrían inocularse todos los niños que jamás habían tenido viruelas naturales o que se dudara que hubieran sido legítimas; segundo, que debían ser sanos, robustos, libres de enfermedades manifiestas, no estar en su etapa de dentición y las niñas no encontrarse en su periodo menstrual o próximo a él; en tercero, que una semana o dos antes de la inoculación la persona debía abstenerse de consumir carne gruesa y salada, picante, bebidas ardientes y de ejercicio fuerte; por último, que una vez hecha la variolización se debía cuidar al enfermo para su pronta y buena

5. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Correspondencia de Virreyes, 1era. Serie, vol. 188, f. 93.

6. AGN, Sección Real Patronato Indiano, Serie Bienes Nacionales, exp. 194, vol. 873, f. 3. Citado en Severo-Sánchez (2013, 111-114).

recuperación dándole bebidas refrescantes, caldos o atoles de maíz, cebada, baños de pies con agua caliente y cataplasmas con vinagre y mostaza en las plantas de los pies, por mencionar algunas recomendaciones.⁷

La aplicación de la inoculación se propuso por primera vez en la capital virreinal en 1779; el encargado del proyecto fue el médico francés Esteban Morel, pero no obtuvo el éxito esperado debido a que, según él, la gente sana no quería contraer voluntariamente la viruela (Cooper 1980); transcurrieron casi 20 años para que se diera un uso más generalizado de la inoculación. Tanto las autoridades civiles como médicas y eclesiásticas jugaron un papel importante en la puesta en práctica del método preventivo entre la población novohispana, ya fuera de forma voluntaria o no.

En varias intendencias de la Nueva España se aplicó con éxito la inoculación, entre ellas Puebla, Valladolid de Michoacán, Guanajuato, San Luis Potosí, Durango (Cramaussel 2010), Oaxaca (Machuca 2010) y México (Espinosa y Miranda 2010; Molina del Villar 2019; Trejo-Moreno 2016); aunque no toda la población recibió los beneficios; al parecer, la indígena fue la más renuente a ella. En la subdelegación de Tehuantepec, por ejemplo, Machuca señaló que la aceptación de la inoculación dependió del nivel de integración que se tenía con los españoles; por lo que, los mixes y los zoques no la aceptaron por la desconfianza que este nuevo método generaba, pero los zapotecos sí (Machuca 2010). Por su parte, en la parroquia de Jonacatepec —actual estado de Morelos— la acción del hacendado Nicolás Icazbalceta fue fundamental, ya que mandó inocular a los operarios de sus haciendas Tenango y Montefalco, y logró con ello una reducción importante de muertes por viruela; sin embargo, lo anterior no se observó en la cabecera —con la población india— y en algunos pueblos de la jurisdicción, ya que los indios “se negaron a recibir la inoculación” (Molina del Villar 2019, 201).

Las campañas de inoculación practicadas en otras partes del virreinato también se llevaron a cabo en la ciudad de Antequera y en Teotitlán del Valle; en este último lugar se aplicó aún en la “fuerza mayor del contagio, y en tiempo en

7. AGN, Sección Real Patronato Indiano, Serie Bienes Nacionales, exp. 194, vol. 873, f. 3. Citado en Severo-Sánchez (2013, 111-114).

que la atmósfera se hallaba muy recargada de vapores nocivos”.⁸ El encargado de llevarla a cabo fue Rafael Briones y el primero en recibir el contagio de la viruela de forma artificial fue un muchacho de 13 o 14 años; los otros, según informó el subdelegado, “corrían despavoridos al ver al práctico con la lanceta en la mano”.⁹

Según señaló el protomedicato, la inoculación debía ser voluntaria y libre, pero en Teotitlán del Valle el subdelegado utilizó la coacción para llevarla a cabo; por ejemplo, ofreció a la población que sus muertos por viruela se enterrarían en el cementerio de la iglesia y no en el camposanto a cambio de que recibieran el “pus benigno” y, con esta medida, consiguió que fueran “gustosos a la inoculación de sus hijos”, la cual comenzó con 100 muchachos.¹⁰

El 17 de febrero de 1797 inició la inoculación y seis días después habían recibido el pus de la viruela 125 personas: 57 en las galeras del nuevo hospital y las otras 68 en jacales grandes adaptados para ello; en este mismo lugar había 30 familias esperando recibir el beneficio del método.¹¹ La cifra final de inoculados en Teotitlán del Valle fue de 410 personas; de estas solo murieron nueve, por otros síntomas que les sobrevinieron, según se informó.¹² Sobre la aplicación de la variolización en las jurisdicciones eclesiásticas de Tlacockahuaya y Teitipac aún no se tiene información.

Respecto de la aplicación de la inoculación en la ciudad de Antequera, los médicos recomendaron contagiar “artificialmente a los niños por medio de la inoculación” para hacer menos gravosa la epidemia y con lo anterior “sacar libres dentro de los brazos de la muerte a muchos infelices”.¹³ Con base en los informes del intendente Antonio Mora y Peysal se sabe que la variolización fue recibida con gran entusiasmo por la población una vez que se dieron cuenta que no traía perjuicios a

8. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 59.

9. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 39v.

10. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 43v.

11. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 40.

12. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 59. Cook señala que fueron inoculados en Teotitlán del Valle 125 personas y las que no recibieron el beneficio del método fueron 156 (1992, 321).

13. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, ff. 58v y 59v.

la salud; así, señaló que “eran tantas las criaturas que voluntariamente llevaban a inocular que trabajando en ello casi todo el día no se puede concluir la operación”.¹⁴

En los informes que se rindieron a raíz de la puesta en práctica de la inoculación en la ciudad de Antequera no se dan cifras sobre el número de personas que recibieron el beneficio del método, pero se señala que fallecieron ocho inoculados entre los muchos decesos como consecuencia de las “viruelas naturales”; es decir, contagiados por la misma enfermedad y no de forma artificial. El número de los que murieron pese a estar inoculados evidencia los beneficios que pudieron haberse logrado con la utilización de este método como una medida preventiva para contrarrestar el impacto demográfico de la epidemia de viruela.

Las medidas y métodos curativos que se pusieron en práctica durante la epidemia de viruela de 1796-1797, que se aplicaron en algunos lugares de la Nueva España por el gobierno ilustrado, muestran los avances en el conocimiento acerca de la enfermedad y los recursos que se ponían en práctica en la época para prevenirla o contrarrestar sus efectos. Las epidemias ya habían adquirido un carácter natural, del que se buscaban sus causas y consecuencias, además no solo eran consideradas como un castigo divino que debían padecer debido a las transgresiones a la fe católica.

“Fecundado contagio de viruelas en los habitantes de Oaxaca”¹⁵

Acciones y reacciones ante la epidemia. Teotitlán del Valle

El aislamiento de los enfermos y la implementación de la cuarentena en los lugares infestados, con el fin de evitar que la epidemia se difundiera a otros territorios, provocaron algunas reacciones entre la población de Teotitlán del Valle y de la ciudad de Antequera, como se verá enseguida. El subdelegado de Teotitlán del

14. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 72v.

15. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 1, f. 13.

Valle, Esteban Melgar, informó a finales de septiembre de 1796 a Antonio Mora y Peysal, intendente de Oaxaca, que en dicho pueblo se encontraban algunos párvulos y muchachos “padeciendo la terrible enfermedad de viruela”.¹⁶ De acuerdo con las diligencias hechas por Melgar se sabe que el contagio se produjo en Teotitlán por conducto de Baltazar Luis y de su hijo Antonio, de 11 años edad; ellos habían salido de este pueblo a finales de agosto a vender mantas y otros efectos en la región de los chontales, y después de 23 días de viaje regresaron a Teotitlán, pero ya venía con ellos, sin saberlo, el germen de la enfermedad. Baltazar Luis señaló que al otro día de su llegada a Teotitlán su hijo Antonio empezó con calentura y se “manifestaron [en él] algunas viruelas”; después se contagió su hija “tapizándose de ellas”, pero la ocultó para evitar reprendas por parte de la autoridad.¹⁷

Ante la presencia de la viruela en Teotitlán del Valle, Mora y Peysal dictó algunas providencias a través de un Bando con el fin de detener el contagio de la enfermedad y evitar que traspasara las fronteras del pueblo y llegara a la ciudad de Antequera, distante a seis leguas. Las medidas se centraron, principalmente, en aislar por todos los rumbos a Teotitlán del Valle: la población no podía tener comunicación con la ciudad ni con cualquier otro pueblo comarcano y para ello se ordenó cerrar el camino a Santiago de los borrachos (Ixtaltepec), Tlacochahuaya, Tlacolula y las Albarradas, que se dirige hacia Villa Alta; separar a las personas enfermas de las que no lo estaban: se mandó construir un jacal que cumpliría la función de casa de curación u hospital a una distancia adecuada del pueblo para resguardar allí a los enfermos de viruela. También se pidió que los habitantes de los pueblos de Santiago,¹⁸ Santa Ana y San Miguel no bajaran a misa a Teotitlán ni tuvieran algún trato y comercio con su cabecera para evitar el contagio; asimismo, se prohibió que los habitantes de Teotitlán salieran a cuidar sus sembrados ya que

16. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 6.

17. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, f. 5ov.

18. Probablemente se refiere a Santo Domingo del Valle —hoy Díaz Ordaz— y no a Santiago Ixtaltepec porque Santo Domingo se ubica en montaña y Santiago Ixtaltepec en valle; además, Santo Domingo pertenecía a Teotitlán en el ámbito religioso, por lo que recurría a su cabecera a los servicios espirituales, mientras que Santiago a Tlacochahuaya.

esto podía ocasionar, por las colindancias con los pueblos vecinos, algún trato entre personas y propagar la epidemia.¹⁹

El cuidado y cierre de los caminos que se encontraban bajo la jurisdicción de Teotitlán del Valle estuvieron a cargo de seis soldados y de un cabo, todos bajo las órdenes de Don Tomás Martínez Carrillo, quien se estableció en la salvaguarda de Tlacochahuaya, y su función principal era indagar “con sagacidad y eficacia” si los justicias de los pueblos cercanos cumplían con su misión de pasar dos veces al día a las casas y jacales en búsqueda de viro lentos y, en caso de encontrarlos, remitirlos a la casa de curación ubicada en Teotitlán.²⁰

La acción de sacar a los viro lentos del seno de su hogar para conducirlos al hospital se verificó con el auxilio de varias autoridades de Teotitlán; entre ellas se encontraban el padre ministro Manuel María Martínez y Vera, la República del pueblo, el subdelegado, el cabo Félix Confite y el soldado de la salvaguarda del camino de Tlacolula; lo anterior se realizó con el fin de evitar alguna resistencia por parte de los padres o familiares de los enfermos, ya que estos, según señaló el subdelegado, estaban en contra de la construcción del hospital y del camposanto. En un primer momento fueron trasladadas 16 personas a la casa de curación: cinco se encontraban sufriendo la viruela discreta o confluente,²¹ dos con calentura y nueve ya habían padecido viruelas locas,²² pero se mantenían en el hospital, separados de los enfermos, con el fin de evitar que pudieran contagiar a otras personas.²³

Debido al número insuficiente de personas que se encargaban de cuidar a los enfermos del hospital, el subdelegado de Teotitlán solicitó el apoyo de una mujer de Santa Cruz Papalutla “con crédito de curandera” para que se encargara de cuidar de

19. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, ff. 3-5.

20. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 7.

21. “La viruela discreta es a veces tan benigna que las pústulas aparecen sin haber precedido calentura ni otros síntomas que predijeran la enfermedad”; por su parte, la viruela confluente es “nociva y de tanta gravedad” por los síntomas agravados que la acompañan (Ortega 1873, 3-4).

22. La viruela “cuando se halla modificada por la vacuna, por viruelas anteriores o por otras causas se le ha llamado varioloides o viruela bastarda y por el vulgo viruela loca” (Ortega 1873, 3).

23. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 5, f. 28.

la enfermería, hacer lavativas²⁴ y vigilar el aseo del lugar; asimismo, requirió de un práctico curandero de la ciudad de Oaxaca para que lo auxiliara en las necesidades del lugar. Sobre el cuidado de los enfermos, Melgar señaló que seguirían los dictámenes de Gil y Flores,²⁵ y una vez que los enfermos hubieran despedido todas las costras, hecho una perfecta descamación sin peligro de volver a supurarse, cumplir las medidas correspondientes como baños, lavado de sus ropas y sahumado con azufre, entonces serían libres para irse a sus casas.²⁶

A juzgar por algunas estimaciones que realizó Esteban Melgar para informar sobre el avance de la epidemia, se sabe que en 1796 la población de Teotitlán del Valle ascendía a 213 familias y, según este subdelegado, al hacer un cálculo moderado observó que en cada casa había por lo menos tres muchachos sin padecer la enfermedad; por tanto, estaban propensos a contagiarse 639 individuos, pero como ya lo estaban 156,²⁷ la cifra de personas en riesgo de contraer la enfermedad de viruela ascendía a 483, por lo que sugirió “que de una vez tengan las viruelas todos aquellos que no las han padecido comunicándolas por medio de la inoculación”²⁸.

Ante la prohibición de salir a cuidar sus sementaras por la cuarentena implementada, los habitantes de Teotitlán del Valle —hombres y mujeres— se presentaron al subdelegado, Esteban Melgar, y argumentaron que si se les impedía salir de su pueblo verían grandes perjuicios, pues necesitaban atender sus sementeras, proveerse de calabazas, elotes y ejotes para su sustento y abastecer de alimento a sus animales —bueyes—; además, informaron que su encierro sería la ocasión perfecta para que sus vecinos les perjudicaran robando sus cosechas, como lo venían haciendo.²⁹

24. Las lavativas se usaban para evitar el estreñimiento entre los enfermos, “servía para limpiar el vientre” y “[...] su efecto es lavar, limpiar y refrescar los intestinos” (Diccionario de Autoridades, Tomo IV, 1734).

25. José Felipe Flores fue un médico guatemalteco impulsor de la aplicación de la inoculación como método preventivo contra la viruela.

26. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 2, ff. 24-25.

27. Del 30 de septiembre al primero de noviembre de 1796 habían ingresado al hospital a curarse 156 personas, procedían de los seis barrios que formaban Teotitlán del Valle, pero principalmente del barrio del Rosario que fue donde se descubrió al primer virolento. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 7, f. 41.

28. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 7, f. 42v.

29. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 2, f. 23.

Las medidas ordenadas por Mora y Peysal, puestas en práctica por Melgar en Teotitlán del Valle, al parecer, estaban dando frutos, ya que se logró contener la epidemia por algún tiempo y no se tuvo noticia de su avance hacia otros pueblos cercanos; sin embargo, el 14 de octubre se descubrió en Tlacochahuaya a un muchacho, hijo de Hilario Alonso, de 10 años, que padecía viruela; debido a esta situación, fue presentado a la salvaguarda de Macuilxochitl y conducido, junto con sus padres, al hospital de Teotitlán; la madre declaró que lo llevó de noche a Teotitlán por un camino extraviado, ya que los acostumbrados estaban cerrados.³⁰

Ante el traslado del virolento de Tlacochahuaya a Teotitlán del Valle, Esteban Melgar se vio obligado a construir otras enfermerías, por órdenes del intendente, para los enfermos forasteros a pesar de su negativa, pues consideraba que “no hay justicia para que el pueblo de Teotitlán cargue con la pesada cruz de ser estanco de virolentos ni que en él se haga un hospital general que le perjudique infinito”.³¹ Los pueblos cercanos como San Miguel, Santo Domingo, Santa Ana, Tlacolula y Guelavía serían los proveedores de materiales con los que se construiría el nuevo hospital.

El 16 de octubre ya se encontraban en función dos hospitales: en el de San Juan de Dios había 14 enfermos a dieta, incluyendo el de Tlacochahuaya y en el de Guadalupe quedaban 20 convalecientes, también 9 habían salido con precauciones de baños y sahumeros.³² Teotitlán se volvió un lugar de asistencia de enfermos, no solo de los pueblos cercanos sino también de la ciudad de Antequera. Según la declaración de los curas Teotitlán del Valle, Manuel Antonio Martínez y Manuel María Martínez y Vera, y del práctico Rafael Briones, los hospitales, bien construidos, se encontraban asistidos por un médico, un enfermero y dos enfermeras; los virulentos se encontraban separados cada uno en su petate y sábana, sus ropas se lavaban en un lavadero y el alimento provisto era caldo de carnero y gallina cocidos con lechugas y manzanas, y atoles; la botica tenía todo lo necesario para la asistencia de los enfermos.

30. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12 exp. 7, ff. 23 y 31.

31. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12 exp. 7, f. 23.

32. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 12, exp. 7, f. 29v.

Sin embargo, algunos habitantes de Teotitlán del Valle no se encontraban de acuerdo con las providencias dictadas por el intendente Mora y Peysal debido a la epidemia y solicitaron asesoría al licenciado Joaquín Villasante, abogado de la Real Audiencia de la Nueva España; este les dijo que todo podía componerse ya que las acciones ordenadas habían sido dictadas por el intendente “temeroso de que las viruelas entrasen a aquella ciudad [Antequera], y se enfermaran sus hijos” y no por el virrey;³³ por lo anterior, pidieron a este último a principios de octubre de 1796, a través de la persona de Villasante que: se abriera el camino hacia Antequera, se quitara el hospital y el camposanto, además no se hizo cuarentena³⁴ y, sobre todo, que los dejaran curar a sus enfermos en sus casas “como siempre desde abenisimo [sic] tiempo que ha venido dichas viruelas”.³⁵

La movilización de algunos indios de Teotitlán, las reuniones secretas y trasladados hacia la ciudad de Antequera con motivo del asesoramiento se produjeron entre el primero y el seis de octubre de 1796, pocos días después de que fueran llevados los enfermos al hospital y puesto el pueblo en cuarentena. Las declaraciones hechas por varios habitantes de Teotitlán apuntan a que la principal líder de la “sublevación” fue Jacinta Zárate, india de 65 años, viuda de Francisco Jiménez;³⁶ de los documentos se deduce que Jacinta era comerciante y con las providencias dictadas veía afectados sus ingresos; además, tenía una pulquería.

