

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA CULTURAL E HISTORIA DE  
AMÉRICA Y DE ÁFRICA

PROGRAMA DE DOCTORADO. RECUPERACIÓN DE LA MEMORIA, AMÉRICA  
LATINA. BIENIO 2004-2006

**“ASISTENCIA, SANIDAD Y POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE SAN  
FRANCISCO DE CAMPECHE, 1812-1861”**

CARLOS RAMÓN ALCALÁ FERRÁEZ

TESIS DIRIGIDA POR:  
DRA. PILAR GARCÍA JORDÁN

Barcelona, 2008

## **1. SALUD PÚBLICA: BALANCE HISTORIOGRÁFICO**

La salud, como tema de investigación desde una perspectiva histórica, es una herramienta de análisis para comprender los procesos sociales que se presentaron en un espacio determinado, en tanto utilizaré una serie de indicadores referidos a las condiciones de vida de una sociedad. La amplitud del concepto nos obliga a realizar estudios multidisciplinarios y utilizar distintas ramas del conocimiento. En México, los trabajos que marcaron las vertientes para estudiar la salud fueron los de Josefina Muriel, quien dio la pauta para el estudio de los hospitales novohispanos. En relación con las epidemias fueron significativos los trabajos de Bustamante (1958), Cooper (1980), Florescano (1982), Malvido (1973), Lilia Oliver (1986), Cook y Borah (1977) quienes utilizaron la historia social, la demografía histórica y la historia de la medicina.

El objetivo del capítulo consiste en realizar un balance historiográfico acerca de la salud, desde la perspectiva de los ejes de análisis que utilizaré durante este trabajo. La estructura de este apartado pasa por dos aspectos: en primer lugar, una descripción de los trabajos que se han publicado referidos a las diversas instituciones encargadas de la salud, principalmente los hospitales; algunos postulados de la práctica médica, resaltando las teorías que originaron los pensamientos con respecto a la causa de las enfermedades y las epidemias, principalmente las de cólera, por ser la principal pandemia del siglo XIX y la viruela, con la implementación de las campañas de vacunación. Esta secuencia obedece al orden determinado para esta investigación.

En segundo lugar, me centraré en la Península de Yucatán y la ciudad de Campeche, con el propósito de establecer las aportaciones realizadas en la región con respecto a la salud. Para ello abordaré primero, la revisión de las monografías de historia general para identificar que aspectos de la salud mencionan; segundo, la descripción de las publicaciones que se han realizado desde la historia de la medicina, la beneficencia e instituciones; tercero, los artículos que se han publicado sobre hospitales, sanidad y biografías de médicos peninsulares; y por último, las epidemias, principalmente la de cólera. Por lo tanto, este balance historiográfico permitirá mostrar las falencias existentes sobre el tema y plantear nuestras hipótesis de trabajo, herramientas metodológicas y perspectivas, que servirán para su aplicación en la ciudad de Campeche. Cabe destacar que un estudio de estas características, enriquecerá el quehacer histórico campechano, generalmente interesado en las cuestiones políticas y económicas.

## **1. 1. Ejes temáticos**

En Europa, los estudios sobre la salud tomaron auge durante la década de 1930. Los médicos fueron los primeros en realizar descripciones históricas, principalmente sobre las epidemias. Posteriormente, autores como Cipolla (1993) y Le Roy Ladurie (1998) profundizaron sobre las condiciones ambientales como factor de riesgo para las enfermedades. En México, los estudios monográficos de Ocaranza (1934) y Somolinos (1980) fueron la pauta para la realización de investigaciones con mayor rigor científico, partiendo de la historia social y la demografía histórica principalmente. De acuerdo con los objetivos trazados para este capítulo, las instituciones, la práctica médica y las epidemias serán los ejes a describir en este apartado.

### **1.1.1. Instituciones de salud**

En este apartado abordaré algunos planteamientos sobre las instituciones de salud como eje central de análisis, destacando en primer lugar, la sanidad pública donde Viñes y Grabuleda abordaron el caso español; en México se distinguieron los trabajos de López, Rodríguez, Olmos, Molina y Vera. En segundo lugar se consideraron para la asistencia hospitalaria, los trabajos realizados en España por Carasa, Maza, García y López, mientras que en la república mexicana sobresalieron los estudios de Muriel y Alberro. Asimismo, investigaciones como las de Oliver y Tucker utilizaron las dos vertientes para el estudio de la modernización urbana, profesionalización médica y responsabilidad institucional.

El aspecto político se vincula al desarrollo de las instituciones y las de salud no son la excepción. Actualmente están enfocadas hacia un colectivo, donde es necesario tener una población sana y limpia que por una parte, permita un mayor desarrollo del estado y por la otra, justificar a éste como responsable ante el ciudadano. Durante la colonia, el protomedicato<sup>1</sup> fue un mecanismo rector de las cuestiones de salud por disposición de la Corona. López Antuñano afirmó que las crisis demográficas por hambrunas y epidemias hicieron que la salud se convirtiera en tema para las autoridades españolas, porque era necesario mantener la mano de obra para la realización de trabajos pesados (López, 1993). La Ilustración y las reformas borbónicas iniciaron un proceso de secularización de estos organismos, lo cual se consolidó en el siglo XIX.

---

<sup>1</sup> Con respecto a las funciones del Protomedicato, véase Martín, 2000.

Las instituciones de salud como eje de análisis se dividieron en dos aspectos: las referentes a la sanidad pública y las de asistencia. Por lo que se refiere al primer aspecto destacó el estudio de Viñes, donde el objetivo central fue el análisis de la evolución de las instituciones que regían la salud pública en España durante el siglo XIX. La primera parte consistió en una descripción del proceso en todo el país, donde mencionó el desarrollo del protomedicato, las juntas superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia, así como la Junta Suprema de Sanidad. Para la segunda mitad de ese siglo, realizó el mismo planteamiento a través del Real Consejo de Sanidad, Dirección General de Sanidad, las juntas provinciales y municipales de sanidad, así como las academias de medicina. En la segunda parte del trabajo describió el funcionamiento de la junta provincial de sanidad en Navarra: estructura orgánica, epidemias, medidas para el saneamiento de las ciudades y el papel de los facultativos (Viñes, 2006).

Grabuleda analizó la salud pública con el crecimiento urbano de Barcelona durante el siglo XIX. En la primera parte describió la reformulación de conceptos de beneficencia y salud pública. En segundo lugar, desde la perspectiva del modelo liberal clásico e industrialización de las ciudades, evaluó las condiciones de vida de la población, el surgimiento de enfermedades y accidentes profesionales, así como la cualidad de los alimentos. También consideró el control de la política asistencial por parte de los municipios y las iniciativas particulares. La tercera parte abordó las epidemias en relación con el crecimiento urbano, la evolución legislativa y la reformulación de la políticas de salud, por parte del ayuntamiento barcelonés (Grabuleda, 2002).