En las reuniones secretas que celebraban Jacinta Zárate y otros pobladores de Teotitlán, la primera “riñó fuertemente” con los padres y madres de los virulentos sobre el hecho de que consintieran que se llevaran a sus hijos al hospital. A los hombres les dijo que:

Eran unos sinvergüenzas que habían ido a hacer los xacales para el hospital sólo por beber el pulque que el justicia les dio aquellos días cayendo sobre los cántaros como los zopilotes caen sobre bestia muerta, y que si tanta necesidad tenían de beber por qué no fueron a su casa y les habría dado pulque.³⁷

33. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, f. 96v.

34. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 8, f. 1.

35. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 8, f. 4.

36. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, ff. 1-81.

37. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, f. 26v.

Entre los posibles detonantes del “tumulto” de los habitantes de Teotitlán del Valle la tarde del 8 de octubre de 1796 fue el hecho de que el entierro de Jacinto Antonio, primer virolento muerto en el hospital, quería hacerse en el camposanto, pero el pueblo no estaba de acuerdo y exigieron con gritos en la casa cural al padre ministro que se hiciera en el cementerio de la iglesia, lo cual fue acatado tanto por el religioso como por el subdelegado.³⁸ En el registro de entierro de Jacinto se asentó lo siguiente:

En el pueblo y cabecera de Teotitlán del Valle, en ocho días del mes de octubre del año de mil setecientos noventa y seis, falleció en el gremio de nuestra santa madre iglesia Jacinto Antonio, indio, soltero de edad de 15 años; hijo legítimo de Matías García y Rosa Martín, a quien yo el vicario [Manuel María Martínez] ministré los santos sacramentos de penitencia extremaunción y se sepultó su cuerpo junto de la puerta de la iglesia de parte de afuera por haber muerto de peste de viruelas. Y para que conste, lo firmé. Rúbrica. Manuel María Martínez.³⁹

Una vez encendidos los ánimos en el pueblo de Teotitlán del Valle, algunos habitantes del lugar decidieron ir al hospital a sacar a los enfermos; al parecer produjo su efecto el mensaje de sublevación que pronunciaron Santiago Vázquez, Francisco Ruiz y su mujer Magdalena Gutiérrez, quienes dijeron que “ya que estaban juntos y prendido el fuego no parasen hasta quemarlo todo”.⁴⁰ Las mujeres fueron las que desalojaron a los viroles del hospital: unos fueron sacados en brazos, otros arrastrados en sus mismas camas y “otros en cueros”.⁴¹ El virrey Branciforte señaló que el “alboroto” se debía a que los habitantes de Teotitlán desconocían por “su natural rusticidad y torpeza el singular beneficio que de ella [el aislamiento] debía resultarles, aunque consistiera al principio en desprenderse de sus hijos y allegados”.⁴²

38. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 2, f. 26.

39. APSMAT, Libro de difuntos de esta cabecera de Teotitlán del Valle, 1781-1819.

40. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, ff. 19v-20.

41. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 9, f. 24.

42. Archivo General de Indias (AGI), Sevilla-España, Sección Estado, Serie estado: México, leg. 25, n.º 54 (1a).

Otro incidente se suscitó en Teotitlán al saber que una tropa con más de 200 efectivos se acercaba al pueblo; varios hombres y mujeres se amotinaron con gritos y silbidos en el camino que conduce a Macuilxochitl con el fin de hacer frente a la tropa, pero como esta no llegó se fueron retirando a sus casas. La misión de la compañía de granaderos en Teotitlán era “contener los movimientos sediciosos de aquellos naturales”⁴³ y regresar a los virolentos al hospital para evitar la propagación de la epidemia. Según informó Esteban Melgar, en el nosocomio quedaron 22 virolentos y 12 en convalecencia, pero el número de enfermos aumentó rápidamente en menos de 48 horas después del “alboroto”.⁴⁴

La “sublevación” de los habitantes de Teotitlán del Valle quedó apaciguada, los enfermos regresaron al hospital y los nuevos virulentos ingresaron en él; los contagiados de forma natural se encontraban separados de los que lo hicieron de forma artificial. El batallón de granaderos se encargó de la vigilancia de las fronteras del pueblo y los cabecillas de “la rebelión” fueron apresados, después de haber sufrido varios azotes. Todo parecía regresar a la “normalidad”, respecto de la contención del contagio, pero el avance de la epidemia no se logró frenar en Teotitlán del Valle, llegó a la ciudad de Antequera y de esta avanzó hacia varios puntos de la Nueva España.

Las reacciones de la población ante las medidas implementadas por las autoridades debido a la epidemia de viruela fueron una respuesta ante lo novedoso que era actuar de otra manera a como estaba acostumbrada. Según se ha mencionado, en algunos casos la gente acudía a la variolización voluntariamente, en otros corría y en unos más acudía por la coacción a la que era sometida. En el discurso de los protagonistas del “tumulto” en Teotitlán del Valle se encuentran presentes la oposición al cierre del pueblo y al cambio de hábitos en cuanto al cuidado de los enfermos, lo cual el gobierno atribuyó a la naturaleza “rústica” de los indios.

43. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 2, f. 37.

44. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 15, exp. 2, f. 32.

La epidemia de viruela en Antequera

El avance de la epidemia de viruela hacia la ciudad de Antequera fue inevitable: el 26 de diciembre de 1796 se informó que en uno de los barrios se hallaba enferma Juana Mendoza, india de 13 o 14 años; la medida preventiva implementada por el intendente Mora y Peysal fue trasladarla inmediatamente al hospital de Teotitlán para no “comunicar a otros el contagio”;⁴⁵ sin embargo, poco tiempo después se supo de la existencia de otros dos indios virulentos quienes corrieron con la misma suerte. No se sabe de dónde provino el contagio, pero las autoridades consideraban que los introductores de la enfermedad habían sido los desertores de la tropa que cuidaban Teotitlán del Valle.⁴⁶

Al igual que en Tehuantepec y Teotitlán del Valle, el intendente de Oaxaca dictó algunas medidas en la ciudad a raíz de saber que había algunos contagiados y se centraron nuevamente en cortar la comunicación con los demás pueblos y trasladar a los enfermos al hospital de Teotitlán.

Como consecuencia de esta última acción, según informó el obispo de Oaxaca, Gregorio José de Omaña y Sotomayor, surgieron “fatales resultas”, ya que los padres o parientes de los contagiados los ocultaban por todos los medios de los sacerdotes y médicos.⁴⁷ La búsqueda de virulentos a principios del mes de febrero de 1797 dio como resultado que había más de 100 personas infestadas en tres de los cuatro cuarteles en los que estaba dividida la ciudad de Oaxaca (figura 3). Los informes de las autoridades señalaban que estos enfermos no eran todos los existentes, pues se había ocultado más de la mitad por miedo a ser trasladados fuera de la ciudad.⁴⁸

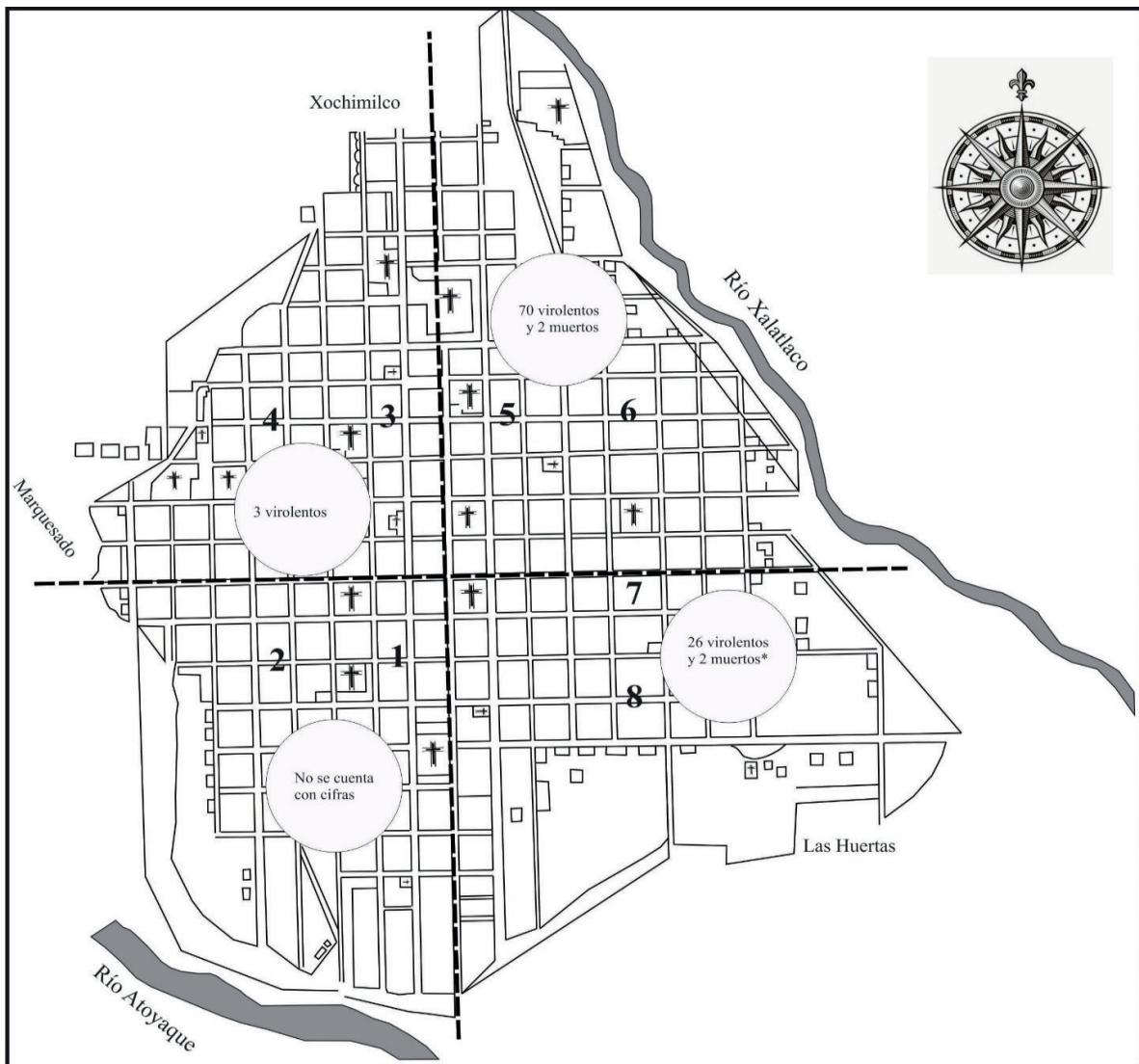
45. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 1, f. 3.

46. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 50.

47. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 3, f. 3v.

48. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 49v.

Figura 3. Distribución de viulentos en la ciudad de Antequera, 1797



Fuente: AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Bandos, 1795, Cat. ils. 3181.1, vol. 18, f. 182. <https://casadelaciudad.org/la-historia-de-oaxaca-a-traves-de-sus-planos/>

N de A: modificación propia a partir del original. En el cuerpo del texto se informó que fueron hallados 26 virulentos y dos muertos y en la lista que acompaña al texto se mencionan 19 virulentos y dos muertos. Los números resaltados representan los cuarteles menores en los que fue dividida la ciudad.

Además del hospital ubicado en Teotitlán del Valle, se instaló otro a principios de febrero de 1797 en las inmediaciones de la ciudad de Antequera, a un cuarto de legua, en la hacienda de Aguilera de Don Pedro Estrella con el fin

de dar auxilio a los viroles, pero según el obispo Omaña y Sotomayor, no era más que un jacalón que no cumplía las funciones de hospital por lo mal que se encontraba la construcción.⁴⁹

Cuando los enfermos comenzaron a ser sacados de sus casas y conducidos hacia Teotitlán del Valle o la hacienda de Aguilera, sus parientes los ocultaron por todos los medios posibles; así, según los informes de varios curas de El Sagrario, los escondían en las azoteas, debajo de las camas, los enrollaba en petates y los ponían de pie en un rincón, en las casas de los vecinos, en Xalatlaco, en las inmediaciones de la ciudad entre los chamizos y matorrales;⁵⁰ además, por el temor de que fueran privados de su vista y cuidado, no solicitaban los auxilios del cuerpo —remedios— ni del alma —sacramentos—; algunos de los que murieron fueron enterrados en sus propias casas o solares por sus deudos o puestos en las puertas de las iglesias de los Betlemitas, Las Nieves, San Francisco, La Trinidad y extramuros de la ciudad⁵¹ por temor a ser descubiertos y presos.

Los enfermos que eran trasladados al hospital de Teotitlán del Valle, según informó el obispo Omaña y Sotomayor, sufrían la incomodidad del camino, la distancia —entre nueve y diez horas de viaje— y las inclemencias del clima, lo que causaba más daños a su salud. Los que morían en el traslado eran arrojados por los “rústicos conductores” a una barranca o enterrados muy superficialmente de tal suerte que eran alimento de los animales.⁵²

Ante el avance de la enfermedad en Antequera de Oaxaca, los médicos señalaron que era inútil que llevaran a los enfermos hacia los hospitales, por lo que solicitaron al intendente que: se curara y mantuviera a los enfermos en sus mismas casas y se contagiara artificialmente a los niños por medio de la inoculación con el fin de hacer menos grave la epidemia; la aplicación del método debía ser libre y voluntaria.⁵³

49. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 3, ff. 15-16.

50. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp.3, ff. 1-37.

51. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 49v.

52. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 3, f. 4.

53. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 58v.

Al igual que en otras ciudades de Nueva España, en la de Antequera de Oaxaca también se formó una Junta de Caridad, cuya misión principal fue recolectar fondos para ayudar a los afectados por la epidemia. También el obispo Omaña y Sotomayor,⁵⁴ religiosos y monjas se unieron con sus limosnas a ayudar a los indios en su necesidad; así, estos repartieron, en un primer momento, cinco mil pesos entre los feligreses de El Sagrario, de Santo Domingo, de San Francisco, de El Carmen y de San Felipe.⁵⁵

La caridad hacia los afectados por la epidemia también se dejó ver en la acción del regidor Don Alfonso Magro; a su muerte, a finales de 1796, parte de sus caudales fueron destinados para que se adaptara como hospital el antiguo convento de monjas de Regina Coeli debido a que tenía cuartos adecuados para resguardar a los enfermos; además, también hizo una donación en limosnas. En marzo de 1797 se encontraban en el hospital 58 enfermos, la mayoría eran “indios infelices” que no tenían deudos en la ciudad por ser de los pueblos comarcanos.⁵⁶ Con base en los registros de entierros se sabe que se sepultaron 62 personas entre niños y adultos en el camposanto de Regina Coeli cuya causa de muerte fue la viruela.⁵⁷

Como se mencionó, otra de las medidas generales implementadas por el intendente Mora y Peysal en la ciudad de Oaxaca fue el cierre de los caminos y la comunicación entre la ciudad y los pueblos comarcanos para evitar el avance de la enfermedad. Ante este hecho, las quejas de los comerciantes y mineros de la ciudad no se hicieron esperar; argumentaban que la epidemia ya había traspasado los límites de la ciudad y se encontraba en la Sierra de Ixtlán, Ixtepeji, Amatlán, San Juan del Rey y en la Mixteca, por lo que veían inútiles las providencias dictadas; además, señalaban que productos como el trigo, el azúcar, la panela, las mantas, los

54. Para motivar la caridad de la población, fueran religiosos o laicos, el obispo concedió 120 días de indulgencias a los que socorrieran a los necesitados y una indulgencia plenaria de 40 horas que en cuatro días continuos patentara el santo sacramento en la iglesia de la Soledad; además, solicitó que después de misa se cantara la letanía de la virgen y que en las misas se añadiera la oración *Provitanda mortalitate seu tempore pestilentiae*. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 3, f. 29.

55. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 3, f. 28.

56. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 61.

57. Archivo Parroquial El Sagrario de la Catedral de Antequera (APSA), Oaxaca-Méjico, libro 20 de difuntos, 1796-1800.

petates, las frutas y otros comestibles se hallaba detenidos afectando la economía de la ciudad y la de los pueblos que la abastecían, por lo que pedían que se dejara libre la comunicación ya que “la necesidad obliga ya a ceder al mal”.⁵⁸ Ante estas presiones, el intendente abrió los caminos y quitó la cuarentena en la que se encontraba la ciudad de Antequera, bajo la justificación de que: el corte absoluto de las comunicaciones se podía lograr con medios suficientes, ya que habían veredas incógnitas y caminos secundarios que usaban la población principalmente de noche para burlar la tropa. La ciudad era abierta por todas partes y no era suficiente toda la tropa para limitarla; además, los gastos serían inmensos. La ciudad se proveía de los pueblos inmediatos para su abasto, por lo que cerrarla sería “exponerla al hambre”; las tortillas, por ejemplo, eran llevadas de Tlalixtac, San Antonio de la Cal, Ixcotel, Xalatlaco, San Gabriel, Santa María del Tule, Zaachila, Xoxo, la Soledad, Atzompa, Xochimilco y de otros muchos pueblos comarcanos. La epidemia se había difundido por diversas y distintas poblaciones, por lo que era difícil contener su avance. “Nos hallamos fuera del caso en que pudiera adoptarse el proyecto del cirujano Don Francisco Gil quien en su famosa disertación supone la posibilidad del corte”.⁵⁹

En el caso de la ciudad de Antequera de Oaxaca se puede ver el otro lado las acciones y reacciones, pues se liberó del aislamiento en que fue puesta debido a que no era viable mantenerla cerrada, según argumentó el intendente, ya que traía consigo perjuicios no solo a la ciudad sino a todos los pueblos que la abastecían de los bienes de consumo; en este caso se observa también el poder de los grandes comerciantes que veían disminuir sus ganancias y estos estaban más interesados en su economía que en la salud pública. Por otra parte, el aislamiento no evitó la propagación de la enfermedad, solo retrasó su avance, como sucedió en Tehuantepec y Teotitlán del Valle; sin embargo, en julio de 1797 la ciudad se encontraba libre del contagio y, según se informó, sin causar los estragos que en otra época se experimentaron.⁶⁰

58. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 91v.

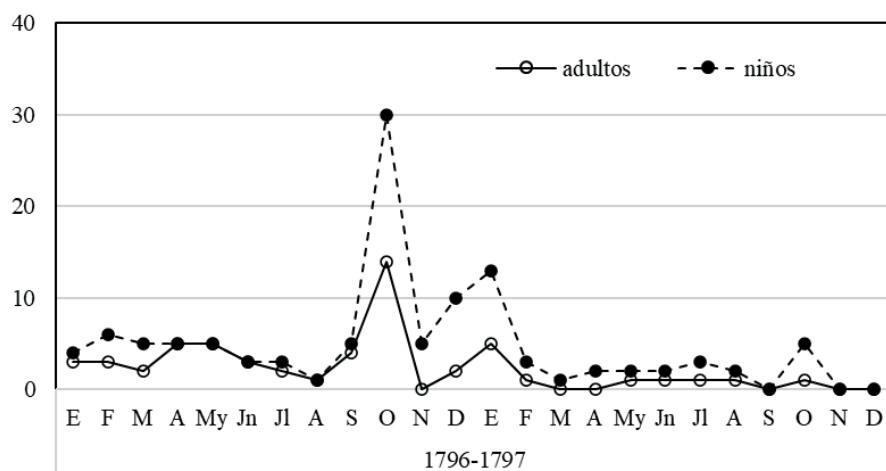
59. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias vol. exp. 2, ff. 136-140v.

60. AGN, Sección Gobierno Virreinal, Serie Epidemias, vol. 10, exp. 2, f. 98.

Mortalidad diferencial. Las cifras de la epidemia

Se deduce que el “alboroto” producido por la toma del hospital o casa de curación para sacar a los enfermos, acaecido en la cabecera parroquial de Teotitlán del Valle el 8 de octubre de 1796, fue el detonante del contagio, ya que una de las formas de contraer el virus de la viruela era por medio del contacto directo, cara a cara, entre la persona enferma y la sana. En la cabecera de este pueblo el mayor número de entierros se registró, precisamente, en el mes de octubre de 1796 —14 adultos y 16 niños— y no se alcanzó ni rebasó la cifra en 1797 (figura 4), como sí ocurrió en otros pueblos de la parroquia (Aguilera-Núñez 2019).

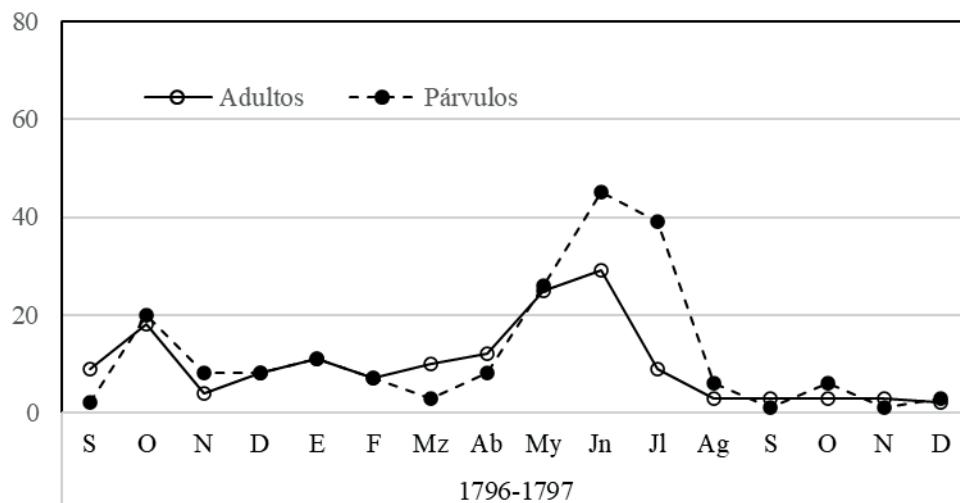
Figura 4. Distribución mensual de los entierros de adultos y niños. Cabecera parroquial de Teotitlán del Valle, 1796-1797



Fuente: Archivo Parroquial de Santa María de la Asunción Tlacolula (APSMAT), libro de difuntos, 1781-1819.

A nivel parroquial, en Teotitlán del Valle se enterraron 181 personas —99 adultos y 82 niños— en 1796, un año después fueron 273 —117 adultos y 156 niños— debido, principalmente, a la epidemia de viruela que entonces aquejaba a la población. En 1797 los entierros registraron un alza en mayo —25 adultos y 26 párvulos—, junio —29 adultos y 45 párvulos— y julio —9 adultos y 39 párvulos—; los niños fueron el grupo más afectado (figura 5). En 1798 los entierros descendieron, respecto del año anterior y se registraron únicamente 42 adultos y 33 niños.

Figura 5. Distribución mensual de los entierros de adultos y niños. Parroquia de Teotitlán del Valle, 1796-1797



Fuente: APSMAT, libro de difuntos, 1781-1819.

Con base en el factor multiplicador,⁶¹ se observó que los niños fueron el grupo más afectado por la epidemia; sus muertes se multiplicaron por 3, mientras que las de los adultos por 1.7. Estas cifras indican que la viruela de 1797 en la parroquia de Teotitlán del Valle fue una “crisis pequeña”, siguiendo a Livi Bacci, quien señala que una “crisis pequeña” es cuando la mortalidad “normal” se duplica y “crisis grande” cuando se cuadriplica (Flinn 1989).

La epidemia de viruela anterior a la que se analiza se presentó en 1780 y en ese entonces se enterraron 721 personas —279 adultos y 442 niños—, lo cual provocó una “crisis grande”, ya que las muertes de los adultos y las de los niños se multiplicaron por 5.2 y 6.2, respectivamente (Aguilera-Núñez 2019). Como se ve por las cifras analizadas, la viruela de 1797 no causó las bajas demográficas que la anterior (1780) y esta diferencia en la intensidad parece que se debe a la implementación de la variolización como método preventivo para salvar vidas.

61. El factor multiplicador se obtiene de dividir el total de entierros del año de sobremortalidad entre el promedio anual de los años previos considerados e indica por cuánto se multiplicó la mortalidad “normal” durante el año epidémico. El año epidémico se consideró de octubre de 1796 a septiembre de 1797 y los años “normales” fueron de octubre de 1794 a septiembre de 1795 y de octubre de 1795 a septiembre de 1796.

Las jurisdicciones eclesiásticas cercanas a Teotitlán del Valle, como Tlacockahuaya y Teitipac (figura 1), también padecieron los embates de la epidemia de viruela de 1796-1797 y vieron incrementar sus muertos en tres meses; el sector de la población más diezmado fueron los niños. En estas dos parroquias la epidemia también fue del nivel “crisis pequeña” por ser menos gente que se llevó a la tumba, a diferencia de la de 1780 que fue una “crisis grande” (Aguilera-Núñez 2019).

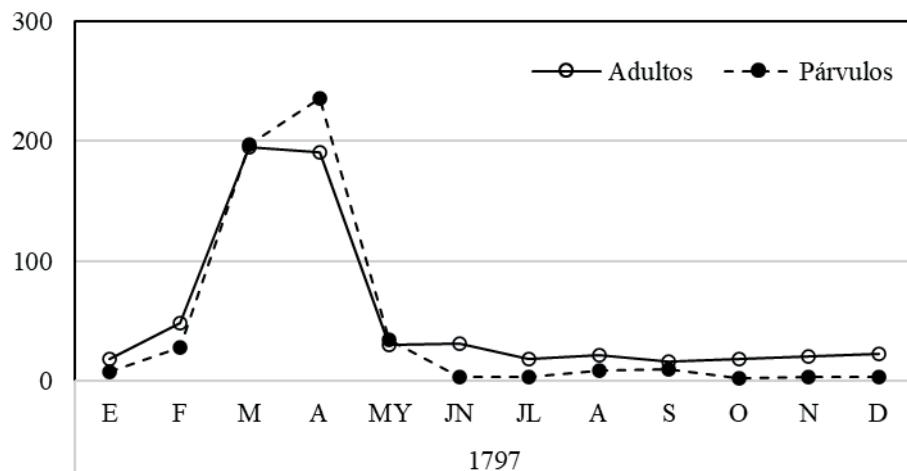
Por su parte, el primer registro de entierros donde se asentó como causa de muerte la viruela en la ciudad de Antequera fue en el de Claudia Marciala, doncella de 16 años, que se sepultó el 6 de febrero de 1797;⁶² a partir de este mes aumentaron los decesos por esta enfermedad, pero como se señaló, hubo muertos que fueron enterrados en sus propias casas o solares y otros que fallecieron en el camino hacia el hospital de Teotitlán del Valle, por lo que las cifras con las que se cuenta son aproximadas, al igual que en los otros pueblos analizados, ya que no se puede saber con exactitud el número de personas que fallecieron a raíz de esta sobremortalidad.

Es pertinente mencionar que en los registros parroquiales de entierros de El Sagrario metropolitano de la ciudad de Antequera de 1797 se asentó, en algunos casos, la palabra viruela como causa de muerte y al mismo tiempo se colocó una cruz en nota marginal arriba del nombre del difunto y en otros solo se puso el símbolo de la cruz; esto último podría indicar que también la persona murió de viruela, aunque no se señale en el cuerpo de la partida. Por otra parte, en estos registros se anotó de forma esporádica la calidad del difunto, por lo que no es posible hacer un estudio de la epidemia considerando esta variable y se analizaron, únicamente, los fallecimientos de forma general.

Con base en los registros de entierros, el total de personas que fallecieron en 1797 fueron 1,175; de estas, 907 fueron a causa de la viruela, el resto de otras enfermedades como la diarrea. Los meses con más muertes fueron marzo 392 —195 adultos y 200 niños— y abril 427 —179 adultos y 248 niños—, pero desde febrero se nota el ascenso de los entierros (figura 6).

62. Hay un error en el dato del primer muerto de viruela, se colocó a Pedro Flores y fue Claudia Marciala (Aguilera-Núñez 2019, 143).

Figura 6. Distribución mensual de los entierros de adultos y niños. Ciudad de Antequera de Oaxaca, 1797



Fuente: Archivo Parroquial El Sagrario de la Catedral de Antequera (APSA), Oaxaca-Méjico, libro 20 de difuntos, 1796-1800.

El último entierro a causa de la viruela se registró el 6 de diciembre de 1797 y correspondió a José Manuel Asocla [sic], párvulo de 3 años. En el año 1798 los óbitos descendieron respecto del año anterior y se registró, únicamente, el deceso de 304 personas; las causas de muerte volvieron a ser diarrea, de parto, alferecía, entre otras.⁶³

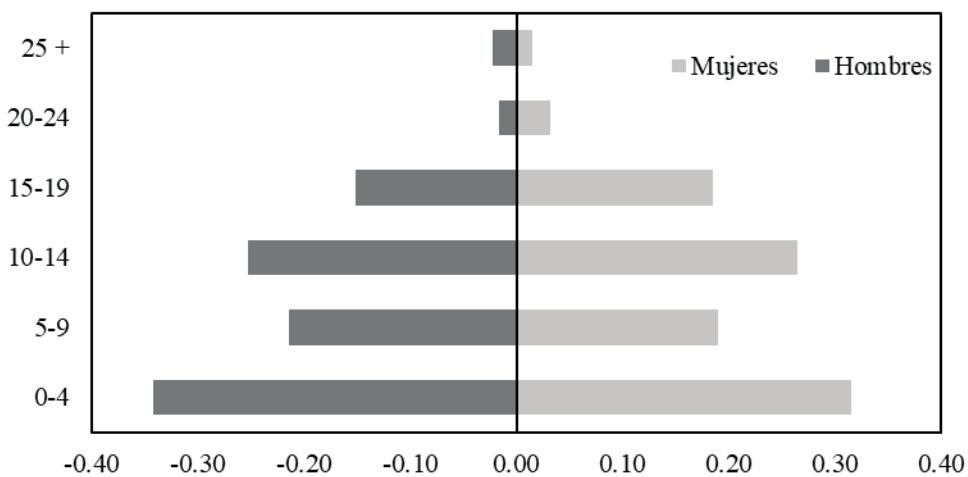
En la figura 6 se observa que fallecieron casi igual número de adultos que de niños en marzo; probablemente, el creciente número de adultos esté relacionado con la distancia en tiempo entre la epidemia de 1780 y la de 1797. Quienes nacieron después de 1780 para 1797 ya eran adultos de aproximadamente 17 años que no estaban preparados inmunológicamente —la viruela causa inmunidad permanente— para resistir la enfermedad; por tanto, fueron los más vulnerables y fallecieron.

De acuerdo a las edades asentadas en los registros de entierros —únicamente se consideró a los muertos de viruela—, se elaboró una pirámide de edad quinquenal⁶⁴ en la cual se observa que el impacto de la viruela fue mayor en los grupos de 0-4 y de 10-14 años (figura 7).

63. APSA, libro 20 de difuntos, 1796-1800.

64. No se incluyen 132 registros por no tener asentada la edad.

Figura 7. Pirámide de edad de la ciudad de Antequera, 1797



Fuente: APSA, libro 20 de difuntos, 1796-1800.

Por su parte, los niños en un rango de 5-9 años se vieron menos golpeados por la viruela (figura 7), respecto de los grupos de 0-4 y 10-14; esto podría atribuirse a que quizás los de 5 a 9 años fueron a los que más llevaron a recibir el contagio artificial de la viruela por medio de la variolización, por ello registran el menor número de muertos. Contar con un padrón de inoculados en la ciudad de Antequera proporcionaría datos que permitirían zanjar esta cuestión.

Los grupos de edad menos afectados fueron los mayores de 20 años, lo cual se podría esperar si se considera que estos fueron sobrevivientes de la viruela de 1780 y quedaron inmunizados naturalmente contra la enfermedad; se podría suponer, además, que los pocos que murieron en 1797 no padecieron el contagio anterior.

Con respecto al factor multiplicador⁶⁵ se observa que las muertes de los niños aumentaron 3.1, mientras que las de los adultos 1.5. Estas cifras indican que en la ciudad de Antequera la viruela de 1797 provocó una “crisis pequeña” para ambos grupos. Como ya se mencionó, la crisis demográfica de 1797 no tuvo los efectos que la de 1780, ya que esta última, según señala Rabell, fue devastadora en la ciudad.⁶⁶

65. Los años “normales” que se consideraron fueron 1795 y 1796 —de enero a diciembre—.

66. Rabell-Romero utilizó el método de Dupâquier para conocer la intensidad de la epidemia de 1780 y señaló que fue de 12, mientras que en otras ciudades novohispanas fue mucho menor. De la epidemia de 1797 no menciona la intensidad (2008, 64).

La duración de la epidemia de viruela de 1796-1797 en la parroquia de Teotitlán del Valle fue de tres meses, de mayo a julio de 1797, y en la ciudad de Antequera fue marzo y abril de 1797, lo que indica que el contagio fue de corta duración, lo cual parece ser una característica de esta enfermedad, ya que en otros lugares de la Nueva España también se observó este comportamiento; por ejemplo, en Taximaroa la epidemia duró de enero a abril de 1798 (González 2016), en Encarnación de Díaz de febrero a marzo de 1798 se registraron más muertes (Torres 2017), en Valladolid fue únicamente durante enero de 1798 cuando se contabilizaron más muertes (Camacho 2010), en el centro minero de Bolaños en los meses de marzo y abril de 1798 se sintió la fuerza de la viruela (Carbajal 2008) y en San Pedro Apetatitlán, Tlaxcala, los dos primeros meses del año de 1798 (Méndez 2016).

Las cifras de entierros por la epidemia de viruela de 1796-1797 muestran un descenso en relación con la anterior que se presentó en 1780: se pasó de una “crisis grande” a una “pequeña” y aunque los números de fallecidos adultos también se incrementaron, la enfermedad cobró más vidas entre la población infantil. La corta duración de la enfermedad, dos o tres meses, no se encontraba en relación con sus efectos, pues hasta antes de que se pusiera en práctica la variolización dejaba gran cantidad de muertes y desolación a su paso.

Conclusiones

El siglo XVIII finalizó con una epidemia más de viruela (1796-1797), pero no se compara en magnitud con la anterior, la de 1780, que fue catalogada como “la más devastadora de la que se haya tenido memoria” (Cook 1992, 298). De la que se analiza en este trabajo se cuenta con mayor documentación de archivo, por lo que se ha buscado mostrar la visión de los diversos actores ante el fenómeno que estaban viviendo.

Por una parte, el hecho que las autoridades civiles buscaran prevenir el contagio o detener el avance de la epidemia mediante el aislamiento de los enfermos y la implementación de la cuarentena en los lugares infestados, muestra que se estaba actuando ante la enfermedad y, aunque las medidas no lograron su cometido por

diversos factores, no solo se dejaba la solución a la voluntad divina, aunque, desde luego, se seguía pidiendo la intercesión con rogaciones públicas e implorando auxilio ante la calamidad.

Por otra parte, los médicos buscaban por medio de la variolización provocar un contagio artificial de la viruela con la finalidad de que la población muriera en menor proporción que si lo hiciera por contagio natural. Al ser un método nuevo y desconocido fue rechazado: ¿quién quería enfermar de viruela de forma voluntaria?; aun así, los habitantes de Antequera recibieron el “pus benigno” motivados por la “libre voluntad” y, al parecer, logró su cometido, pues las muertes en 1797 no se incrementaron notoriamente como se venía haciendo en las anteriores epidemias de viruela.