En México, Rodríguez y sus colaboradores presentaron un análisis de la salud pública en la Nueva España, principalmente en la ciudad de México durante los siglos XVI-XVII en los que se describieron las enfermedades y epidemias significativas; la creación de hospitales, las medidas preventivas y curativas, los organismos implicados y el saneamiento ambiental. Los autores concluyeron que la atención médica “fue eficiente y completa” durante todo el virreinato<sup>2</sup>; mientras que las ideas con respecto al saneamiento ambiental evolucionaron hasta el siglo XVIII (Rodríguez, 1999: 189-199).

Olmos Sánchez establece el papel que jugaron las instituciones gubernamentales con respecto a la implementación de medidas higiénicas sanitarias, lo que demostró el

---

<sup>2</sup> El artículo es un extracto de su tesis doctoral (Rodríguez, 1996). El criterio para esta afirmación se basó de acuerdo a las acciones que tomaban las estructuras gubernamentales. Sin embargo, no estoy de acuerdo con este planteamiento porque la mortalidad, durante ese periodo, era elevada y se debía a la falta de control en las medidas preventivas contra las epidemias. El entrecomillado es mío.

interés temprano con respecto a la atención de las enfermedades, y en conjunto con el pensamiento médico imperante encontraron una perfecta justificación para su funcionamiento, a pesar que las disposiciones no se aplicaban totalmente<sup>3</sup>. Los ejes de análisis que utiliza son los aspectos demográficos y la relación de las crisis de subsistencia con las epidemias (Olmos, 1991: 32-36).

América Molina afirmó: “Las ideas ilustradas influyeron en el tratamiento y manejo del desastre por parte del gobierno y la Iglesia, relegando a un segundo plano ciertas manifestaciones de índole religiosa, así como la sustitución de la vieja concepción de caridad cristiana para asistir a los damnificados, por una de carácter mas asistencial”<sup>4</sup> (Molina, 1996: 13). Lo importante fue destacar la respuesta del gobierno municipal y virreinal ante el *matlazahuatl*<sup>5</sup> de 1736 a 1739. Las acciones emprendidas “constituyeron un antecedente cercano a los cambios impulsados por los ilustrados en materia de salubridad y asistencia pública” (Molina, 1996: 58). Por el contrario, Cooper señaló que las medidas ilustradas aparecieron en la Nueva España durante la segunda mitad del siglo XVIII (Cooper, 1980).

Los trabajos de Martha Vera, en el Estado de México, se enfocaron al estudio de las acciones públicas emprendidas por el Estado mexicano, a través de sus instituciones, con el propósito de influir directa o indirectamente en la salud de sus habitantes. La finalidad de elegir este tipo de intervención gubernamental: “es profundizar en su conocimiento como favorecedora de una mayor supervivencia en una población como la mexicana que ha enfrentado y enfrenta profundas desigualdades entre los distintos grupos que la integran”<sup>6</sup> (Vera, 2001: 122).

En segundo término, debo referirme a los trabajos que abordan en conjunto la asistencia y las políticas que se implementaron para el combate de las epidemias<sup>7</sup>. En este marco, Lilia Oliver analizó el proceso de modernización social y cultural de la Guadalajara decimonónica, los antecedentes de la institucionalización de la salud pública, la secularización de los hospitales y el conocimiento médico durante el siglo XIX. Con respecto a la salud pública, la autora sostiene que uno de los grandes

---

<sup>3</sup> Para el periodo colonial, Suárez, 1989; Sesma analiza la sanidad en Puebla durante el siglo XVIII, Sesma, 1992.

<sup>4</sup>El trabajo está formado por tres ensayos, los cuales están enfocados en las crisis agrícolas, epidemias y las respuestas del gobierno a través del virrey, el ayuntamiento, así como de la iglesia en la reglamentación de las celebraciones en respuesta a desastres como temblores, crisis alimentarias y epidemias, las cuales constituyeron mecanismos de control social.

<sup>5</sup> Tifo.

<sup>6</sup> Para la ciudad de México, durante el siglo XIX destacan: Lasso, 1997; Mazzaferrri, 1968.

<sup>7</sup> Con respecto a la sanidad poblana del siglo XVIII, véase Sesma, 1992.

estímulos para la modernización de la ciudad fueron las epidemias de cólera que castigaron a la población en 1833 y 1850. La creciente intervención del estado en el campo de la salud pública y de la medicina en Guadalajara, permitió disminuir –aunque de manera limitada- los estragos producidos por el crecimiento desordenado de la ciudad y atenuar los daños de las epidemias de cólera, paludismo y difteria. En los últimos años de esta centuria, además de la intervención estatal, la Iglesia y las élites de comerciantes e industriales participaron en el campo de la asistencia como señaló la misma autora años antes (Oliver, 2003).

“Se trata de asistir al pobre, en función de que no cause problemas a las clases más privilegiadas, a la naciente burguesía. Así entre las razones que el jefe político expresa para asistir gratuitamente a los indigentes, está la conveniencia pública, aunque en realidad era la conveniencia de unos cuantos. Es decir, había que ayudar al pobre, a la clase desprotegida, en función de que no fuese un peligro para la clase privilegiada” (Oliver, 1992: 149-150).

Por otro lado, Tucker mencionó: “Quizá no en todas partes se atendió con la misma intensidad el problema de la salud pública, sin embargo la evidencia documental de principios de siglo XIX muestra que hubo una transformación en las prácticas concernientes a la salud en algunas comunidades, en donde tanto los gobiernos municipales como los estatales organizaron diversos programas encaminados a resolver este problema, a pesar de la guerra y de la inestabilidad provocada por los conflictos armados”<sup>8</sup> (Tucker, 1998: 10).

Con respecto al estudio de la asistencia social y los hospitales<sup>9</sup>, el estudio de Carasa ofrece un marco general de la distribución y reparto hospitalario español, como punto de referencia a la hora de valorar cualquier institución local o conjunto provincial, así como los factores que obedecen su distribución y en que medida reproduce otros desequilibrios estructurales a través de estructuras demográficas, religiosas, mentales y económicas. Además, realiza una aproximación de un esquema común de los diversos aspectos administrativos, económicos y asistenciales (Carasa, 1985).

Por su parte, Maza afirmó en relación con la evolución de las instituciones benéficas y su pérdida de la autonomía:

---

<sup>8</sup> Las medidas carecían de una directriz central en cuanto a la salud. Por otra parte, no fue sino hasta mediados del siglo XIX, cuando surgieron los conceptos de medicina y asistencia social como una forma de preocupación por una salud colectiva ante la necesidad del desarrollo de una nación.

<sup>9</sup> En México se ha abordado la beneficencia y los cuidados médicos durante la colonia en Chase, 1975. Actualmente uno de los trabajos que relaciona la asistencia con la pobreza es el de Castillo que mencionaré en el apartado relativo al balance historiográfico sobre la salud en Yucatán.

“Las instituciones benéficas, nacidas en el pasado a iniciativa individual o asociativa, acumulan con el paso del tiempo un importante poder económico y relieve social que las convierte en instituciones privilegiadas y poderosas, en grandes propietarias y censualistas. Esta situación que se configura y consagra durante la época moderna, empieza a cambiar desde finales del siglo XVIII, inicio del proceso de desmembración de su poder económico y social. Un proceso lento con pausas y altibajos pero irreversible como el de todo ordenamiento. Con el nuevo orden liberal se consolida la pérdida de su autonomía administrativa, de sus patrimonios y autofinanciación<sup>10</sup>. Fruto de ello es su total dependencia del único garante de sus nuevos valores, el Estado y la vinculación de su muerte final al complejo tema de la deuda y los presupuestos” (Maza, 1985: 11-12).

García señaló que las ventajas de tomar el hospital como objeto de estudio, permiten abordar una perspectiva del establecimiento asistencial como síntesis histórica e institución, que resume las características de la sociedad en la que se inscribe y que le dan sentido. También destacó que en los hospitales se presentan los aspectos político-administrativos, demográficos, económicos, científicos de mentalidades y el arte. Es un espacio físico donde tienen lugar procesos para la garantía de un buen orden social, al poner en contacto pacífico a privilegiados con desprotegidos (García, 1998).

Desde la perspectiva contable, López estudió el sistema hospitalario de la provincia de Albacete, concretamente del Hospital de San Julián entre 1838 y 1859, cuando su gestión corría a cuenta de la Junta Municipal de Beneficencia. Analizó la contabilidad llevada en dicho establecimiento, basada en un sistema de “cargo y data”, a pesar de que existen anotaciones por partida doble desde finales del siglo XIII. El procedimiento utilizado consistía en la confrontación de los cobros obtenidos, derivados de diferentes categorías de ingresos y con los pagos efectuados por los gastos incurridos, en una cuenta general informativa de la corriente de tesorería del hospital (López, 2007).

En México, como señalé antes, el trabajo que marcó la pauta para el estudio de los hospitales<sup>11</sup> y la asistencia fue el de Josefina Muriel, quien realizó una investigación sobre estas instituciones que se fundaron desde la colonia partiendo del concepto de caridad. “¿Cómo fue entendida la idea de la caridad, cómo fue vivida, qué modulaciones le fue dando el hombre al transcurrir de los siglos y en qué condiciones llegó a América

---

<sup>10</sup> Puy analiza la beneficencia en Girona durante la segunda mitad del siglo XIX para definir cuál fue el marco de ésta durante el régimen liberal en España (Puy, 2002).

<sup>11</sup> Un estudio para los hospitales de la ciudad de México durante la colonia. *Cfr.* González, 1987; Martín, 1976; Morales, 2000. Una revisión para la relación entre hospitales y asistencia durante el siglo XIX: Mendoza, 2000 y Olmo, 1999.

para hacer surgir aquí, en la Nueva España, la gran obra de los hospitales?” Son las preguntas que iniciaron la investigación<sup>12</sup> (Muriel, 1990: 9).

La autora estableció que la fundación de hospitales se presentó en las zonas más pobladas, principalmente en el centro de lo que actualmente es la república mexicana y con un sentido religioso; sin embargo: “el papel del Estado español fue, en la mayoría de los casos, proteger las instituciones, estableciendo sobre ellas, cuando se lo pedían, el Patronato Regio [...] Por otra parte, el estado daba todas las facilidades para que los que lo desearan pudieran establecer hospitales [...] no era necesaria licencia real, ya que por la necesidad que había, bastaba permiso del diocesano y del virrey, y una vez establecidas la corona los ayudaba” (Muriel, 1990, I: 306-307).

Durante el siglo XVII, la obra hospitalaria en la Nueva España se caracterizó por la consolidación de las órdenes religiosas que se dedicaron a esa labor, principalmente la de San Juan de Dios, Nuestra Señora de Belem y los Canónigos Reglares de San Agustín (Muriel, 1990, II: 7). Un siglo después la actividad decayó, las concesiones de mercedes reales escasearon, se presentaron disposiciones para el cierre de hospitales y el apoyo de la Corona, a través de la Real Hacienda, disminuyó. Además, las ideas de la Ilustración transformaron la organización política y el Estado intervino en el manejo hospitalario, reduciendo el poder de la Iglesia (Muriel, 1990, II: 319-320).

Solange Alberro, por su parte, publicó un estudio monográfico sobre la presencia de la Orden de San Juan de Dios en México<sup>13</sup>. El trabajo contiene los antecedentes sobre la fundación de la Orden y sus normas; la llegada de la orden a México y los primeros hospitales; así como la expansión de los juaninos en el territorio mexicano. Por último destacó las visitas de 1774 y 1779 y el impacto de las reformas borbónicas en la Orden hospitalaria (Alberro, 2005).

Oliver abordó el hospital desde una perspectiva regional, analizando el impacto sobre las poblaciones cercanas a Guadalajara para demostrar si existía una región hospitalaria alrededor de esa ciudad durante los últimos años del siglo XIX. Los servicios hospitalarios que prestaba la localidad en ese periodo ¿Tenían una extensión territorial que rebasaba el ámbito de esta localidad? La gente de otros lugares, ¿venía para ser hospitalizada? Por lo tanto, a través de la revisión de los libros de hospitales, estableció si la gente ingresada residía en sitios cercanos a ese núcleo urbano en un

---

<sup>12</sup> La primera edición de esta publicación fue en 1960.

<sup>13</sup> En Zacatecas, véase González, 1995.

determinado periodo, su vecindad y el comparativo con la población local (Oliver, 1998).

### **1.1.2. La práctica médica**

Con respecto a la práctica médica fueron significativos los trabajos de López en España, el de Rabí en Perú, así como los de González y Di Liscia en Argentina. En México resaltaron los de Ortiz Monasterio acerca del protomedicato y López en relación con el concepto del cuerpo humano. Para la influencia del sistema médico europeo, las aportaciones de Corbin en Francia, de Larrea, Urteaga y Alcaide en España, así como de Vera en nuestro país fueron importantes.

En este sentido contamos con el trabajo de López, que en el caso español planteaba la posición que ocupaban los médicos en la sociedad española durante el siglo XIX, el conocimiento médico que se desarrolló en ese país; la percepción sobre la sociedad a través de los análisis del proletariado industrial; el testimonio de la sociedad hacia el médico mediante su procedencia social, la formación científica y humana, la relación con el enfermo, así como los ayudantes que los facultativos tenían a su cargo. También, la práctica popular cobró importancia y el interés que el colectivo adquirió sobre los temas médicos (López, 1972).

Zarzoso demostró la evolución de la práctica médica en Cataluña durante el siglo XVIII. En primer lugar, la profesionalización de la medicina a través de los proyectos de creación de instituciones y academias relacionadas con el saber médico; la transformación de la estructura del protomedicato y el colegio médico académico en Barcelona, así como los esfuerzos de este último por consolidarse. El otro eje de la investigación fue el ejercicio de la práctica médica, mediante la asistencia y el estudio de la extensión de los profesionales de la medicina, sus conductas e instituciones asociativas y demanda de asistencia médica (Zarzoso, 2003).