En este artículo se ha querido mostrar la visión de los actores principales: los habitantes de Teotitlán del Valle y los de la ciudad de Antequera, principalmente los indios, pues estos vieron cambiar sus costumbres, en cuanto a la forma de enfrentar las epidemias de viruela se refiere, pues estaban habituados a cuidar a sus enfermos en sus casas, a enterrarlos en los cementerios de las iglesias, a salir a cuidar sus sementeras y animales, a transitar libremente por los caminos principales o secundarios y a vender sus productos en los mercados, pero esa continuidad se vio interrumpida con las nuevas disposiciones a fines del siglo XVIII cuando las ideas, la ciencia y la medicina estaban abriendose paso. Aun así, esta población no fue un sector pasivo, sino que mostró su capacidad de agencia en la toma del hospital de Teotitlán del Valle o el ocultamiento de los enfermos en Antequera como una forma de resistencia a lo que se les ordenaba, no tanto por ser “desagradecidos y rebeldes”, como dijera el subdelegado Esteban Melgar.

Una vez que la epidemia de viruela de 1796-1797 cobró su tributo en muertes se alejó del centro de Oaxaca; dejó a su paso desolación, muerte, familias incompletas, ceguera, retraso mental e inmunidad en la población sobreviviente. Tanto la epidemia de 1780 como la de 1796-1797 fueron de corta duración y los niños el grupo más diezmado. Las anteriores características permiten conocer el patrón demográfico de la viruela, ya que la pieza que se armó en este trabajo no es exclusiva de Oaxaca, sino similar a las que se conocen para otras partes del territorio novohispano.

En cuanto a la epidemia de viruela de 1796-1797 en dos localidades de Oaxaca se pueden considerar dos aspectos que destacan: el primero, la intensidad de la enfermedad descendió de manera notoria respecto de su precedente de 1780 que ha sido considerada como “las más devastadora”; el hecho de que la epidemia estudiada haya quedado en el nivel de “pequeña crisis” puede ser un indicativo del éxito de la inoculación o variolización, pues a pesar de las reticencias de la población a aplicarse el remedio y los recursos de las autoridades para coaccionarlos, parece que se logró el objetivo.

Por otra parte, las reacciones de los diferentes sectores de la población ante las medidas que se implementaron debido a la epidemia fueron en un mismo sentido: defender sus costumbres e intereses, así fuera provocando un “tumulto”; en el primer caso, se quería que las personas dieran atención a sus familiares enfermos, que estos no fueran apartados de su casa y, en el caso de su fallecimiento, darles cristiana sepultura en el cementerio de la iglesia; en el segundo, buscaban salvaguardar la continuidad de los negocios de los que dependían sus ganancias.

Las respuestas de las autoridades ante peticiones semejantes fueron distintas: en el caso de los indios de Teotitlán del Valle se consideró que la oposición al aislamiento de los enfermos y el “cierre” del pueblo se debían a su ignorancia natural e ingratitud, mientras que en el caso de los comerciantes de Antequera de Oaxaca se cedió a su petición debido a que se consideró que no tenía sentido continuar el cerco sanitario pues el contagio ya había cundido, pero se había visto la “necesidad de ceder al mal”.

Referencias

Aguilera-Núñez, Ana Rosalía. 2019. “El papel de las epidemias en el crecimiento de la población en tres jurisdicciones del valle de Tlacolula, Oaxaca. De la viruela de 1780 al cólera de 1833”. Tesis doctoral, Universidad de Guadalajara. <https://riudg.udg.mx/handle/20.500.12104/82416>

Archivo General de Indias (AGI), Sevilla-España. Sección Estado, Serie estado: México.

Archivo General de la Nación (AGN), Ciudad de México-Méjico. Sección Gobierno Virreinal, Series: Bandos, Epidemias, Correspondencia de Virreyes.

Archivo Parroquial El Sagrario de la Catedral de Antequera (APSA), Oaxaca-Méjico. Libro 20 de difuntos, 1796-1800. <https://www.familysearch.org/es/>

Archivo Parroquial de Santa María de la Asunción Tlacolula (APSMAT), Tlacolula-Méjico. Libro de difuntos, 1781-1819. <https://www.familysearch.org/es/>

Bustamante, Miguel. 1992. “La viruela en Méjico, desde su origen hasta su erradicación”. En *Ensayos sobre la historia de las epidemias en Méjico*, compilado por Enrique Florescano y Elsa Malvido, 67-92. Ciudad de Méjico: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Camacho, Neibeth. 2010. “Guanajuato y Valladolid de Michoacán durante la epidemia de viruela de 1797-1798”. En *El impacto demográfico de la viruela en Méjico de la época colonial al siglo XX*, Tomo I, editado por Chantal Cramaussel, 93-104. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Canales-Guerrero, Pedro. 2010. “Historia natural y cultural de la viruela y otras enfermedades infecciosas. Epidemias y endemias en el valle de Toluca, 1690-1833”. En *El impacto demográfico de la viruela en Méjico. De la época colonial al siglo XX*, Tomo III, editado por Chantal Cramaussel y David Carbajal, 41-62. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Carbajal-López, David. 2008. *La población en Bolaños 1740-1848. Dinámica demográfica, familia y mestizaje*. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Chance, John K. 1993. *Razas y clases en la Oaxaca colonial*. Oaxaca: Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

- Cook, Sherburne. 1992. “La epidemia de viruela de 1797 en México”. En *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Tomo I, editado por Enrique Florescano y Elsa Malvido, 295-328. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Cooper, Donald. 1980. *Las epidemias en la ciudad de México, 1761-1813*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Cramaussel, Chantal. 2010. Introducción a *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*, Tomo I, 11-25. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Espinosa, Luz María, y Raúl Miranda. 2010. “La epidemia de viruela de 1796-1798: de Teotitlán del Valle, Oaxaca la ciudad de México”. En *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*, Tomo I, editado por Chantal Cramaussel, 71-92. Zamora: El Colegio de Michoacán
- Flinn, Michael. 1989. *El sistema demográfico europeo, 1500-1820*. Barcelona: Crítica.
- Flores, Josef Felipe. 1971. “Instrucción sobre el modo de practicar la inoculación de las viruelas, y método para curar esta enfermedad acomodado a la naturaleza y modo de vivir de los indios de Guatemala”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP) 70 (6): 501-511. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15228>
- González, Gustavo. 2016. *Mestizaje de papel. Dinámica demográfica y familias de calidad múltiple en Taximaroa (1667-1826)*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Hamnett, Brian R. 2013. *Política y comercio en el sur de México, 1750-1821*. Zamora: Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca - El Colegio de Michoacán - El Colegio de San Luis.

Machuca, Laura. 2010. “La viruela de 1795-1797 en Tehuantepec, Oaxaca”. En *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*, Tomo I, editado por Chantal Cramaussel, 59-70. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Méndez, Marciano Netzahualcoyotzi. 2016. “La epidemia de viruela de 1797-1798 en la parroquia tlaxcalteca de San Pablo Apetatitlán: mortalidad diferenciada y estrategias preventivas”. *Tiempos Modernos* 8 (32): 125-149. <http://www.tiemposmodernos.org/tm3/index.php/tm/article/view/1283/635>

Molina del Villar, América. 2019. “Los alcances de la inoculación y el impacto de la viruela de 1797 en la parroquia de San Agustín Jonacatepec”. *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad* 40 (157): 178-214. <http://www.revistarelaciones.com/index.php/relaciones/article/view/REHS15709/1036>

Ortega-Reyes, Manuel. 1873, *Pequeño tratado de viruela*. Oaxaca: I. Candiani.

Rabell-Romero, Cecilia. 2008. *Oaxaca en el siglo XVIII: población, familia y economía*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Romero-Frizzi, María de los Ángeles. 2011. “La historia colonial”. En *Oaxaca. Historia breve*, María de los Ángeles Romero, Carlos Sánchez, Jesús Mendoza, Jaime Bailón, Francisco Ruiz y Luis Arrioja, 45-81. Ciudad de México: El Colegio de México - Fideicomiso Historia de las Américas - Fondo de Cultura Económica.

Sánchez-García, Juan Hugo. 2013. “Gobierno municipal, relaciones ciudad-campo y modernidad: Oaxaca, 1890-1902”. Tesis doctoral, El Colegio de Michoacán.

Sánchez-Silva, Carlos. 1998. *Indios, comerciantes y burocracia en la Oaxaca poscolonial, 1786-1860*. Ciudad de México: Instituto Oaxaqueño de las Culturas - Fondo Estatal para la Cultura y las Artes - Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

- Severo-Sánchez, Jesús Josué. 2013. “Morbilidad semejante, letalidad divergente en tiempos de viruela, San José de Toluca, 1780-1798”. Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Torres, Paulina. 2017. *¿Entre parientes? Demografía, familia y estrategias matrimoniales en la parroquia de Encarnación, 1778-1822*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Trejo-Moreno, Jessica. 2016. “La epidemia de viruela de 1797 en el Sagrario de la ciudad de México, vista a través de los registros parroquiales de defunción”. Tesis doctoral, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Valdés-Aguilar, Rafael. 2010. “La viruela desde el punto de vista médico”. En *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*, tomo I, editado por Chantal Cramaussel, 27-36. Zamora: El Colegio de Michoacán.





La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades en el Nuevo Reino de Granada, 1633

Abel-Fernando Martínez-Martín*

Andrés-Ricardo Otálora-Cascante**

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102425>

Recepción: 30 de abril de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 10 de octubre de 2022

Resumen

Este artículo de investigación aborda, a partir de fuentes primarias, la olvidada *Peste general* en el Nuevo Reino de Granada en 1633, que contrasta con fuentes clásicas de la historia de la medicina y la demografía histórica. Se trató de la confluencia de dos epidemias, una de viruela, que afectó la población infantil y otra, en *Suelo virgin*, de tifus exantemático o *tabardillo*, transmitida por piojos, frecuentes en las tierras altas del altiplano, que afectó primero a la población rural de los pueblos de indios, sobre todo adulta, y luego a la población de Santafé y Tunja, provocando una crisis sanitaria, social y económica que marcó el colapso definitivo de la población indígena, afectando las minas, la agricultura y el comercio; acompañada por una crisis política entre el presidente de la Real Audiencia y el arzobispo, vista como castigo divino. Contra la epidemia se empleó por segunda vez la Virgen de Chiquinquirá en Tunja y Santafé. Evidencian las fuentes, que la sequía, el despoblamiento y la hambruna acompañaron la epidemia y entre sus consecuencias están la llegada de los hermanos de Juan de Dios a administrar los hospitales y la primera cátedra de medicina en el Nuevo Reino de Granada.

Palabras clave: despoblación; epidemias; tifus exantemático; viruela; Nuevo Reino de Granada; 1633.

* Doctor y Magíster en Historia por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Colombia. Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Historia de la Salud en Boyacá-UPTC y Museo de Historia de la Medicina y la Salud-UPTC de Tunja (Colombia). Este artículo es resultado del proyecto “Historia del Hospital de Tunja 1553-1835”, del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá-UPTC de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Fue financiado por el Museo de Historia de la Medicina y la Salud-UPTC de Tunja. Participó en las etapas de conceptualización, curaduría de datos y análisis formal del artículo. De igual forma, trabajó en la validación, visualización, redacción del borrador original, escritura, revisión, edición y aprobación de la versión final. Correo electrónico: abelfmartinez@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-4621-6072>

** Doctor en Historia y Magíster en Antropología por la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Historia de la Salud en Boyacá-UPTC y Museo de Historia de la Medicina y la Salud-UPTC en Tunja (Colombia). Participó en las etapas de conceptualización, curaduría de datos y análisis formal del artículo. De igual forma, trabajó en la validación, visualización, redacción del borrador original, escritura, revisión, edición y aprobación de la versión final. Correo electrónico: arotalorac@unal.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-0793-4602>

Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Martínez-Martín, Abel-Fernando, y Andrés-Ricardo Otálora-Cascante. 2023. “La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades en el Nuevo Reino de Granada, 1633”. *HISTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 15(34):205-239. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102425>

The Plague that Left Homes Depopulated and Cities Deserted in the New Kingdom of Granada, 1633

Abstract

Based on primary sources, this research article addresses the forgotten *General Plague* in the New Kingdom of Granada in 1633 which contrasts with classical sources of the history of medicine and historical demography. It was a confluence of two epidemics. A smallpox epidemic that affected the child population, and another epidemic on *Virgin soil* of exanthematic typhus or *tabardillo* transmitted by lice, which were frequent in the highlands of the plateau. It first affected the rural population of the indigenous towns, especially adults, and then the population of Santafé and Tunja causing a health, social, and economic crisis that marked the definitive collapse of the Indigenous population, affecting mines, agriculture, and commerce. This was accompanied by a political crisis between the President of the Real Audiencia and the archbishop, seen as divine punishment. The Virgin of Chiquinquirá was employed for the second time in Tunja and Santafé against the epidemic. The sources demonstrate that drought, depopulation, and famine accompanied the epidemic, and among its consequences were the arrival of Juan de Dios' brothers to manage the hospitals and the first medical professorship in the New Kingdom of Granada.

Keywords: depopulation; epidemics; exanthematic typhus; smallpox; New Kingdom of Granada; 1633.

A peste que deixou despovoadas as casas e ermas as cidades no Novo Reino de Granada, 1633

Resumo

Este artigo de pesquisa estuda, a partir de fontes primárias, a esquecida *Peste general* no Novo Reino de Granada em 1633, que contrasta com fontes clássicas da história da medicina e da demografia histórica. Tratou-se da confluência de duas epidemias, uma de varíola, que afetou a população infantil, e, outra, em *Solo virgem*, de tifo exantemático, transmitida por piolhos, comuns nas terras altas do planalto, que afetou primeiro a população rural dos povos indígenas, sobretudo a adulta, e depois a população de Santafé e Tunja, provocando uma crise sanitária, social e econômica que marcou o colapso definitivo da população indígena, afetando as minas, a agricultura e o comércio; acompanhada por uma crise política entre o presidente da Real Audiência e o arcebispo, vista como castigo divino. Contra a epidemia foi usada pela segunda vez a Virgem de Chiquinquirá em Tunja y Santafé. As fontes evidenciam que a seca, o despovoamento e a fome acompanharam a epidemia e contam entre suas consequências a chegada dos irmãos de São João de Deus para administrar os hospitais e a primeira cátedra de medicina no Novo Reino de Granada.

Palavras-chave: despovoamento; epidemias; tifo exantemático; varíola; Novo Reino de Granada; 1633.

Introducción

Los que embarcan en Cádiz para ir a las Indias Orientales, una de las señales que tienen para entender que han pasado la línea equinoccial [...] es que a todos los que van en el navío se les mueren los piojos, sin que les quede ninguno
 (Cervantes [1615] 1998, El Quijote II parte).

Cuarenta y cinco años después de la epidemia de viruela y sarampión que asoló a la ciudad de Tunja y a su extensa provincia en 1587, registrada más que otras por traer por primera vez a la Virgen de Chiquinquirá, como celestial medicina para aplacar la ira divina (Martínez-Martín y Otálora-Cascante 2019), una nueva epidemia doble volvió a traer la taumatúrgica imagen a Tunja. En 1633, con ocasión de un mal contagioso de mayor mortalidad, una mezcla de viruela con el hasta el momento desconocido en la región, tifus exantemático o tifus epidémico, enfermedad conocida popularmente como *tabardillo*¹ o tabardete, producida por rickettsias, que transmite al humano el piojo.²

Este artículo, preparado para el dossier “Pandemias, epidemias y endemias en la historia de América Latina, siglos XVI al XX”, recurrió a fuentes de archivo, cronistas de la época, las Cartas Anuas de la Compañía de Jesús; historiadores de la medicina, de las epidemias y del colapso demográfico de los indígenas americanos, plantea la importancia de la olvidada epidemia de tifus exantemático (*tabardillo*) que, acompañada por otra de viruela, asolaron el Nuevo Reino de Granada, sobre todo al altiplano andino, con graves consecuencias demográficas, en los inicios de la cuarta década del siglo XVII. Para la ciudad de Tunja, la doble

1. El nombre *tabardillo* o tabardete se origina en una casaca ancha y larga llamada tabardo, que también ponían a los que llevaban a ajusticiar en algunas provincias de España, escribió el médico José Félix Merizalde en Bogotá (1865) (Iriarte 1999, 178). Prenda de vestir amplia y larga, tosca, de paño, con aberturas laterales para sacar las manos, que los soldados, población muy afectada por el tifus exantemático, llevaban sobre sus armaduras, para evitar el brillo de estas. El tabardo se parecía el eritema en la piel de los afectados por el tifus, llamado por esa razón, *tabardillo*.

2. La cadena de contagio del tifus exantemático o *tabardillo* es hombre-piojo-hombre.

epidemia se convirtió en un parteaguas de su historia, trajo la despoblación y con ella la decadencia económica, la contracción del recinto urbano, de su sociedad encomendera que se servía de los indígenas encomendados, base declinante de su poder, al decir del historiador colombiano Germán Colmenares.

¡Ay de ti la gran ciudad! El tabardillo y la viruela

La epidemia conocida como *Peste general* marcó la memoria, el tifus exantemático “hizo bautizar aquella época calamitosa con el apodo de años del Tabardillo,” afirmó el médico Luis Patiño Camargo en 1922 (Patiño 1922, 10). La primera población afectada en el altiplano, según las *Anuas* jesuitas, fue Facatativá, población que el historiador José Manuel Groot (1889) relaciona con el presidente de la Real Audiencia de Santafé, Sancho Girón, marqués de Sofraga³ y su enfrentamiento con el arzobispo Bernardino de Almansa.⁴ De Facatativá pasó la epidemia, “más cruel que ha visto la Nueva Granada”, acompañada por la hambruna, a la capital del reino:

En Facatativá habían empezado las hostilidades contra el señor Almansa, por parte del presidente, y de ese mismo pueblo salió la epidemia más cruel que ha visto la Nueva Granada. Llamaban entonces *tabardillo* aquel mal [...] no se le ha vuelto a ver tan contagioso, tan general, ni tan mortífero y tenaz como entonces (Groot 1889, 286).