Significativo es también el trabajo que sobre Perú publicó Rabí explicando la formación de médicos y cirujanos criollos, mestizos y de otras castas; el proceso de compensación de la carencia de un centro de preparación profesional -Colegio de Medicina y Cirugía-, la relación médico-estudiante; las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía desde 1551 hasta 1808, así como el establecimiento del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando en la Ciudad de Lima (Rabí, 2006).

En Argentina, González Leandri abordó la constitución del campo médico, a partir del proceso de profesionalización en Buenos Aires entre 1852 y 1886, así como la

existencia de procesos en pugna por la obtención de un monopolio que legitimara el arte de curar. El estudio de la profesionalización, según el autor, puede analizarse en dos aspectos: el primero está conformado por los procesos mediante los cuales, los grupos ocupacionales, deseosos de convertirse en profesiones, adquieren finalmente lo que ciertos autores denominan un monopolio cognitivo. El segundo, las estrategias que promovieron el monopolio de la práctica o actividad en cuestión. En este ámbito operaron los arreglos corporativistas, las estrategias asociativas y de fomento de la identidad grupal, así como los mecanismos de clausura legales, credencialistas y de carácter informal (González, 1999).

Silvia Di Liscia realizó un análisis del pensamiento médico científico en la Región Pampeana (Argentina) desde mediados del siglo XVIII a principios del siglo XX, en comparación con dos grandes bloques ideológicos: la medicina indígena por un lado y la medicina popular por el otro. Por lo tanto, fue posible observar la forma en que evolucionaron durante el siglo XIX, así como la consolidación de la medicina científica sobre los otros sistemas médicos alternativos (Di Liscia, 2002).

En México, Ortiz Monasterio abordó el protomedicato desde la perspectiva de las profesiones médicas<sup>14</sup> y las causas del surgimiento de las prácticas ilegales de la medicina a través del contexto histórico, así como el reconocimiento del trabajo de los charlatanes por parte del pueblo, al considerarlos como personas cercanas en momentos de apremio (Ortiz, 2004). Martha Vera describió los sistemas médicos que se crearon en Europa, como base para la construcción de la práctica médica en México durante el siglo XIX. También analizó la creación de hospitales con base a esas teorías, que influyeron en las medidas preventivas y curativas (Vera, 1999).

Para entender el pensamiento médico que dominó en Francia durante los siglos XVIII y XIX, el trabajo de Corbin, sobre las transformaciones en la manera de percibir y analizar los olores, sirvió como punto de partida. El autor planteó que el olfato detectaba los peligros que ocultaba la atmósfera. Era el mejor analista de las cualidades del aire, advertía la amenaza y distinguía a distancia la podredumbre así como la presencia del miasma. El objetivo de la investigación consistió en detectar los comportamientos que se presentaron con respecto a las teorías de la percepción de los olores. El trabajo resultó interesante porque a través del conocimiento de los sentidos, el olor se convirtió en un indicador de los niveles de contaminación, de la construcción del

---

<sup>14</sup> Cfr. Bautista, 2000.

discurso médico con respecto a la causa de las enfermedades y las medidas que surgieron a partir de estos planteamientos; como la ventilación de las habitaciones, la limpieza de las calles y la estigmatización con respecto a los olores, para el combate contra las epidemias (Corbin, 1987).

Larrea tomó como eje central el miasma, a partir de la consolidación de un proceso de secularización del conocimiento médico sobre las causas mórbidas, donde la cuestión ambiental de la enfermedad jugó un papel clave. En su hipótesis afirmó que la teoría miasmática limitó su desarrollo teórico por el predominio del olor, como indicador de la presencia de enfermedades, pero que al mismo tiempo, favoreció medidas que sirvieron para el reordenamiento del espacio. Las medidas que surgieron consistían en la aplicación de la fumigación, la ventilación, el reordenamiento de las cárceles, cementerios y hospitales hacia el exterior de las ciudades. Estas disposiciones se convirtieron en medidas permanentes para la erradicación de las epidemias (Larrea, 1997: 55-56).

Con el surgimiento de la teoría miasmática, los médicos desarrollaron el higienismo a partir de la influencia del entorno ambiental y social en el desarrollo de las enfermedades. Según Urteaga: “La raíz del pensamiento higienista está en el impacto que produce en los espíritus europeos la revolución industrial” (Urteaga, 1980: 1). En España, los médicos desarrollaron diversos estudios sobre las condiciones de vida y surgieron los tratados de higiene, las topografías y geografías médicas, así como el desarrollo de una política de salud a partir de la ilustración, donde las academias de medicina jugaron un papel importante en la profesionalización de la salud (Urteaga, 1980)<sup>15</sup>.

Alcaide describe la evolución del higienismo en España durante el siglo XIX, a través de los médicos que tuvieron una formación liberal, de acuerdo a los planteamientos de la ilustración que se concretaron en algunos campos, como la medicina y planteaba el mejoramiento de la atención médica a las clases sociales

---

<sup>15</sup> Durante el siglo XIX, los médicos españoles produjeron una abundante literatura, que se ha agrupado en los siguientes temas: epidemiología (enfermedades epidémicas como el cólera y la fiebre amarilla), los padecimientos endémicos (viruela, tifo y escarlatina) y las enfermedades profesionales relacionadas con la revolución industrial. En segundo lugar, los estudios con una línea de pensamiento social que reflejan: la pobreza, la beneficencia, las costumbres y las reformas sociales. En tercer lugar, investigaciones empíricas de tipo sociológico que abordan la clase obrera y los efectos de la industrialización sobre la salud pública. En cuarto lugar, las geografías y topografías médicas cuyo contenido eran algunas consideraciones sobre el origen y desarrollo de las epidemias, focalizadas a ciudades, comarcas o regiones. Por último, desde la perspectiva de la higiene, el espacio urbano fue tema principal con respecto a los servicios (mataderos, alcantarillados, cementerios, etc.), espacios habitacionales y edificios públicos como los hospitales y las cárceles (Urteaga, 1980: 2).

desfavorecidas. La higiene se convirtió en una disciplina médico-social, gracias al contacto de los facultativos españoles con los médicos ingleses, durante el régimen absolutista. El proceder de los médicos higienistas se caracterizó por el estudio de las enfermedades, el análisis de sus causas, así como las aportaciones científicas y sociológicas. La legislación fue la herramienta por la que se insertaron algunos de los preceptos higiénicos y marcaron la necesidad de un cambio social que abarcó una mejora a la calidad de vida (Alcaide, 1999).