La nueva epidemia de tifus exantemático asoló especialmente el territorio virgen de las tierras frías del altiplano andino del Nuevo Reino de Granada ubicadas

3. Sancho Girón (Talavera de la Reina, 1596-164?). Caballero de la Orden de Alcántara (1608), sucedió a su tío en el marquesado de Sofraga. Bajo Felipe III sirvió en Flandes, corregidor de Segovia (1623) y en 1629 fue nombrado gobernador, capitán general y presidente del Nuevo Reino de Granada (1630-1637). Entró en Santafé en febrero de 1630. Durante su gobierno se ocupó de la pacificación de los carares y se fundó Girón (1631), los problemas en las minas de las Lajas y el conflicto con el arzobispo Almansa. En su juicio de residencia fue condenado en la península a una cuantiosa multa. Ver: Lucena (1967).

4. Bernardino de Almansa (Lima, 1579-Leiva, 1633). En la Universidad de San Marcos de Lima se tituló de doctor en Derecho. Fue provisor en Cartagena de Indias y Charcas, Inquisidor en Logroño y del reino de Toledo. Obispo en Madrid (1629), presentado para el arzobispado de Santo Domingo, esperando el viaje en Cádiz, fue nombrado arzobispo de Santafé, a donde llegó en 1631 (Casado 1992, 171).

sobre los 2000 metros sobre el nivel del mar. La *Peste general*, *Peste grande* o *Peste de Santos Gil*,⁵ como se le llamó, afectó ciudades, villas y pueblos de indios del reino en la cuarta década del siglo XVII.

La confluencia de dos epidemias y la altura del altiplano donde abundaban los piojos, causaron la alta letalidad de la primera epidemia de *tabardillo* registrada en el reino. Donde se juntaron miseria, suciedad y hacinamiento, el tifus exantemático: “encontró un caldo de cultivo idóneo para expandirse con facilidad” (Caballero 2018, 93). Las zonas más deprimidas solían ser las más afectadas.

Ante la conocida en España, pero nueva para los pobladores de la región y su sistema inmunológico, los investigadores afirman que las epidemias en *Suelo virgen*,⁶ como en este caso fue la del *tabardillo*: “causaban esa mortalidad catastrófica y la disminución de la población en el pasado” (Jackson 2014, 88), como sucedió en 1633 en el Nuevo Reino de Granada.⁷

El tifus exantemático, conocido por los médicos renacentistas del siglo XV como *morbus lenticularis*, *tabardillo* o *pintas*, por las lesiones dermatológicas que producía, los exantemas, erupciones cutáneas semejantes a las picaduras de pulga, el *tabardillo*, fue una enfermedad epidémica de reiterada aparición en la segunda mitad del siglo XVI español. Se le llamó *morbus castrensis* (Patiño 1922, 10), por estar vinculada con los ejércitos que la padecían y la dispersaban.

En la Europa del siglo XVI, destacan los factores sanitarios en los preparativos de Felipe II para invadir Inglaterra, en los que murió el capitán general del Mar Océano, Álvaro de Bazán, en Lisboa, a causa del tifus exantemático. Bazán,

5. La peste se calificó como de Santos Gil, el escribano que hizo la mayor parte de los testamentos en Santafé. “Muchos de los condenados a morir le nombraron heredero de sus fortunas, por no tener parientes cercanos” (Lucena 1967, 100). El nombre se le dio a una novela, de las pocas referencias literarias al devastador *tabardillo*, que Augusto Morales Pino, escritor bogotano, publicó en 1981 (Morales-Pino 1981).

6. El concepto de *Suelo virgen* se remonta a los años 20 y 30 del siglo XX, en 1976, lo profundizaron, tanto William McNeill (1976) como Crosby (1976). Lo usa también para sus modelos de la catástrofe demográfica Livi-Bacci (2003, 39).

7. Otros factores causales de la alta mortalidad como las hambrunas que registran los documentos y no podemos desconocer, fueron la guerra, la mita, la carencia de asistencia sanitaria, sumada a un siglo de conquista, aculturación, evangelización y colonización del antiguo territorio Muisca.

marqués de Santa Cruz (1526-1588), un marino experimentado, que fue nombrado almirante de la Armada Invencible: “llevó una tripulación diezmada por el tifus, al desastre” (Sánchez y Guerra 1986, 51).

En la navegación trasatlántica, la enfermedad más importante fue el tifus exantemático, para los españoles, los franceses y los ingleses. Durante la colonización de Virginia: “de 1.800 emigrantes ingleses entre 1584 y 1616, murieron de tifus exantemático 1.100, en la travesía, y de los que llegaron a desembarcar vivos, murieron el primer año el ochenta por ciento. Las estadísticas de mortalidad por tifus de los emigrantes franceses [...] en Canadá son semejantes” (Sánchez y Guerra 1986, 57).

El historiador Francisco Guerra sostenía en su artículo *Las enfermedades de Colón* (1986), que “el tifus exantemático continuó siendo hasta hace poco la causa de muerte más frecuente durante la navegación a América (Guerra y Sánchez 1986, 23). Guerra escribió que es la enfermedad infecciosa citada con más frecuencia en la epidemiología mexicana, que lo registra desde 1526, destacando su impacto demográfico en Europa y América: “se puede llamar al tifo la más mexicana de las enfermedades [...] si se estudian las epidemias de tifo desde el siglo XVI hasta el presente, su mortalidad fue similar a la peste [...] millones de muertos” (1999, 274).

La epidemia de tifus exantemático llamado *tabardillo* tuvo consecuencias devastadoras en la América Meridional, en especial en el Nuevo Reino de Granada: “En 1630-1633 hubo [...] una epidemia de tifus exantemático que tuvo consecuencias especialmente devastadoras en la población colombiana” (Cook 2005, 7). Sostiene el investigador, que la epidemia registrada en el continente en la década de 1630 fue una pandemia, no un brote epidémico, debido a su propagación (Cook 2005, 194).

En 1631 y 1632, una epidemia de tabardillo se registró en Centroamérica, en las sierras y en la Ciudad de Guatemala, en la que murió mucha gente (Cook 2005, 189). El tifus exantemático llegó a Quito en 1634 y 1639: “una descripción del distrito en 1650 relata que, al traer la imagen de la Virgen de Quinche a la catedral de Quito en 1634, se había puesto fin a la gran enfermedad de tabardete que corrió

en esta provincia” (Cook 2005, 192). En 1630, el tifus estaba al sur del subcontinente en las misiones Jesuitas del Paraguay y, ese mismo año, fallece a causa “de un pestilencial tabardillo que le había privado el juicio”, el presidente de la Real Audiencia de La Plata (Cook 2005, 193).

El médico italiano Girolamo Fracastoro, quien describió la sífilis y habló en el siglo XVI de contagio, sostenía que apareció en Italia en 1505 y reapareció en 1528. El médico renacentista hizo una de las mejores descripciones de la enfermedad: “fiebre intensa, debilidad corporal, ojos inyectados, orina rojiza, sopor, pulso lento y unas petequias características que aparecían entre el cuarto y el séptimo día” (Guerra 1999, 280). El *tabardillo* se presentó en Andalucía (1490) dos años antes del viaje de Colón, la primera epidemia de tifo que se tiene noticia, que se repitió en Sevilla en 1553 (Guerra 1999, 281).

La otra enfermedad epidémica, la viruela, era muy conocida y fácilmente identificable, está registrada en Andalucía en el año 714, cuando fue introducida por los árabes (Guerra 1988). La viruela llegó a la isla de Santo Domingo en 1518, al valle de México en 1519 y, en la década de 1520, se registró en el Perú, antes de la llegada del conquistador Francisco Pizarro.

La viruela llegó por primera vez a Santafé en 1558. Al Nuevo Reino “fue introducida por esclavos comprados en La Española por el obispo de Santa Fe, Juan de los Barrios” (Cook 1999, 352). A Tunja llegó en 1559, para reaparecer 29 años después, durante los años 1587 y 1588. La viral enfermedad infecciosa recurriría durante el siglo XVII, primero se presentaría en 1618 y continuaría hasta 1621. En la década de los años 30 del siglo XVII, en los siguientes años y meses, se registrarían en los archivos de Tunja y Santafé, epidemias de viruela en noviembre de 1630 y marzo de 1632.

Destaca la presencia de la viruela en Tunja en 1633, el año con mayor mortalidad presentándose en cinco meses de junio a octubre, para reaparecer 17 años después, en 1647 (Porras 2006, 179). En los últimos doce años no se registraban epidemias de viruela en la ciudad encomendera, lo que equivale a que los niños, entre 0 y 12 años, eran los más vulnerables y estaban en riesgo en 1633, pues no tenían inmunidad ante el virus de la viruela, que solo podían tener los que tuvieron la enfermedad, 12 o 45 años atrás, en las epidemias de 1618-1621 y de 1587-1588.

En 1603, el procurador enviado por el cabildo de Tunja a la villa y corte, el encomendero Juan Sanz, presentó al rey unas medidas para la restauración espiritual y temporal del Nuevo Reino. Entre las causas de la disminución de la población indígena que resaltó el procurador estaban el trabajo en las minas, las idolatrías y la peste de viruela y sarampión que se presentó en dos ocasiones.⁸ En 1610, la situación volvería a presentarse en la descripción de la ciudad realizada por su corregidor.⁹

Los problemas del mantenimiento de la población en los pueblos de indios encomendados, que garantizaban la supervivencia de la ciudad y de su poder principal, los encomenderos, siguieron prolongándose y llegaron a su punto crítico con la epidemia doble de 1633, de viruela, que afectaba principalmente a la población infantil sobre todo indígena, y de tifus exantemático (*tabardillo*), epidemia en *Suelo virgen*, que afectaba a población adulta de españoles, castas, indígenas y esclavos.

En un solo día, vendrán sus plagas: muerte, duelo y hambre. La peste que cundió en el Reino

Luis Patiño, en su tesis de doctorado (1922), afirmó que el *tabardillo* llegó de España en 1629 en galeón, con el sequito del nombrado presidente de la Audiencia, marqués de Sofraga, a Cartagena (Patiño 1922, 10).¹⁰ Hacia 1630, al importante puerto esclavista de la América del sur, entraban anualmente más de ocho a nueve mil esclavos en los navíos portugueses (Lucena 1967, 108).

Sostiene Noble David Cook, que en 1630-1633 hubo en el subcontinente una epidemia de tifus exantemático con consecuencias especialmente devastadoras en

8. Juan Sanz, “Supplica q haze Iuan Sanz Hurtado vezino y encomendero de la ciudad de Tunja a V.M. en nombre de Nueuo Reyno de Granada; para su restauración espiritual y temporal”, Madrid, 1603, en John Carter Brown Library (JCBL), Providence-Estados Unidos, Spanish America Collection, f. 2r.

9. Pedro de Valencia, “Descripción de Indias T.I. Descripción de la ciudad de Tunja, sacada de las informaciones hechas por la justicia de aquella ciudad”, 30 de mayo de 1610, en Biblioteca Nacional de España (BNE), Madrid-España, Misceláneas 3064, f. 255r.

10. El marques llegó a Cartagena acompañado de su esposa, sus tres hijos y quince criados. Al mismo tiempo, se encontraba en el puerto Juan Bautista Antonelli realizando la fortificación de la plaza. Ver: Lucena (1967).

la población, afirma el historiador de las enfermedades, que la epidemia de *tabardillo* entró al Nuevo Reino en 1629, a través de esclavos contagiados que llegaron al puerto de Cartagena de Indias (Cook 2005, 192).

El cronista jesuita Pedro de Mercado, afirma sobre la epidemia que se extendió en el Reino: “furiosísima peste que echó muchas almas al otro mundo. Para su remedio llevaron a la ciudad de Tunja una milagrosa imagen de Nuestra Señora de Chiquinquirá. [...] para invocar su patrocinio con un novenario” (Mercado 1957, 442).

El corregidor de Tunja, consigna sobre la mortal doble epidemia de viruela y *tabardillo*, que afligía la ciudad¹¹ y a la provincia a finales de octubre de 1633: “grande aflicción y aprieto en que esta ciudad está y se halla con la rigurosa peste que hay en ella y muertes muy ordinarias”¹².

El 19 de octubre de 1633, fue recibido en Tunja por el cabildo el nuevo corregidor, el capitán Francisco de la Torre Barreda, en plena epidemia:

Con mucha aprobación de toda ella por el mucho cuidado, desvelo, rectitud y limpieza con que administra la real justicia [...] en particular con los pobres y abasto de ella en todas ocasiones y en esta de la peste que tan penosa y continua ha sido en todo ese reino y ciudad, acudiendo así en hacer enterrar los difuntos como en visitar los enfermos y tener lo necesario para ellos y la república de mantenimientos y medicinas necesarias, enviando a la ciudad de Santafé y villa de Leiva por las que faltaban en Tunja, como era cañafistola¹³ y otras [...] para que todos los pobres y ricos gozasen de ella y no le faltase a ninguno, ni la encareciesen ni ocultasen los que la tenían para venderla a más subidos y excesivos precios [...] como sucedió con el vino [...] que se temió había de faltar para las iglesias porque había poco y era necesario para ellas y los enfermos convalecientes que escapaban de la peste (Rojas 1963, 313).

Los testigos elogiaron el papel del corregidor De la Torre en la epidemia arriesgando su vida “por ser el mal como era contagioso” y por las limosnas que repartía en su casa en ejercicio de caridad (Rojas 1963, 314).

11. La ciudad se paralizó por completo por la epidemia: “El aprieto de la enfermedad es tal, que en agosto de 1633 solo asisten cuatro capitulares al Cabildo y en octubre no asiste ninguno y ni siquiera el portero se hace presente”. Ver: Porras (2006, 179). Del cabildo dependía la salud de la ciudad.

12. Cabildo, “Acta”, Tunja, 25 de octubre de 1633, en Archivo Regional de Boyacá (ARB), Tunja-Colombia, Archivo Histórico de Tunja, Cabildo, leg. 16, f. 142.

13. Casia purgante u hojasén (*Cassia fistula*), una fanerógama de la familia de las fabáceas que se usaba como laxante.

En la *Anua de 1638*, los jesuitas resaltan la mortalidad en Tunja por la epidemia que mató “mucha nobleza” de la ciudad encomendera, de la que huían los sacerdotes:

Esto mismo que acaeció en Santa Fe y en su partido sucedió en la ciudad de Tunja y su comarca y cuanto allí eran menos los de la Compañía [...] dos Padres murieron de confesar y servir apestados [José Tobalina y Esteban Solano], los demás se vieron en las manos de la muerte [...] para tanto enfermo no había con que acudir cuando para cada uno era menester una suma de medicinas y regalos [...], el Vicario de la ciudad partió a otra tierra y los sacerdotes casi huían todos [...]. Murió mucha nobleza en la ciudad y los padres no sabían de los hijos, ni los maridos de sus mujeres hasta que pasando el furor del tiempo entendieron que ya habían muerto (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 33-34).

Mercado consigna que, en Tunja, llamaron al padre Tobalina para confesar un pobre apestado, ese día enfermó el jesuita y quedó en cama, 49 días duró su enfermedad. Murió y fue enterrado con honores, como mártir jesuita:

[...] librando al enfermo del mal de sus pecados, se sintió herido del mal de la peste; volvióse a casa con la fatiga que se puede colegir y reclinóse en la cama. Cuarenta y nueve días le duró el martirio de la enfermedad [...]. Postráronsele totalmente las ganas de comer [...]. Ocho días antes de su muerte se le agravaron muchos los dolores de la cabeza, las angustias del corazón sin darle treguas de día ni de noche un vehementísimo dolor en la vía de la orina [...]. El primero de noviembre del año de mil seiscientos y treinta y tres en que se cumplieron cuarenta y nueve días de su enfermedad [...] sin ruido, sin acciones ni movimientos se fue su alma [...] habiendo vivido sólo cuarenta años en el suelo. Al cuerpo se le hizo un solemne entierro a que concurrió lo mejor de la ciudad [...] (Mercado 1957, 443-445).

Sobre la ira divina, proclamada como causa de la mortal epidemia por los atribulados habitantes, no se trataba de un castigo genérico, sino causa de los incidentes que enfrentaron en Santafé al presidente de la Audiencia con el arzobispo Almansa.¹⁴ El cronista Solís y Valenzuela titula el capítulo VIII del *Epítome Breve de la Vida y*

14. Al arzobispo no le faltaron encuentros y disgustos con el presidente, marqués de Sofraga, y con Antonio Rodríguez de San Isidro Manrique, visitador de la Audiencia (Lucena 1967, 139; Rodríguez-Freyle, 1980, 333). El Cabildo de Tunja respaldó al presidente en su enfrentamiento con Almansa. Cabildo, “Carta del cabildo secular de Tunja sobre el buen gobierno del presidente Marques de Sofraga”, Tunja, 21 de octubre de 1632, en Archivo General de Indias (AGI), Sevilla-España, Cabildos seculares, Audiencia de Santa Fe, leg. 66, ff. 1r-2v.

Muerte del Ilustrísimo Doctor Don Bernardino de Almansa: “Del Castigo General de peste que envió Nuestro Señor a Santa Fe y su provincia”, donde sostiene que:

[...] el hambre, la guerra y la peste son efectos de la ira de Dios y se pudieran referir muchos ejemplos de castigos públicos, que ha hecho Dios nuestro Señor, por no obedecer a la Iglesia ni a sus censuras, y es bien manifiesto el presente, en que la ciudad de Santa Fe fue castigada con general peste en toda su provincia, por rebeldes a su Prelado (Solís 1977, f. 27r).

La *Anua* de 1638 refiere la calamidad causada por la peste, como se denominaba a la epidemia doble, que cundió en el Reino y el importante papel desempeñado por los jesuitas. Trata el desastre como “memorable contagio” en el Nuevo Reino por la peste de *tabardillo*, planteando varias causas. Señala que los médicos la desconocían y que los medicamentos se desnaturalizaban en el viaje a Indias:

[...] tienen el primer y último lugar las aflicciones extremas con un memorable contagio a las ciudades y pueblos del Nuevo Reino. Enviola Dios o por castigo de nuestros desafueros que cometía la licenciosa libertad en el vivir, o para despertador de tanto olvido de la justicia del cielo, o para el ejercicio del sufrimiento o paciencia a sus electos, o para nuevos empleos a los fervores de los hijos de la Compañía. Fue esta una peste contagiosa de tanto más trabajo cuanto por mucho tiempo la ignoró la medicina no alcanzando a conocer qué género de enfermedad podía ser [...] los médicos de estas tierras poco expertos, las medicinas estragadas con el pasaje de los mares y los destemples de estas regiones. Con esto, lo que en uno servía de remedio en otros apresuraba la muerte; en nadie hubo seguridad alguna de escaparse (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 27).