A través de la revisión de la prensa mexicana durante el siglo XIX, López estudió la construcción del concepto del cuerpo humano a partir de la niñez, el proceso de la educación física e intelectual, la enseñanza de los médicos respecto a la salud, la alimentación y la utilización de medicamentos, en relación con la cultura y las discusiones en el ámbito científico. Es una discusión del proceso histórico sobre el concepto del cuerpo, sus manifestaciones y recursos que se construyeron en una relación de símbolos y significados. Es un trabajo en el que recorre la historia junto con la antropología y la psicología, a partir del entendimiento del cuerpo como una unidad, desde la cultura y sus efectos en el individuo (López, 2000: 14-15).

### **1.1.3. Epidemias**

El tema que más han trabajado los investigadores de la historia de la salud son las epidemias, debido al impacto que producen en un espacio de tiempo tan corto y las consecuencias a largo plazo en la dinámica poblacional. El contenido de esta sección divide el estudio de las epidemias a partir de los aspectos sociales, políticos, de propagación y perspectiva regional. En México, las investigaciones de Bustamante, Cooper, Sánchez, Molina y Ronzón han sido una muestra de ello; en Colombia resaltaron los trabajos de Díaz y Obregón. Por otra parte, el impacto que las “pestes” han tenido como consecuencia de una política de expansión fue analizado por Crosby, Watts y Ellinor. Desde la demografía histórica, Maldonado, Márquez y Oliver contribuyeron al impacto de éstas en las principales ciudades mexicanas, mientras que a nivel regional Reina utilizó las epidemias como variable para el análisis del crecimiento poblacional en el Istmo de Tehuantepec y Canales consideró el medio rural para relacionarlas con variables demográficas y los precios del maíz.

De igual forma fueron estudiadas como respuesta a fenómenos y desastres naturales, a través del trabajo de Espinosa y Beldarían. Las investigaciones sobre viruela abordaron el periodo colonial, a través de Florescano, Malvido, Oliver e Izaguirre,

mientras que para el siglo XIX, Vera describió el efecto de las campañas de vacunación en el país. Con respecto al cólera, los estudios de Briggs para Inglaterra, Fernández y Moro para España, así como Bourdelais para Francia y Rosenberg en Estados Unidos fueron los más sobresalientes. En México, los autores más representativos fueron Cuenya, Malvido, Oliver, Lugo e Iracheta.

Para el estudio de las epidemias, Crosby describió los efectos del viaje de Colón y la conquista del continente americano, a través de una perspectiva ecológica y ambiental. La irrupción de enfermedades que diezmaron la población indígena como la viruela, la introducción de plantas y animales, la transferencia de alimentos y la presencia de la sífilis en Europa (Crosby, 1991). Es una visión que rompe los conceptos tradicionales de la historia política y los acontecimientos para analizar con más detalles el impacto del “intercambio transoceánico”<sup>16</sup>. En este marco, la conquista de México conjugó una serie de factores biológicos traídos por los europeos, que favorecieron el descenso de la población. Con la llegada de animales, vegetales, semillas y agentes infecciosos que produjeron enfermedades, las sociedades indígenas sufrieron una profunda transformación que dio como consecuencia la expansión y transformación del entorno. Esta situación propició el colapso demográfico de la población indígena, favorecida por los trabajos forzados y los agentes patógenos que los españoles trajeron y que Elinor Melville explicó bajo un concepto denominado *epidemias de suelo virgen*, donde una población huésped sin defensas inmunológicas, es proclive a un rápido avance de un foco infeccioso (Melville, 1999: 15-20).

Watts señaló que la medicina occidental no fue capaz de curar enfermedades epidémicas, pero se convirtió en agente e instrumento del imperialismo. Entre los años de 1880 y 1930 se presentaron dos procesos que se concatenaron para que esto sucediera. En primer lugar, el proceso de medicalización, donde los conceptos de la teoría miasmática retrocedieron en favor de la identificación de agentes infecciosos productores de enfermedades. En segundo lugar, el imperialismo europeo y norteamericano que se expandió por África, América y Asia, como parte de un proyecto encaminado al desarrollo y marcado por las ideas de Herbert Spencer y Darwin, quienes plantearon que los países desarrollados estaban en la cima de la cadena evolutiva. Con estos elementos, el autor presentó como tesis que una de las consecuencias de estas políticas fue: “la creación de redes de pestilencia que igual que la expansión posterior a

---

<sup>16</sup> El entrecomillado es mío y es a partir del título del texto de Crosby.

los viajes de Colón. En toda sociedad, sea Europa, o una región sometida a los efectos del desarrollo, una epidemia influía sobre la relación de poder entre la minoría dominante y la mayoría dominada. Los gobernantes determinaban la respuesta oficial a la enfermedad y sostenían que la enfermedad atacaba a ciertas personas y dejaba en paz a otras”<sup>17</sup>. Bonastra analizó las medidas de prevención contra las epidemias que se articularon en el este del territorio canadiense desde principios del siglo XVIII, última época de la dominación francesa, hasta principios del siglo XX, en que cesó la utilización de la Grosse-Île como estación de cuarentena (Bonastra, 2001).

En Colombia, Díaz analizó los aspectos formales, funcionales y estructurales de los discursos sobre la salud y la enfermedad, en una ciudad colonial como Cartagena, así como las actitudes que asumían los diversos sectores de una sociedad colonial ante la enfermedad y la muerte. Exploró las características de las epidemias en sus dimensiones sociales y culturales para entender cómo se dio la supervivencia de comunidades que aparentemente se extinguieron y las estrategias culturales que se aplicaron en conjunto con la subsistencia de elementos indígenas y africanos, después de los primeros contactos con los europeos (Díaz, 2006).

Obregón examinó las relaciones sociales que se desarrollaron entre médicos, enfermos de lepra y el estado colombiano. También, la interacción entre el conocimiento médico y los intereses de la profesión, la dinámica nacional e internacional de la lucha contra la enfermedad y las luchas de poder de los médicos, donde la construcción de un concepto moderno de ésta era fundamental. El objetivo central del estudio fue explicar el papel que la lepra jugó en el desarrollo de las instituciones de salud pública en Colombia y su papel en la consolidación de la profesión médica. También desarrolló el papel de la enfermedad en las representaciones colectivas de la sociedad y la aportación de este texto radicó en que la mayoría de las publicaciones sobre la historia de la salud, no han considerado la lepra como tema de estudio. Generalmente, los estudios sobre esta enfermedad ha sido producida por investigadores que se ha relacionado con ésta como médicos, enfermeras y misioneros, pero que en América Latina son escasos (Obregón, 2002).

En México, Miguel Bustamante fue de los pioneros en realizar estudios históricos de las enfermedades y algunas de sus tesis permiten establecer otras hipótesis de trabajo: “la epidemiología fue empírica, narrativa y fuente de teorías míticas,

---

<sup>17</sup> Se definía como enfermedad constructo (Watts, 2000: 18).

astrológicas y religiosas, sólo en pequeña parte médicas, para explicar la causa de la enfermedad epidémica [...] la intervención médica se limitaba a la curación y alivio de las víctimas atendidas con hospitales establecidos por las órdenes religiosas o por personas caritativas o a veces por algunas autoridades municipales” (Bustamante, 1994: 5). Al referirse al siglo XIX, enumeró los brotes epidémicos más importantes que se presentaron en el país y cómo, a mediados de este siglo, “las enfermedades endemoepidémicas se incrementaban y disminuían según el número de susceptibles y las oportunidades de difusión de los agentes patógenos” (Bustamante, 1994: 5). El autor concluyó que el estudio epidemiológico es parcial y limitado ante la falta de datos.