Groot en su *Historia eclesiástica y civil* (1889), escribe sobre el hambre y la muerte:

Como duró tanto tiempo, y no había quien cultivara los campos, quien llevara víveres a los mercados, se originó otro mal no menos cruel y asolador, que fue el hambre, que hizo estragos en los pobres. Ya no había más que cadáveres, luto, dobles de campanas y lágrimas por todas partes [...]. Los jesuitas tenían botica, y en todo este tiempo estuvo abierta de día y de noche para el pueblo, y los padres que salían al campo llevaban sus alforjas a las ancas de la bestia, provistas de medicinas y alimentos (Groot 1889, 286-287).

La ciudad de Tunja registra procesiones y rogativas durante las epidemias del siglo XVI al XX. En el siglo XVII, Ernesto Porras encuentra 19 procesiones en el recinto

urbano, tres en 1618, una en 1620, otra en 1621, para reaparecer en 1633 con mayor intensidad, registrándose rogativas en cinco ocasiones durante el epidémico año de 1633: 7 de junio, 20 de junio, 3 de julio, 7 de agosto y 25 de octubre. Vuelven a registrarse procesiones por motivos epidémicos en Tunja en 1647 (Porras 2006, 190).

El tifus exantemático (*tabardillo*) afectó a Cartagena, Santafé y toda la provincia, destacan Facatativá, Fontibón y Tunjuelo; a Tunja y su provincia, se refieren las fuentes a Duitama, Tópaga, Pamplona y la villa de Leiva. Consignan los jesuitas:

Duró este contagio algo más de dos años y se extendió por las principales partes de este Reino en ciudades, en pueblos, en villas, en estancias, en valles, en montes y en todas suertes de personas; nadie se escapaba de su rigor, ni el pobre, ni el rico por el regalo, ni el poderoso por sus resguardos, ni al pobre sirvió su pobreza, ni al religioso clausura, ni al trabajador la carne hecha a mal pasar, todo estado tuvo que padecer y toda suerte de gentes que llorar. Comenzó salpicando en algunas casas así de Santa Fe como de Tunja, y cuál de Pamplona, en la villa de Leiva y pueblos vecinos; pero donde más se encendió el fuego y descubrió de repente la llama fue en la famosa doctrina de Fontibón [...]. Los doctrineros enfermaron del cansancio continuo y del aliento de los apestados después de haber sacramentado a innumerables indios sus feligreses, enterrando a muchos y a muchos ayudando en la vida y en la muerte (Del Rey--Fajardo y Gutiérrez 2014, 27).

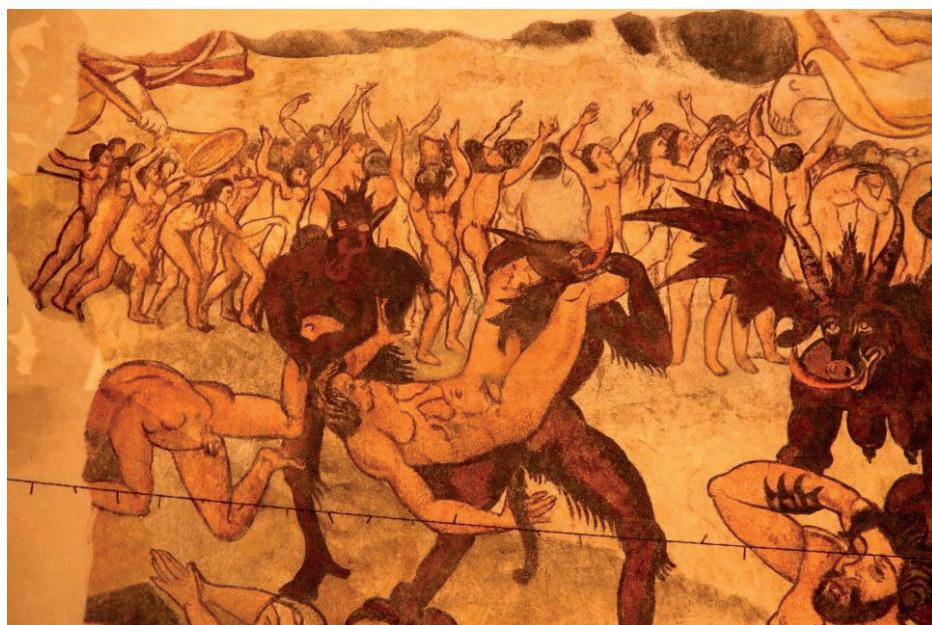
La peste fue particularmente severa en Fontibón, los jesuitas, “hubieron de convertirse en enfermeros y aun en cocineros de los pobres indios. Al enfermar los dos doctrineros, otros dos padres del Colegio de Santafé vinieron a reemplazarlos. Aceptaron además [...] otras doctrinas cuyos padres habían muerto o enfermado” (Soriano-Lleras 1966, 70).

La *Anua* refiere graves problemas para enterrar los cadáveres de los innumerales fallecidos a causa de la doble epidemia y el hambre que la acompañó. Los jesuitas traían barberos y medicinas desde Santafé:

Ya los difuntos no se enterraban en la iglesia capacísima porque ya no había lugar a las sepulturas y era fuerza acudir a los cementerios y lugares cercanos a la Iglesia y a la Plaza [...]. Todo lo sembraban de difuntos porque faltando los vivos no había lugar para los muertos [...]. los Padres de la doctrina acudían a darles de comer y llevarles el regalo, gastando cuanto había en la casa porque no muriesen de hambre aquestos tristes indios, porque en sus casas no había comodidad de guisar la comida se aderezaba en casa del Padre doctrinero [...] era distribuida por el pueblo [...]. A esto se juntaba traer los barberos de la ciudad y buscarles las medicinas y otras cosas (Del Rey--Fajardo y Gutiérrez 2014, 28).

El hambre, compañera de la peste, otro de los jinetes del *Apocalipsis* (figura 1), se hizo presente en la epidemia de 1633.¹⁵ Es posible encontrar varios problemas de producción y abasto de trigo en las ciudades neogranadinas entre 1606 y 1622, que obligó a regular la comercialización de las harinas (Martínez-Martín y Otálora-Cascante 2020, 161). En 1632, una nueva sequía puso en peligro la producción de trigo y el abasto de harinas en Tunja y Santafé (Mora 2015, 120-121). La simultaneidad de las epidemias con sequías, plagas de langostas y la escasez de alimentos agravan los efectos de las enfermedades¹⁶ (Mora 2021, 69).

Figura 1. “La caída de Babilonia” (Apocalipsis 18)



Fuente: fotografía de “Lucho” Buitrago (2022). Pintura mural en la iglesia doctrinera de Chivata, siglo XVII. N de A: las iglesias doctrineras tenían pasajes del apocalipsis bíblico como la de Chivatá, pueblo de indios de la Corona en una zona de producción triguera cercana a Tunja, ciudad en donde se encuentra también pintura mural con escenas milenaristas, elaboradas en la primera mitad del siglo XVII.

15. El Apocalipsis bíblico de San Juan se refiere a los jinetes entre ellos la peste y el hambre. La figura 1 representa precisamente una imagen de ese libro representada a inicios del siglo XVII en la iglesia doctrinera del pueblo de indios de la Real Corona de Chivata, que se basa en el Apocalipsis.

16. Para el valle de México se plantea la existencia de un periodo de sequía importante posterior a la epidemia de viruela de 1519-1520, que coincidió con las epidemias de 1545 a 1576, periódicas oleadas conocidas como *cocoliztli* (peste en *Náhuatl*), fiebre hemorrágica de origen desconocido. La última, la de 1576-1580, es conocida en las fuentes como la gran pestilencia (Acuña-Soto et al. 2002, 2004).

La *Anua* registra hambre, desnutrición y falta de siembra, que acompañó los años de epidemia, agravando la situación, además del importante papel de la Compañía en atender a las víctimas:

Acrecentó esta gran calamidad una grande hambre y falta de lo necesario porque como los pueblos vecinos de los indios estaban tan dolientes, no había quien socorriese con lo necesario. Faltaba la leña, el pan, la carne, las aves y los comunes y ordinarios bastimentos [...] no había quien sembrase, ni quien cogiese; los hombres flacos, macilentos, descoloridos, hechos una estampa de la muerte [...] sentían en si las vecindades del día último de los tiempos [...] no hubo hermano, ni padre que no se dedicase a servir apestados [...] dentro de nuestra casa y colegio donde casi todos cayeron [...]. Murieron en este lance dos o tres de los nuestros en Santa Fe, si bien después enfermaron casi todos (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 30-31).

El historiador norteamericano Cook, insiste en el papel que desempeñó para su propagación el frío a causa de la altura del altiplano andino sobre los 2500 m.s.n.m., la falta de higiene por el baño escaso y, sobre todo, el rol del piojo, insecto que transmite la enfermedad: “la epidemia se extendió con mayor rapidez en las tierras altas, en parte debido al frío. [...] en los distritos tropicales más húmedos la ropa es más ligera y gracias a los baños frecuentes, disminuyeron el número de piojos corporales y también las posibilidades de contagio” (Cook 2005, 192). La epidemia afectó más “a los residentes de regiones de Puna, con temperaturas frías [...] la mortalidad total de poblaciones enteras gira en torno al 20-25%” (2005, 194). Agrega sobre la alta mortalidad registrada por la epidemia que afectó a todas las clases sociales:

La mortandad era alta y se calcula que la mayor parte de las familias que fueron víctimas de la epidemia quedaron mermadas a la mitad o incluso más [...] los más desfavorecidos sufrieron un mayor impacto, la epidemia afectó a todas las clases sociales, Soriano calcula que el 80% de los indios de la Sabana de Bogotá murió a causa de la epidemia (Cook 2005, 192).

El *tabardillo* afectó no solo a los indios, también a los negros esclavos, españoles y castas. El cabildo de Santafé se dirigió al rey, en octubre de 1633, informando la alta mortalidad:

Creímos que la peste solo diera a los indios, pero hemos visto que con la misma violencia ha dado a los negros de que ha muerto una gran suma con daño irreparable del común del Reino. Y cuando pareció que iba en alguna declinación [...] paso con los mismos a los mestizos y mulatos y habiéndose detenido entre ellos algunos días con muerte de muchos se ha ido entrometiendo con los españoles nacidos en esos y estos reinos con la misma malignidad que le dio a los demás de que han muerto personas de punta y entre ellas algunas de este ayuntamiento.¹⁷

Mercado afirma que, en 1633, en Santafé murieron en pocos días hasta 500 personas: “siendo tan general en toda la ciudad se apoderó ni más ni menos el mal del Colegio de San Bartolomé”, de la Compañía (1957, 339-340). En Santafé, “con la peste que ha 8 meses hay en este reino, han muerto en la santa iglesia de esta ciudad tres canónigos y el arcediano”.¹⁸

La *Anua* de 1638 se refiere al impacto de la epidemia en Santafé, cabeza del Reino con el mayor número de habitantes y consigna la multitud de enfermos graves por la epidemia:

No hubo casa ni convento en quien no se empeñase [...] entraba en las familias y fuera de llevarle la mayor parte, la demás la dejaba tal que ni estaba para servirse sino para llorarse; unos caídos, otros convalecientes y todos impedidos para poder socorrerse unos a otros y lo que es de admirar que algunas familias las dejaba totalmente yermas, sin habitadores, ni vivientes y raras las que quedaban sin despoblarse. Era ver a los padres en una cama y los hijos en otra y la gente de servicio tendidos por las salas; y los otros que quedaban en pie con la falta del sueño de tantos días y con amortajar unos y velar a otros, y andar entre las manos de la misma muerte, que no podían tenerse en pie (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 29).

Agrega la *Anua* lo sucedido con los muertos que dejaban a la puerta de iglesias y conventos y que, por no aumentar más el pánico, prohibieron doblar las campanas por los difuntos:

17. Cabildo de Santa Fe, “Carta al Rey del cabildo secular de Santafé dando cuenta de la epidemia de peste en las provincias de Santa Fe y Tunja y de algunas de las personas que han muerto de ella”, Santa Fe, 6 de octubre de 1633, en AGI, Cabildos seculares, Audiencia de Santa Fe, leg. 61, f. 53r.

18. Tribunal de Cuentas, “Carta de los contadores del Tribunal de Santafé [...], dando cuenta de que han muerto varias dignidades del cabildo eclesiástico a causa de la peste”, Santafé, 25 de agosto de 1633, AGI, Cartas y expedientes, Tribunal de Cuentas de Santafé, leg. 53, f. 1r.

Dudo que haya quien pueda declarar el número de los muertos porque eran tantos que no había lugar en las parroquias para sepultarlos y amontonando a muchos en los sepulcros, y confundiendo los entierros de las casas llegó a tanto la falta de los vivos que por no poder acompañar al funeral echaban de noche los difuntos en la calle, exponiéndolos a la misericordia de los piadosos. No amanecía día que no se hallasen a las puertas de las iglesias, parroquias y conventos y monasterios de cinco a seis amortajados; y a veces sucedió hallar todos los de la familia difuntos, y todos los cuerpos de ella llenos de corrupción sin haber en toda la casa quien diese aviso de la mortandad [...] para consuelo de los restantes no se clamoreaba con las campanas (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 29).

Una carta de la real Audiencia a la corona, del 27 de julio de 1634, solicita merced para el médico Baltasar de Arguello por sus servicios durante la epidemia, indica en forma clara que azotó el Nuevo Reino durante los años 1632, 1633 y 1634 (Lucena 1967, 139).

Según el historiador Silva, las medidas tomadas por las autoridades ante un resurgimiento del *tabardillo* en Tunjuelo,¹⁹ al suroccidente de Santafé, en 1646, el gobernador del Nuevo Reino de Granada, Juan Fernández de Córdoba, marqués de Miranda, informaba que “había prendido la enfermedad del tabardillo, que en este reino es reputado por peste y contagio”. Pide el gobernador ayudar a los enfermos con medicamentos y, trata de impedir la comunicación entre las familias indígenas y con los españoles en su pueblo, a fin de que “los indios del sector no puedan moverse a comerciar”, bajo la amenaza de pena de 100 azotes o 200 patacones (2007, 22).

El encargado de tomar las medidas ante la epidemia en los alrededores de la capital de Reino fue el corregidor, quien oficialaba como policía sanitario. Debía quemar las ropas y enseres de los muertos; quemar las habitaciones familiares (Vargas-Lesmes 2007, 216), sin ninguna consideración por el nuevo sitio de albergue de los familiares que sobrevivían a la catástrofe y crear “un cordón sanitario que separaba, durante la epidemia, unos pueblos de otros” (Silva 2007, 23).

19. Tunjuelo, a media legua de Santafé, fue también doctrina jesuita, pero en 1637, tras la epidemia, intentaron unirla a Fontibón alegando el reducido número de indios que tenía. En 1649, por orden del Provincial jesuita, renunciaron a la doctrina de Tunjuelo “por razones de pocos indios que tenía” (González-Mora 2004, 55).

El historiador de la medicina colombiana Pedro María Ibáñez, escribió, a finales del siglo XIX: “recorrió el país una epidemia contagiosa, a la cual se le dio el nombre de *tabardillo*, que asoló la Sabana y ciudad de Santafé hasta 1633”. Agrega, que solo residía en Santafé el cirujano Pedro de Valenzuela, la “única persona que poseía algunos conocimientos médicos”, para enfrentar la epidemia (Ibáñez 1968, 14).

El cronista Tobar y Buendía habla de la innumerable gente que moría por la doble epidemia:

Como nuestras culpas son el origen de los males, volvieron a provocar la indignación Divina, descargó su azote sobre el Nuevo Reino el año de 1633, afligiéndolo con otra peste que por haber sido mayor que la pasada se llamó Peste Grande [...]. En Tunja se conservaban los favores que en la pasada habían recibido de la Soberana Reina y viendo el estrago que ejecutaba enfurecida esta grande epidemia y que era innumerable la gente que moría, comenzaron a clamar por el remedio pidiendo [...] enviasen a Chiquinquirá por la Madre de Dios (Tobar 1986, 147).

La mejor descripción de los síntomas físicos y psicológicos del tifus exantemático la trae la *Anua* de 1638, que los historiadores Soriano-Lleras (1966, 68) y Cook (2005, 192) atribuyen al jesuita Hazañero:

El principio era lo común de fríos y calenturas y a dos días de enfermedad hacia rapto a la cabeza privando totalmente de juicio a las personas [...] se hacían ineptos para ayudarse, las desganas de comer, ciertos hastíos, horribles vómitos y ansias, el cuerpo estropeado, la cabeza condolida sin poderse ni aun volver en la cama, descaecimientos del corazón, molidos los huesos, la garganta llagada y los dientes y las muelas danzando, y todo el hombre ardiendo con la fiebre y loqueando con notables frenesíes, estando las casas con tantos locos como había enfermos, incapaces de curar el alma, inútiles para admitir la medicina al cuerpo. Esto venía a ser lo que más se temía porque faltando a los primeros lances la razón no había gobernalle para regir al enfermo [...] era un tropel de desvaríos y locuras, saliendo a luz cada cual con su inclinación y muchos con las pasiones encubiertas del alma (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 25-26).

La misma *Anua* testimonia la alta contagiosidad del *tabardillo*. Habla de vestidos, camisas, camas y ropas, donde estaban los vectores de la enfermedad, los piojos, consignando además la muerte de aves:

No había contagio como este; pegábase de solo llegar al enfermo, de tocarle, de respirar el aire de la sala y aun de la cuadra en que estaba, los vestidos, las camisas, las camas, la ropa y platos de su comida, todos quedaban infestos [...] el aire estaba corrupto y las exhalaciones intermedias encendidas y alguna grave congelación influía por entonces terribilidades en los cuerpos y aflicciones inmortales en las almas. Vieron caer las aves muertas y las gallinas que eran bien necesarias para el socorro de los dolientes; a bandadas perecían (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 26).