La patología predominante en el siglo XIX fue la infecciosa y contagiosa, así como el fenómeno de regionalización ecológica, es decir, la presencia de enfermedades en determinadas zonas del país de acuerdo a la situación climática. También estableció la relación entre epidemia, hambre y el factor político como faltante de una estructura consolidada en relación con las instituciones de salud, porque durante este tiempo no fue posible hablar de una responsabilidad por parte del estado, quedando como encargados las autoridades estatales y municipales. Con los datos referentes a las tasas de natalidad y mortalidad afirmó que la situación sanitaria en México era deficiente. Con respecto a la salud pública, desde el contexto político, no existía una política desde el centro hacia el resto del país y los primeros pasos se dieron con el Primer Congreso de Higiene de 1883, que dio origen a los primeros Códigos Sanitarios de 1891, 1894 y 1902. Finalmente, otro aspecto a destacar fue la resistencia de ciertos sectores médicos a la entrada de medidas contra el cólera, la viruela y el tifo, que hubieran incidido en una menor letalidad y mortalidad (Bustamante, 1982).

En México, Cooper fue otro de los precursores sobre la historia y el significado de las cinco grandes epidemias que afectaron a la población de la Ciudad de México entre 1761 y 1813. Fue un estudio histórico de la administración de la salud pública y una historia social (Cooper, 1980). La publicación de Florescano y Malvido fue la primera compilación de estudios que se realizaron sobre las epidemias en el país, desde la perspectiva de la historia social y la demografía histórica (Florescano, 1982).

Ronzón mostró un panorama general de los efectos causados por las epidemias en los puertos de La Habana, Veracruz y Nueva Orleans durante la segunda mitad del siglo XIX, a través de cálculos de mortalidad. La situación geográfica de la región reflejó que era propicia para el desarrollo de enfermedades de carácter epidémico, endémico y pandémico. Este periodo constituyó un momento de mayor relevancia

comercial para la región, se incrementaron las relaciones y la epidemia de fiebre amarilla de 1905 afectó a los puertos de esa región (Ronzón, 1998).

El trabajo de Gabino Sánchez consistió en el análisis de la epidemia de peste bubónica en Mazatlán<sup>18</sup>, entre 1902 y 1903. En este estudio, el autor consideró que la historia de las epidemias permitió estudiar la historia social de cada nación, a través del modelo histórico-epidémico que se definió como “el proceso simplificado de una realidad histórica comprendida en sus características elementales” (Sánchez, 2002: 137). Con este planteamiento, la epidemia de peste fue resultado de los intercambios comerciales de Mazatlán con San Francisco (Estados Unidos) y desencadenó procesos sociales; tales como la xenofobia hacia la población china que residía en el puerto, pero también impulsó el desarrollo sanitario de la ciudad, así como la coordinación de políticas por parte de autoridades locales y federales (Sánchez, 2002: 156-157).

De los estudios más recientes, el de América Molina analizó la propagación y los efectos del *matlazahuatl* de 1736 a 1739 en la Nueva España. La investigación respondió a dos interrogantes: “¿Cómo hacer que el estudio de la epidemia fuera útil para profundizar en un periodo que ha recibido poca atención? y ¿Cómo hacer que ese mismo estudio sirviera para alcanzar una visión general de la situación de la Nueva España?” (Molina, 2005: 13). Se argumentó que el *matlazahuatl* tuvo un efecto negativo sobre la población novohispana, pero la evidencia disponible muestra que no afectó la prosperidad entre 1690 y 1750. La propagación de la epidemia abrió interrogantes con respecto al papel de rutas secundarias y las distancias entre puntos diversos. Destacó la importancia del comercio y la migración como la única explicación del patrón de propagación. A escala regional, la población adulta indígena fue la más afectada, y su aparición provocó una crisis de subsistencia (1739-1740). Lo más significativo es que ocurrió en un periodo de crecimiento de la Nueva España, pero a nivel local agravó las condiciones de vida y trabajo entre los habitantes de algunos pueblos del área de Toluca y de Puebla<sup>19</sup> (Molina, 2005).

La publicación coordinada por Luz María Espinosa y Enrique Beldarían para el caso de Cuba y México partió de la relación de los fenómenos climáticos, geológicos y antropogénicos con el desencadenamiento de desastres, su repercusión en la seguridad alimentaria y la salud durante el periodo colonial. Los criterios de elección se debieron a que estas zonas tenían la agricultura como principal actividad y por lo tanto, los efectos

---

<sup>18</sup> Puerto mexicano ubicado al norte del país.

<sup>19</sup> Cfr para la ciudad de México López, 1990.

de los desastres naturales y epidemias incidieron en la falta de alimentación de la población indígena. También se estudiaron las rutas de propagación para conocer las redes comerciales y así, conocer al alcance de una enfermedad. (Espinosa, 2005: 9-21).

La demografía histórica representó otro elemento para el estudio de las epidemias, porque las dinámicas de población incidieron en el comportamiento que éstas han tenido en relación con los cambios que presentan de forma natural y en tiempos de crisis por hambrunas secundarias a escasez de alimentos, enfermedades o conflictos armados. Existen tres publicaciones donde la ciudad de México y Guadalajara fueron el espacio físico para determinar comportamientos poblacionales. En primer lugar, Celia Maldonado estableció la existencia de un patrón demográfico típico del siglo XIX con altos niveles de natalidad y mortalidad, así como un crecimiento natural positivo de poca cuantía, pero suficiente para sostener los volúmenes de población. También, las epidemias produjeron un lento crecimiento, pero tuvieron diferentes comportamientos y en varios ciclos, los nacimientos rebasaron a las defunciones, salvo en los años de crisis; pasadas las epidemias los nacimientos, matrimonios y defunciones volvían a su ritmo acostumbrado (Maldonado, 1995).

En segundo lugar, Lourdes Márquez a través de un estudio comparativo del brote de tifo de 1813 y el cólera de 1833 en la ciudad de México, observó con la distribución y letalidad de estas enfermedades en los habitantes de la ciudad, que un grupo o sector social participaba de condiciones de vida y salud heterogéneas, producto de su situación histórico-social concreta, lo que se ha dado en llamar la desigualdad ante la muerte y cómo los factores biológicos se combinaron con otros para originar una distinta distribución de la enfermedad y de la muerte. (Márquez, 1994: 29).

En tercer lugar, Lilia Oliver destacó el comportamiento de la mortalidad en Guadalajara, principalmente en los años de epidemias donde se relacionaron las condiciones de vida de la ciudad y cómo éstas incidieron en su propagación, principalmente las fiebres palúdicas de 1814, el sarampión de 1825, la viruela de 1830 y el cólera de 1833, donde aparecieron de manera más pronunciada el nivel de vida de la población como principal factor:

“La mortalidad diferenciada por clases sociales se ha manifestado en diferentes proporciones según el grado de desarrollo de la sociedad; esto es, según los diferentes modos de producción. Es probable que la desigualdad ante la muerte en épocas precapitalistas fuera menos marcada que en los albores del capitalismo; para expresarlo en otros términos, diríamos que en los momentos en

que las contradicciones sociales son más agudas, la desigualdad se manifiesta más nítidamente” (Oliver, 1992: 127).

También describió las fiebres y pulmonías de 1837. Con relación a la mortalidad infantil no se presentaron variaciones importantes durante la primera mitad del siglo XIX (Oliver, 1992: 127). El contexto político, económico y social se relacionó con las variables demográficas para analizar realidades históricas, donde las epidemias son parte del proceso para observar la evolución de la población y, en este sentido, Reina tomó la región del Istmo de Tehuantepec como espacio de estudio para analizar los proyectos de colonización y las modificaciones en la mortalidad, que significaron el crecimiento de la población durante las últimas décadas del siglo XIX. El objetivo del trabajo fue el análisis de las epidemias, los desastres naturales, las crisis de mortalidad y los efectos de los proyectos de desarrollo para caracterizar el tipo de poblamiento y el dinamismo económico, con sus contradicciones de desigualdad social, concentración de la población en ciertos puntos, propagación de enfermedades, riesgos de trabajo, hambre y pobreza. La autora concluyó que la frecuencia de epidemias disminuyó y la mortalidad natural fue mayor que los brotes de paludismo o fiebre amarilla. Sin embargo, las tasas de mortalidad disminuyeron como consecuencia de los programas de colonización que redistribuyeron la población y la implementación de políticas de salud pública, que permitieron un aumento en las tasas de crecimiento (Reina, 1999).

Partiendo de los conceptos del antiguo régimen, Pedro Canales aplicó en el poblado de Zinacantan<sup>20</sup> una propuesta metodológica para el análisis de la mortalidad; el estudio reflejó que los indígenas fueron la población más afectada y que el precio de los granos no se vinculó directamente con la aparición de epidemias, tesis que se opuso a las tradicionales<sup>21</sup> (Canales, 2006).

Con respecto a la viruela, los trabajos realizados se han enfocado a la época colonial, principalmente las monografías que se encuentran en los textos de Florescano y Malvido citados. Lilia Oliver hizo una revisión de las actividades realizadas en Guadalajara con la llegada de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna; en particular, los asuntos relacionados con la organización de las Juntas de Vacunación, que se instituyeron en los lugares donde pasaban los expedicionarios (Oliver, 2005:

---

<sup>20</sup> Es un pueblo perteneciente al Estado de México.

<sup>21</sup> Para un estudio más detallado sobre los precios del maíz durante la colonia, véase Florescano, 1969. Livi-Bacci cuestionó la asociación de estos factores (Livi-Bacci, 1990) y en México, Brading, 1989 y Rabell, 1993.

208). El estudio de Izaguirre tuvo como objetivos identificar y definir las causas, los procesos y los impactos de la viruela en San Luis Potosí, durante el período de 1790 a 1810 y analizar las medidas que implementó la corona española para promover una campaña de vacunación contra la viruela a partir de 1804, revisando el impacto y las reacciones que generó en la población (Izaguirre, 2002). Martha Vera estudió las primeras formas de protección contra la viruela en el Estado de México durante el siglo XIX<sup>22</sup>.

El cólera fue la principal pandemia del siglo XIX y entre los estudios referentes utilizados por los investigadores mexicanos destacó el de Asa Briggs, cuya aportación es el uso del método comparativo y la utilización de la evidencia médica a través de la perspectiva histórica, partiendo de la ecuación sociedad, enfermedad y disturbios políticos; la caridad y la religión; los intereses del comercio; el surgimiento de las instituciones de sanidad y la idea de salud pública en conjunto con la higiene (Briggs, 1977). Por otra parte, Antonio Fernández García analizó la epidemia de cólera que se presentó en 1865 en Madrid, y afirmó: “El cólera no es sólo un factor de primer orden a considerar en el desarrollo y evolución de la población, sino también el determinante de unas coyunturas de crisis, en las que se reflejan con claridad sorprendente actitudes políticas, mentalidades sociales, procesos urbanísticos, intereses encontrados” (Fernández, 1979: 159-156). De igual forma, en esta epidemia, “las autoridades tratan de ocultar o aminorar las noticias de su importancia; esta actitud se refleja en la escasez de fuentes y en una imprecisión de datos estadísticos” (Fernández, 1979:160).

José María Moro estableció un marco teórico con una perspectiva social como hilo conductor, sin negar las aportaciones desde el enfoque de la historia de la medicina. La investigación destacó que los temas de pobreza e insalubridad aparecieron en la documentación del siglo XIX, por lo cual, es válido afirmar que a pesar de las teorías existentes como la miasmática, la causa de propagación de enfermedades epidémicas se debía a factores relacionados con las condiciones de vida de la población. Por lo tanto, las medidas estaban encaminadas a la asistencia de la gente con menores recursos y mendigos; pero la escasez de recursos de las instituciones, la falta de médicos e instituciones hospitalarias, dificultaron esta labor (Moro, 2003).

Bourdelaís afirmó que los conocimientos actuales de la epidemiología del cólera no permitieron sospechar una relación directa entre la dimensión demográfica del

---

<sup>22</sup> La mayor parte de los estudios relacionados con la viruela abordan el periodo colonial. Chávez, 2001, Para el estudio de la viruela durante el siglo XIX, véase Alvarado, 1996 y Ruiz, 1991.

poblado y la intensidad del ataque. Son en principio la situación del lugar habitado y la proximidad a los grandes ejes comerciales, que determinaron su probabilidad de contaminación. El cólera se propagó gracias a la circulación de los hombres y las mercancías. En seguida, una vez efectuada la contaminación, la propagación dependía de la importancia de la movilidad local, las condiciones de higiene y de salubridad, así como la resistencia inmunológica de los habitantes. La ingestión de agua contaminada no era el único vector del contagio, porque el vibrión se propagaba directamente o por intermedio de ropas y diversos utensilios: “Es entonces la geografía de la propagación epidémica la que da cuenta del ataque colérico a una población, más que sus características particulares, lo que de todas maneras no significa que éstas no jueguen ningún papel en la epidemia” (Bourdelaís, 1999: 76).

Para Rosenberg, las epidemias de cólera del siglo XIX fueron un detonante para la transformación de las políticas de salud pública en los Estados Unidos, que mantenían una inercia inmutable e indiferencia gubernamental. La creciente salud pública encontró en el cólera un aliado para los cambios en materia urbana y medidas preventivas como el saneamiento ambiental, desde los postulados de la teoría miasmática hasta el conocimiento del agua, como agente conductor de la enfermedad por los estudios de Snow en Inglaterra (Rosenberg, 1990: 3-9).