Finalizamos el acápite con un relato, de otro jesuita, sobre una epidemia posterior a la *Peste general*, en la que la beata tunjana Antonia de Cabañas (1629-1667) atendió a la población menguante del pueblo de indios de Soracá, en las montañas que rodean a Tunja, donde su hermano era doctrinero y donde la beata ejercía la virtud teologal de la caridad:

Con miseria y pobreza que los desdichados indios en buena salud padecen se aumentaba tanto en el ánimo cuando enferman que son como las ovejas simples, que en cayendo no saben el levantarse sino las cuida el pastor: así caídos de la enfermedad y oprimidos con los incendios de la fiebre, ni tienen aliento para buscar medicina, ni ánimo para comer bocado.²⁰

De la fuente del agua de la vida. La Virgen de Chiquinquirá y la Peste general

En la visita realizada por el oidor Egas de Guzmán a las encomiendas de Lenguaque e Iguaque, en la jurisdicción de Tunja en 1595, se realizó una exhortación contra las idolatrías: “que vivan juntos para ser mejor adoctrinados e medicinados con las medicinas espirituales cuando les sobrevienen enfermedades” (Álvarez-Tobón 2022, 276). Dos años después, se presentó en la región una devastadora epidemia de viruela para la que peregrinó la taumatúrgica Virgen de Chiquinquirá.

20. Diego Solano, “Ilustre y penitente vida de la venerable vida de la Virgen Doña Antonia de Cabañas”, s. f., en Biblioteca Nacional de Colombia (BNC), Bogotá-Colombia, Fondo Antiguo, Sección Libros Raros y Manuscritos, ff. 124r-125v.

La segunda peregrinación fue en 1633. En Tunja se reunió el cabildo y nombró comisionados para ir a Chiquinquirá por la milagrosa imagen: “salieron de la iglesia mayor de la ciudad con cruz alta en procesión a pie, y descalzos los clérigos con sogas en las gargantas y cenizas en las cabezas” (Tobar 1986, 147). En Chiquinquirá, solicitaron al sacerdote les permitiera llevar a Tunja el cuadro “como antídoto prevenido de su aflicción de la triste plaga que los consumía” (Tobar 1986, 147).

En andas bajo palio, a hombros de sacerdotes descalzos y con multitud de luces salió la Virgen. La multitudinaria procesión pasó por Tinjacá y Suta, donde se cantó misa: “gozaron los indios de más tiempo para hacerle sus deprecaciones, llevando a la iglesia a sus enfermos y pidiéndole les concediese salud que consiguieron los más, aun antes que saliera la imagen para el pueblo de Monquirá” (Tobar 1986, 151).

Llegando al cruce de la villa de Leiva, sus vecinos salieron y solicitaron alojar el cuadro en su iglesia: “confiando que por su intercesión serían redimidos de la plaga pestilencial que los afligía” (Tobar 1986, 153). Al día siguiente, pasaron por Sáchica, Cucaita y llegaron a Sora. Los pueblos de indios se esmeraban en recibir la imagen bajo arcos de flores y frutas, estandartes, pendones y velas por la adornada calle hasta llegar al templo:

Y por ellas tendidos en el suelo todos los enfermos que había en cada pueblo; porque a todos los sacaban de sus casas y con Fe viva de que la madre de Dios los había de sanar, ponían sobre sus pobres esteras en el camino para que al pasar la Reina Celestial tuvieran la fortuna y consuelo de verla [...] salen por estas calles a pediros el remedio de sus males, interceded y rogad por ellos a vuestro Clementísimo Hijo y alcanzadles la salud para que se levanten sanos y se fortifiquen en la Fe creyéndoos Madre de Dios Todopoderoso que conseguís cuanto imploráis (Tobar 1986, 155).

Los pueblos de indios venían acompañando la imagen hasta llegar a Tunja por la loma de los Ahorcados. Al día siguiente partió la procesión de penitentes con los estandartes y santos de las religiones para pedirle a la Virgen la remisión de las culpas y el cese de la peste (Martínez-Martín y Otálora 2019, 57). En la iglesia mayor colocaron el cuadro y el 22 de agosto de 1633 inició la novena el arzobispo Almansa, “comenzaron a experimentar suavizado el furor de la cruda peste en la mejoría que reconocieron los

enfermos”, que sin convalecer “se hacían llevar a la iglesia a rendir las gracias a Dios, y a la que reconocían por su medianera y soberana medicina”. Según Tobar, “quedando limpia la ciudad del pestilente contagio que la afligía” (Tobar 1986, 159).

Solís y Valenzuela, en su *Epítome del arzobispo Almansa*, a quien coloca en la categoría de santo (Lucena 1967, 139), narra lo sucedido con la Virgen en Tunja, su llegada con el *tabardillo* a la ciudad encomendera, anotando que mientras en Santafé crecía la epidemia, menguaba en Tunja, que presentaba conocida mejoría. Tras el novenario del arzobispo, huyó el mal ante la “Celestial medicina”, que puso fin a la ira divina:

Estaba el arzobispo en Pamplona [...] cuando le llegó aviso de la peste que había picado en Santa Fe y que este mal no venía solo vino acompañado con hambre [...] mandó que se repartieran de sus rentas abundantes limosnas [...]. Repartieronse de limosna más de veinte mil ducados y fue tan necesaria que sin ella hubiera muerto mucha gente de hambre, y falta de medicinas, especialmente los miserables Indios [...], como cáncer fue cundiendo por todo el cuerpo de la provincia y llegó a la ciudad de Tunja a tiempo, que también había el Arzobispo llegado [...]. Comenzó la peste a enfurecerse en la ciudad de Tunja, y el arzobispo a hacer limosnas, a socorrer necesidades [...] tuvo allí noticia de la Milagrosísima imagen de nuestra Señora de Chiquinquirá [...] así, para que en esta tan grande peste fuese su único remedio, determinose traerla a la ciudad de Tunja, para que [...] huyesen los males y los infectados aires se templasen y no causasen tantas muertes [...], comenzó el arzobispo el Novenario de Misas pidiendo la expiación de aquella enfermedad contagiosa a su Reina y Señora, y vióse, que había otorgado la súplica y petición con muy clara evidencia: porque al paso que en Santa Fe crecía el mal, menguaba en Tunja, y desde que entró la Imagen, y su ilustrísima le hizo el novenario solemnisimo, hubo conocida mejoría (Solís 1646, ff. 28v-30r).

Luego de la epidemia llegan a Santafé y Tunja los hermanos Hospitalarios de Juan de Dios. Exhibió sus títulos y presentó licencia para ejercer en Tunja el padre hospitalario Diego de Medina en 1636 (Porras 2006, 186). Los hospitalarios se hicieron cargo de administrar los hospitales de San Pedro en Santafé (Lucena 1967, 101) y de la Purísima Concepción de Tunja, para asistir a los pobres de solemnidad. En 1635 el prior de Cartagena, Diego de Medina es enviado a colaborar con la fundación del convento hospital en Santafé. Pasa a Tunja en 1636, para fundar el convento de la orden de Juan de Dios y encargarse del hospital de la Purísima

Concepción “a perpetuidad”, hospital que alojaba anualmente un total de 150 pobres enfermos, que contaba con dos enfermerías y tenía 22 camas, 12 para hombres y 10 para mujeres (Martínez-Martín 2019, 61).

Salid de ella, pueblo mío, para que no participéis de sus pecados y para que no recibáis de sus plagas.
Muerte del arzobispo Almansa

Solís y Valenzuela destaca que, cuando Tunja estuvo libre de contagio, y la Virgen de Chiquinquirá fue enviada a Santafé, el arzobispo enfermó y lo trasladaron a la villa de Leiva, tierra de sano temple, donde los tunjanos acostumbraban recuperar su salud.

[...] aunque la ciudad de Tunja quedó libre del contagio de la peste tanto que ya casi no había enfermos; y los más estaban convalecientes; el arzobispo se sintió con poca salud, y a sus capellanes, y criados, les pareció conveniente mudarlo a la villa de nuestra Señora de Leyva, tierra de sano temple, de buenas aguas, y muy arbolada de naranjos (Solís 1646, f. 32).

Almansa dejó 200 ducados al pequeño hospital de Leiva y 200 al de Tunja, ordenó igualmente trasladar sus restos a la Península (Solís 1646, f. 33). Murió el arzobispo víctima de la epidemia de tifus exantemático el 17 de septiembre de 1633:

El día siguiente se hizo el entierro, por vía de depósito, debajo de la Peña del Altar Mayor de la iglesia parroquial de aquella villa, y temiendo no se le hubiese pegado la peste en Tunja, porque no la pegase a la villa donde no había entrado hasta entonces, ahondaron dos estados la sepultura y encima echaron dos fanegas de cal viva, con algún agua para que con la humedad y vigor de la cal se consumiese en breve la carne, para poder llevar los huesos a Madrid (Solís 1646, f. 34r).

Rodríguez-Freyle, al final de *El Carnero*, agrega: “las mortajas y ornamento con que lo enterraron, con haber estado debajo de tierra, están sanos; el cuerpo mirrado, que aún no se ha deshecho” (Rodríguez-Freyle 1980, 333). El cuerpo enterrado con cal y a profundidad en la iglesia de Leiva, permaneció años incorrupto, lo que acentúa la leyenda de su santidad:

[...] el Arzobispo, en el codicilio, que a su testamento añadió en la villa de Leyva, por Albacea a un venerable Sacerdote en cuya casa murió [...] este Sacerdote, viendo que ordenaba su Ilustrísima, que sus Huesos fueren llevados a Madrid al Convento de Jesús, María, Joseph; un año después de sepultado el Arzobispo, trató de descubrirle y ver en qué estado estaba el cuerpo para poderlo llevar (Solís 1646, f. 45).

El cura de Leiva alegó en la exhumación su preocupación ante la posibilidad de infección dado el reciente entierro del arzobispo, pero su cadáver se encontró como se había enterrado: “se halló el cuerpo del arzobispo como estaba el día en que fue sepultado, sin haber mudanza en carnes, barbas y cabellos; ni en otra cosa y las aromas y perfumes que llevó, no fueron necesarios por ser de mejor olor las que exhalaba el cuerpo” (Solís 1646, f. 46v). Dos años después de la muerte de Almansa, abren nuevamente la sepultura en la iglesia de Leiva y encuentran que el cuerpo seguía incorrupto: “Mandó el Canónigo se volviese a cerrar la sepultura otra vez y echar más cal sobre el cuerpo y más agua para que se corrompiera” (Solís 1646, f. 47).

Cuatro años después, abrieron de nuevo la sepultura: “sacaron el cuerpo tan incorrupto como antes se había hallado, dando de si mucho buen olor [...] el vientre estaba enjuto, pero incorrupto” (Solís 1646, f. 48). En Leiva, “tres veces, echaron cal viva y agua sobre el cadáver” (Quartero y Huerta 1966, 55). A las 4 de la mañana salió el cuerpo para Santafé, le hicieron honras fúnebres en la Catedral y el 2 de junio de 1638, con el hermano de Pedro Solís y Valenzuela, Bruno²¹, salió para Cartagena, de donde embarcó el 7 de agosto de 1638 (Solís 1646, f. 60v) en la misma nave que su rival el marqués de Sofraga. A Cádiz llegaron en julio de 1639, de ahí viajó a Madrid, al convento de las monjas descalzas donde lo esperaba su tumba²².

21. Bruno de Solís y Valenzuela, antes Fernando, monje de la Real Cartuja de Santa María del Paular en Madrid, natural de Santafé, “hizo un honroso viaje desde su país natal a Madrid en el año 1638, para trasladar el cadáver del santo arzobispo de Santa Fe de Bogotá, don Bernardino de Almansa, que lo depositó en el convento de religiosas concepcionistas franciscanas descalzas” (Solís 1646, f. 5).

22. Almansa había dado a las descalzas 30 000 ducados de plata “para labrar su iglesia y tener después de muerto sepulcro en ella” (Solís 1646, f. 7).

Llorarán y se lamentarán por ella cuando vean el humo de su incendio. El despoblamiento

En la descripción de las secuelas que dejó la epidemia de tifus exantemático o *tabardillo*, se mencionan: lisiados de los sentidos, tullidos, contrahechos y sin memoria, también; consignan las *Anuas*: “si alguno escapaba de estos rigores quedaba por muchos meses lisiado de los sentidos sin poder hallar convalecencia; algunos tullidos, otros contrechos, muchos sordos y los más sin memoria [...] olvidándose hasta de las oraciones comunes (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 26). El jesuita Mercado afirma que, en 1633, en Santafé murieron por la rigurosa peste “hasta quinientas personas” (Mercado 1957, 339-340). La *Anua* consigna su dispersión y graves efectos:

[...] este contagio se fue poco a poco deslizando a Pamplona [...] Algunos años después se vio en Cartagena la general dolencia y en medio de sus ardientes calores [...] Este es el calamitoso contagio que estragó el Reino, ésta la general aflicción de tantos días, ésta la muerte que dejó despobladas las casas, yermas las ciudades y todo con luto y viudez con menoscabo de la hacienda y lucimiento (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 34).

El marqués de Sofraga consignó en Santafé, en noviembre de 1633, que habían muerto muchos naturales por la epidemia por lo faltaban en las minas de plata, sector productivo muy afectado por la doble epidemia, sobre todo por el tifus exantemático:

Por quanto de la enfermedad de tabardillo que desde principios de este año ha habido en este reino han muerto muchos naturales en todos los pueblos del, y porque se va llegando el Tiempo en que necesaria y precisamente se ha de hacer la conducción de indios para la labor de las minas de plata.²³

En el documento del 17 de abril de 1634, en Duitama, se quejan de despoblación por el *tabardillo*, que sigue registrando víctimas mortales al año siguiente: “por la mucha falta que hay hoy de naturales y la mayor que habrá de hoy en adelante con la

23. Sancho Girón, Marqués de Sofraga, “Santa Fe y Tunja, disposiciones sobre epidemia de tabardillo”, Santafé, 29 de noviembre de 1633, en Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia, Sección Colonia, Fondo Miscelánea, leg. 3, f. 1034r.

mortandad que hubo y hay todavía con la peste de *tabardillo*, todas estas tierras son hoy mucho menos que hace diez años” (Martínez-Zulaica 1989, 88). La *Anua* de 1638, no hay de los años de epidemia, consigna que Tunja “fue grande e ilustre ciudad” y dejó de serlo, al sufrir notable disminución de sus habitantes por la mortal epidemia:

Esta nuestra casa de probación de Tunja en una que fue grande e ilustre ciudad, pero ya con los contagios y las pestes que años ha cundieron por el Reino siente notable menos-cabo en sus habitadores y vecinos y en lo opulento de sus haciendas. Con todo son graves los concursos, moradores no pocos y los indios y morenos muchos; su distrito está lleno de más de veinte y cinco mil indios (Del Rey-Fajardo y Gutiérrez 2014, 18).

Para Groot, la epidemia destruyó la mayoría de los pueblos de la sabana, causando la muerte de más de 4/5 partes de los muiscas en dos años: “destruyó la mayor parte de los pueblos de la Sabana, llevándose más de las cuatro quintas partes de los indios [...] no había más que cadáveres, luto, dobles de campanas y lágrimas por todas partes” (Groot 1889, 286-287). A causa de la epidemia, sostiene Cook, “murió un tercio de la población india de la zona y la mortalidad total de la región ascendió a una quinta parte de sus habitantes” (2005, 192).

El historiador de la medicina Antonio Martínez-Zulaica, refiriéndose al trabajo de Lucena, afirma que la epidemia de tifus, así como la circunstancia del despoblamiento de la tierra descritas por el historiador español, las encuentra en el Archivo Regional de Boyacá, “en el legajo 73, folios 337 a 393, se dictan disposiciones al respecto por Don Antonio Rodríguez de San Isidro [...] visitador general del Nuevo Reino de Granada. Corre el año de 1634” (Martínez-Zulaica 1989, 88) agrega que: “el tabardillo en 1632 expidió pasaporte para el otro mundo al Corregidor de Tunja don Martín de Sierralta” (Martínez-Zulaica 1989, 88), estando en la ciudad de Pamplona.

La viruela llegó al occidente de la provincia de Tunja, a la zona esmeraldera de Muzo: “Rodrigo Zapata, escribano de visitas, constató en un viaje a Muzo [tercer decenio del XVII] la presencia de una epidemia posiblemente variolosa” (Martínez-Zulaica 1989, 88).

Juan A. Villamarín, sostiene en su tesis que la epidemia más devastadora del siglo XVII “se presentó en territorio muisca a principios de 1633. La enfermedad, identificada como tifo exantemático, según el cabildo de Santafé, fue responsable de la muerte de

aproximadamente 1/3 de la población indígena de Santafé y Tunja” (Villamarín 1972, 252). Según Villamarín, el término español *tabardillo*, cubre una amplia variedad de síntomas que podría pensarse en varias enfermedades, pero concluye que la epidemia de 1633 fue de tifo exantemático (Villamarín y Villamarín 1991, 114).

En carta del 23 de agosto de 1633, el arzobispo declaró: “este reino ha sido azotado por una terrible plaga que comenzó hace seis meses en la ciudad de Santafé [...] y se está extendiendo a lo largo de esta tierra, trayendo gran ruina a españoles y nativos, cuyos pueblos están, en su gran mayoría, desiertos, habiendo muerto casi 5000 personas tan sólo en la ciudad de Santafé” (Francis 2002, 41).

Michael Francis afirma que la población de la Provincia de Tunja quedó reducida a la cuarta parte en 1636, sobre todo, al llegar las epidemias del Viejo Mundo: “En 1635-1636, hubo, tan sólo en la Provincia de Tunja, otros seis brotes epidémicos que redujeron en casi un ochenta por ciento la población nativa de la región, pasando en apenas cien años, de más de 200 000 indios, a menos de 50 000. Aunque una parte de la caída poblacional puede ser atribuida a las guerras de conquista, el escape, la migración, el tratamiento indígena de las enfermedades y el mestizaje, la causa más importante y dramática de ésta fue la irrupción de las enfermedades del Viejo Mundo” (Francis 2002, 14).

Sobre la epidemia de *tabardillo* afirmó Colmenares: “la de 1633 dejó huellas profundas y posiblemente haya puesto un clímax a la crisis de la producción minera que experimentaba en ese momento el Nuevo Reino”, agrega que, no solo las enfermedades infecciosas diezmaban los indígenas “los cambios introducidos en la dieta pusieron afectar seriamente el equilibrio biológico. Para no hablar de la introducción del ganado” (1984, 60). En el momento en que la curva demográfica indígena alcanzó su punto más bajo, a mediados del siglo XVII, un siglo después de la conquista, Colmenares registra el aumento de la población mestiza, inicialmente en las ciudades, donde residían los españoles (1984, 87-91).

Villamarín y Villamarín, realizaron una comparación de las cifras de los trabajos de Eugenio-Martínez (1977) y los de Colmenares (1984), que usaron el número de tributarios en la provincia de Tunja, tomando las visitas de los años

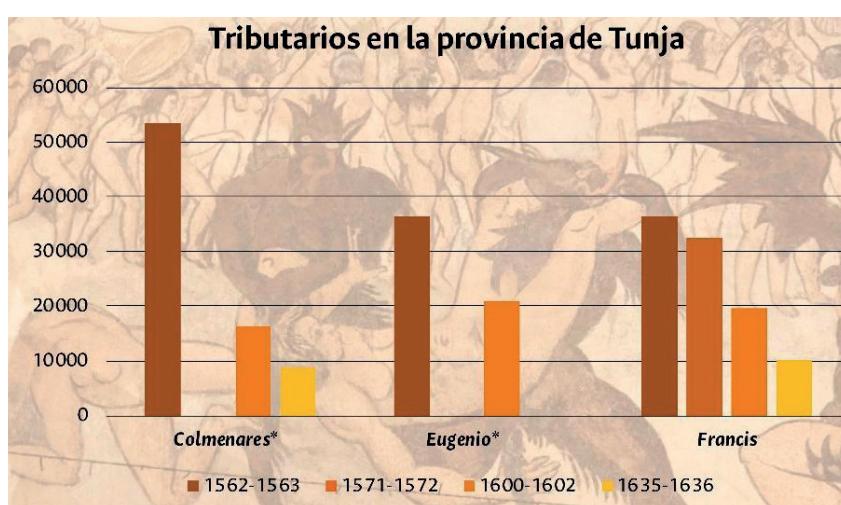
1562 y 1572 como línea base para comparar con las visitas de 1602 y 1635/36. Colmenares encuentra que la población de tributarios disminuyó un 69 % entre 1562 y 1602. Eugenio-Martínez calculó un 42 % en el mismo periodo. Colmenares estimó que la población de tributarios disminuyó un 47 % entre 1602 y 1636 (Villamarín y Villamarín 2003, 124). Esta doble epidemia produjo el colapso definitivo de la población indígena en el corazón del Nuevo Reino y el principio del fin de la sociedad encomendera de Tunja (tabla 1 y figura 2).

Tabla 1. Disminución de tributarios en la provincia de Tunja (1562-1693)

Tributarios en la Provincia de Tunja			
Años	Colmenares	Eugenio-Martínez	Francis
1562-1563	53 465	36 235	36 375 - 36 475
1571-1572			32 418
1600-1602	16 348	20 843	19 616
1635-1636	8610		10 144

Fuente: Colmenares (1984) y Eugenio-Martínez (1977) en el análisis de Villamarín y Villamarín (2003) * y el trabajo de Francis (2002).

Figura 2. Tributarios en la provincia de Tunja



Fuente: Colmenares (1984) y Eugenio-Martínez (1977) en el análisis de Villamarín y Villamarín (2003) * y el trabajo de Francis (2002).

Colofón

Tras la doble epidemia, un siglo después de la conquista, se dictó la primera cátedra de medicina en el Nuevo Reino. Rodrigo Enríquez de Andrade, protomedico, solicitó licencia para dictar la cátedra de medicina por la desastrosa situación de salud tras la peste. El 1º de abril de 1636, en latín, se dictó la primera cátedra de medicina, teórica y escolástica, en el colegio de San Bartolomé de Santafé, que cerró cuatro años después por falta de interesados (Martínez-Martín 2002, 188).²⁴

Conclusiones

La *Peste general* unió dos epidemias, viruela y *tabardillo*, que aumentaron la mortalidad general. Mientras el tifus exantemático mató adultos, la viruela a niños. Influyó en la abundante mortalidad el *tabardillo*, epidemia en *Suelo virgen* que, afectando todo el continente, se extendió fácilmente por el frío del altiplano andino, donde iba la gente vestida, vivía hacinada, no abundaba el baño y si los piojos, en pésimas condiciones higiénicas y falta de atención médica, por no hablar de la sequía y la hambruna, que registran documentos y cronistas.

El tifus exantemático afectó no solo a los indios, también a esclavos, a españoles criollos y castas, todas las clases sociales, incluido el arzobispo Almansa, por lo que la peste fue interpretada por sus partidarios en el enfrentamiento con el presidente, como castigo divino por haber sido rebeldes a su prelado.

La epidemia doble de 1633 trajo por segunda vez a Santafé y Tunja como celestial medicina a la Virgen de Chiquinquirá, aceleró en las dos ciudades la llegada de los Hermanos de Juan de Dios para administrar los hospitales del Reino y la apertura de la primera cátedra de medicina en el Colegio de San Bartolomé de Santafé en 1633.

24. Se habían fundado con anterioridad dos cátedras de medicina en América, una en la Real y Pontificia Universidad de México (1551) y en la Universidad de San Marcos de Lima, un año antes que Santafé (Martínez-Martín 2002, 188).

La *Peste general*, una epidemia doble de viruela y tifus exantemático, es determinante porque produjo el colapso definitivo de la población indígena en Tunja y Santafé y, con ello, el poder de la sociedad encomendera, es una epidemia recordada por los historiadores del siglo XIX y primeras décadas del XX como *Peste de Santos Gil*, pero olvidada hoy como epidemia de tifus exantemático asociada con viruela con efectos tan importantes sobre la sociedad neogranadina.

Las fuentes de la demografía histórica del siglo XX coinciden con la rica y valiosa información sobre la *Peste general* que consignaron los cronistas del siglo XVII, que describieron con detalles la crisis sanitaria vivida, la epidemiología, la mortalidad y morbilidad de esta doble epidemia, que relacionan con la ira divina, la despoblación, la sequía y la hambruna, evidenciando los factores sociales y culturales que determinan las enfermedades humanas. También revelan las fuentes primarias el conflicto político entre la Audiencia y el Arzobispado. Los bandos formados en cabildos y conventos hacen necesario contrastarlas críticamente para extraer este cuadro devastador causado por la doble epidemia que afectó la población, la sociedad y la economía neogranadina.

Referencias

Álvarez-Tobón, Martín. 2022. “Los ídolos siguen deambulando”: relectura de dos procesos de extirpación de idolatrías en el suroccidente de la provincia de Tunja (1595)”. *Fronteras de la Historia* 27 (1): 274-295. <https://doi.org/10.22380/20274688.1841>

Acuna-Soto, Rodolfo, David W. Stahle, Malcolm K. Cleaveland, y Matthew D. Therrell. 2002. “Megadrought and Megadeath in 16th Century Mexico”. *Emerging Infectious Diseases* 8 (4): 360-362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730237/>

Acuna-Soto, Rodolfo, David W. Stahle, Matthew Therrel, Richard Griffin, y Malcolm Cleaveland. 2004. “When half of the Population Died: The Epidemic

of Hemorrhagic Fevers of 1576 in Mexico”. *FEMS Microbiology Letters* 240 (1): 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.femsle.2004.09.011>

Archivo General de Indias (AGI). Sevilla-España. Fondo Cabildos seculares: Audiencia de Santa Fe. Fondo Cartas y expedientes: Tribunal de Cuentas de Santa Fe.

Archivo General de la Nación (AGN). Bogotá-Colombia. Sección Colonia, Fondo Miscelánea.

Archivo Regional de Boyacá (ARB). Tunja-Colombia. Sección Archivo Histórico de Tunja, Fondo Cabildo.

Biblioteca Nacional de Colombia (BNC). Bogotá-Colombia. Fondo Antiguo, Sección Libros Raros y Manuscritos.

Biblioteca Nacional de España (BNE), Madrid-España. Misceláneas.

Caballero, José Fernando. 2018. “El año de la plaga: mecanismos de defensa ante la peste de 1648 en la ciudad de Murcia”. Tesis doctoral, Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/61979>

Casado, Manuel. 1992. “Universitarios al frente del Arzobispado de Santafé de Bogotá. Época colonial”. *Estudios de Historia Social y Económica de América* 9: 161-185. <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/5808/Universitarios%20al%20Frente%20del%20Arzobispado%20de%20Santaf%C3%A9%20de%20Bogot%C3%A1.%20%C3%89poca%20Colonial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cervantes de, Miguel. 1998. *Segunda parte del ingenioso caballero don Quijote de la Mancha (1615) bajo la dirección de Francisco Rico*. Barcelona: Instituto Cervantes - Crítica.

Colmenares, Germán. 1984. *La provincia de Tunja en el Nuevo Reino de Granada. Ensayo de historia social (1539-1800)*. Tunja: Academia Boyacense de Historia.

Cook, Noble David. 1999. “El impacto de las enfermedades en el mundo andino del siglo XVI”. *Historica* 23 (2): 341-365. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/historica/article/view/8762>

Cook, Noble David. 2005. *La conquista biológica. Las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1650*. Madrid: Siglo XXI.

Cuartero y Huerta, Baltasar. 1966. “Una obra inédita del Padre Don Bruno de Solís y Valenzuela, monje profeso de la Cartuja de Santa María de el Paular”. *Thesaurus* 21 (1): 30-75. https://cvc.cervantes.es/lengua/thesaurus/pdf/21/TH_21_001_030_o.pdf

Crosby, Alfred W. 1976. “Virgin Soil Epidemics as a Factor in the Aboriginal Depopulation in America”. *The William and Mary Quarterly* 33 (2): 289-299. <https://doi.org/10.2307/1922166>

Del Rey-Fajardo, José, y Alberto Gutiérrez, eds. 2014. *Cartas Anuas de la provincia del Nuevo Reino de Granada. Años 1638 a 1660*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana - Archivo Histórico Javeriano Juan Manuel Pacheco.

Eugenio-Martínez, María Ángeles. 1977. *Tributo y trabajo del indio en Nueva Granada*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispano-Americanos.

Francis, J. Michael. 2002. “Población, enfermedad y cambio demográfico, 1537-1636. La Demografía histórica de Tunja: una mirada crítica”. *Fronteras de la Historia* 7: 13-76. <https://doi.org/10.22380/20274688.682>

- González-Mora, Felipe. 2004. *Reducciones y haciendas jesuíticas en Casanare, Meta y Orinoco ss. XVII-XVIII. Arquitectura y urbanismo en la frontera oriental del Nuevo Reino de Granada*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Groot, José Manuel. 1889. *Historia eclesiástica y civil de Nueva Granada, escrita sobre documentos auténticos. Tomo I*. Bogotá: M. Rivas y Cía. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/67>
- Guerra, Francisco. 1988. “Origen de las epidemias en la conquista de América”. *Quinto centenario* 14: 43-51.
- Guerra, Francisco. 1999. “Origen y efectos demográficos del tifo en el México colonial”. *Colonial Latin American Historical Review* 8 (3): 273-319. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/his-8386>
- Guerra, Francisco, y María Carmen Sánchez. 1986. “Las enfermedades de Colón”. *Quinto Centenario* 11: 17-34.
- Ibáñez, Pedro María. 1968. *Memorias para la historia de la medicina en Santafé de Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Iriarte, Alfredo. 1999. *Ojos sobre Bogotá*. Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano - Sociedad de Mejoras y Ornato de Bogotá.
- John Carter Brown Library (JCBL). Providence-Estados Unidos. Spanish America Collection.
- Livi-Bacci, Massimo. 2003. “Las múltiples causas de la catástrofe: consideraciones teóricas y empíricas”. *Revista de Indias* 63 (227): 31-48. <https://doi.org/10.3989/revindias.2003.i227.550>
- Lucena, Manuel. 1967. “Capítulo V”, “Capítulo VI”, “Capítulo VII”. En *Nuevo Reino de Granada: Real Audiencia y presidentes T. II. Presidentes de Capa*

y Espada (1628-1654), *Historia Extensa de Colombia V. III*, editado por Academia Colombiana de Historia, 95-174. Bogotá: Lerner.

Jackson, Robert. 2014. “Comprendiendo los efectos de las enfermedades del Viejo Mundo en los nativos americanos: la viruela en las Misiones Jesuíticas de Paraguay”. *IHS Antiguos Jesuitas en Iberoamérica* 2 (2): 88-133. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5576268>

Martínez-Martín, Abel. 2002. “Cátedras de medicina y autopsias cadavéricas en Tunja en el siglo XIX”. En *Aproximación histórica a la Medicina y la Salud Pública en Tunja en el siglo XIX*, editado por Grupo de Historia de la Salud en Boyacá-UPTC, 187-230. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/58>

Martínez-Martín, Abel. 2019. *El Hospital de la Purísima Concepción de Tunja 1553-1835*. Tunja: Editorial UPTC.

Martínez-Martín, Abel, y Andrés Otálora-Cascante. 2019. “Una celestial medicina. La Virgen de Chiquinquirá y las pestes de 1587 y 1633 en Tunja”. *Procesos. Revista Ecuatoriana de Historia* 50: 41-68. <https://doi.org/10.29078/rp.voi50.807>

Martínez-Martín, Abel, y Andrés Otálora-Cascante. 2020. “‘A suelo nuevo dar nueva semilla’. El trigo en la provincia de Tunja, Nuevo Reino de Granada, siglos XVI y XVII”. *Maguaré* 34 (2): 137-171.

Martínez-Zulaica, Antonio. 1989. *Fosas y Bronces. La Medicina en la Ciudad de Tunja. Su evolución histórica*. Tunja: Academia Boyacense de Historia.

McNeill, William H. 1976. *Plagues and People*. Nueva York: Anchor Books.

Mercado de, Pedro. 1957. *Historia de la Provincia del Nuevo Reino y Quito de la Compañía de Jesús*. Tomo I. Bogotá: Biblioteca de la Presidencia de la Repùblica.

- Mora, Katherinne. 2015. *Prácticas agropecuarias coloniales y degradación del suelo en el Valle de Saquencipá, Provincia de Tunja, siglos XVI y XVII*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Mora, Katherinne. 2021. “Y vi un caballo negro y el que lo montaba tenía una balanza en la mano’. Hambrunas en la Nueva Granada, 1690-1820”. *Memorias: Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe colombiano* 17 (45): 62-92. <https://doi.org/10.14482/memor.45.986.1>
- Morales-Pino, Augusto. 1981. *La peste de Santos Gil*. Bogotá: Kelly.
- Patiño, Luis. 1922. *El tifo negro o exantemático en Bogotá*. Bogotá: Editorial de Cromos.
- Porras, Ernesto. 2006. *Corónica colonial de Tunja y su provincia*. Tunja: Academia Boyacense de Historia.
- Rodríguez-Freyle, Juan. 1980. *El Carnero*. Medellín: Bedout.
- Rojas, Ulises. 1963. *Corregidores y Justicias Mayores de Tunja desde su fundación hasta 1819*. Tunja: Imprenta del Departamento.
- Sánchez, María Carmen, y Francisco Guerra. 1986. “Pestes y remedios en la Conquista de América”. *Revista Estudios de historia social y económica de América* 2: 51-58. <https://core.ac.uk/download/pdf/58906162.pdf>
- Silva, Renán. 2007. *Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*. Medellín: La Carreta.
- Solís y Valenzuela de, Pedro. 1646. *Epítome breve de la Vida y Muerte del Ilustrísimo Doctor Don Bernardino de Almansa, Criollo de la Ciudad de Lima, Tesorero de la Ciudad de Cartagena, Arcediano de La Plata, Inquisidor de*

Logroño y de Toledo, Arzobispo de la Isla de S. Domingo Primado de las Indias, Arzobispo de la muy noble y leal ciudad de Santa Fe de Bogotá en el Nuevo Reino de Granada... Lima: Por Pedro de Cabrera.

Solís y Valenzuela de, Pedro. [S. XVII] 1977. *El desierto prodigioso y prodigo del desierto*. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo.

Soriano-Lleras, Andrés. 1966. *La medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la Conquista y la Colonia*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Tobar y Buendía, Pedro. 1986. *Verdadera histórica relación del origen, manifestación, y prodigiosa renovación por sí misma, y milagros de la imagen de la Sacratísima Virgen María Madre de Dios Nuestra Señora del Rosario de Chiquinquirá que está en el Nuevo Reino de Granada de las Indias, a cuidado de los religiosos de la Orden de Predicadores. En Madrid, 1694*. Tunja: Academia Boyacense de Historia.

Vargas-Lesmes, Julián. 2007. *Historia de Bogotá. T.I. Conquista y Colonia*. Bogotá: Villegas Editores.

Villamarín, Juan. 1972. “Encomenderos and Indians in the Formation of Colonial Society in the Sabana de Bogotá, Colombia 1537 to 1740”. Tesis doctoral, Brandeis University.

Villamarín, Juan, y Judith Villamarín. 1991. “Epidemic Diseases in the Sabana de Bogota, 1536-1810”. En *Secret Judgments of God. Old World Disease in Spanish Colonial America*, editado por Noble David Cook y W. George Lovell, 113-141. Norman: University of Oklahoma Press.

Villamarín, Juan, y Judith Villamarín. 2003. “Native Colombia: Contact, Conquest and Colonial Populations”. *Revista de Indias* 63 (227): 105-134. <https://doi.org/10.3989/revindias.2003.i227.554>