En México, el estudio realizado para la ciudad de Puebla por Elsa Malvido y Miguel Ángel Cuenya estableció que el cólera<sup>23</sup> reflejó las condiciones de miseria y falta de higiene, así como la modificación de las rutas tradicionales, porque la epidemia arribó de los Estados Unidos. El proceso de secularización de la nación se dejó sentir en esta ciudad mediante la construcción del cementerio, por parte de las autoridades. A partir de esta pandemia, los médicos y el proceso salud-enfermedad serían burocratizados y por último; el cuerpo humano cayó en poder de la ciencia médica (Cuenya y Malvido, 1992).

Otro trabajo que destacó fue el de Lilia Oliver, para el caso de Guadalajara en 1833, donde se enlazaron la historia social, la historia de la medicina y la demografía histórica (Oliver, 1986). La mayor parte de los trabajos sobre el cólera se referían al espacio urbano, pero de acuerdo a María Concepción Lugo: “¿Qué pasaba en el campo, residencia habitual de los indígenas? ¿Qué importancia se le dio al paso de la pandemia por el ámbito rural mexicano? ¿Cómo aplicar las mismas medidas que en las ciudades,

---

<sup>23</sup> El cólera ha sido la epidemia que más se ha estudiado en los estudios del siglo XIX. Véase, Delgado, 2003, Gaytán, 1998 y Sánchez, 1996.

si las condiciones del campo eran tan diferentes, sobre todo si se carecía de facultativos, hospitales y recursos para obtenerlos?” (Lugo, 1992: 51). La autora concluyó que “el denominador común ante los estragos del cólera en el campo fue el de la indiferencia y el abandono de sus habitantes a su suerte y a un folleto del que con toda seguridad, pocos supieron de su existencia y del que, tal vez, ninguno llegó a conocer su contenido por falta de una instrucción adecuada” (Lugo, 1992: 53). La entrada del cólera a las ciudades y las guerras que paralizaron las actividades económicas del país produjeron el aislamiento del campo sumado a la carencia de médicos e infraestructura de agua (Lugo, 1992: 53-58).

Para el brote de cólera de 1850, Salvador Rueda analizó el impacto de la epidemia a través de la prensa y el manejo de la información estableciendo que las cifras de fallecidos, sin importar su veracidad muestran un estado anímico y mental muy fuerte, principalmente por un ambiente de pesimismo y un futuro incierto. Con el objetivo de mantener a la población en calma, el Ayuntamiento de la capital del país ordenó a la prensa, que los informes acerca del avance de la epidemia no fuesen consideradas noticias de primera plana hasta que la enfermedad estuviese afectando.

Además, el estudio de una epidemia permitió analizar el papel de los Ayuntamientos, los cuales, no tenían la estructura ni los recursos para hacerle frente y cómo esta situación sirvió de coyuntura para el enfrentamiento de grupos políticos. En cuanto a la muerte: “aunque afectaba a todos, no era públicamente dolorosa más que cuando tocaba a los hombres políticamente conocidos”. Al mismo tiempo, la enfermedad creaba un contexto propio a través de las noticias, recetas, explicaciones, prevenciones, rezos, fórmulas, decretos y bandos (Rueda, 1992: 87-98).

Los trabajos más recientes sobre el cólera son los de Iracheta, acerca de los efectos del cólera morbus en cinco municipios del Estado de México -Toluca, Temoaya, Calimaya, Oztolotepec y Capulhuac-, durante los meses de junio y julio de 1850, así como los elementos que permitieron la propagación. El mayor impacto se presentó en Toluca, principalmente la población femenina y el grupo de edad más afectado fue la población joven e infantil. Con respecto a las causas que permitieron la propagación de esta epidemia, la autora mencionó:

“La miseria generalizada entre las clases bajas, sobre todo, era campo propicio para la propagación de enfermedades. Si bien las autoridades llegaron a entender que las epidemias trascendían el nivel individual para situarse en la esfera de la patología colectiva, la falta de un organismo rector que

institucionalizara una política sanitaria para precaver y atacar las enfermedades, constituyó un factor esencial para la propagación de las epidemias en el México decimonónico” (Iracheta, 1998: 165).

En el Estado de México se reflejó esta situación. El gobierno y las autoridades restantes tenían clara la naturaleza colectiva del fenómeno que representaba la epidemia, así como de la necesidad de contar con un organismo que coordinara la política sanitaria que debía seguirse para atacar la enfermedad. El problema residía en que dicho organismo y sus políticas funcionaron a nivel casuístico. Después de la amenaza del cólera, el Consejo Superior de Salubridad del Estado de México se desintegró y no fue hasta 1883, cuando empezó a funcionar en forma permanente, tanto en Toluca como en los distritos que componían la entidad (Iracheta, 1998: 165).

## **1.2. La salud en Yucatán: perspectiva histórica.**

Después de una descripción general de los principales objetos de estudio con respecto a la salud, aplicaré la metodología seguida en este capítulo para la península de Yucatán y la ciudad de Campeche, a través de la historia de la medicina, los hospitales, la sanidad y las epidemias. Tomando como referencia los libros sobre historia de Yucatán, debo señalar el de Juan Molina Solís que en cuatro tomos contextualizó a la Península de Yucatán durante la colonia y, aunque el tema principal fueron los acontecimientos políticos, la salud y las crisis de subsistencia fueron tomadas en cuenta. También presentó un listado de las enfermedades que se presentaron durante los siglos XVII y XVIII, la expedición del Dr. Balmis con la vacuna contra la viruela, algunos remedios utilizados para el tratamiento de las enfermedades, así como algunos datos sobre los hospitales de San Juan de Dios, San Lázaro y el hospicio de San Roque. Por otra parte, se mencionaron algunos médicos que ejercieron la práctica médica en el puerto durante el siglo XVIII y por último, en el volumen correspondiente al siglo XIX, se destacó el impacto de la epidemia del cólera morbo en 1833<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Molina, Solís, Juan Francisco; *Historia de Yucatán desde la independencia de España hasta la época actual*, Tomo I, La Revista de Yucatán, Mérida, 1921. y del mismo autor *Historia de Yucatán durante la dominación española*, Tomos I, II, III, Imprenta de la Lotería del Estado, Mérida, 1904, 1910, 1913. De igual forma, el trabajo de Eligio Ancona en cuanto al periodo colonial hace unas acotaciones con respecto a los hospitales y epidemias que aparecieron durante la colonia. Para el siglo XIX, al igual que Molina, resalta el cólera morbo de 1833 por el impacto que tuvo en la Península y como causa que retrasó el proceso electoral de ese año. A pesar de esto, los libros son básicamente de historia de acontecimientos políticos y aun cuando realizan balances en cuanto al avance que se tuvo en Educación, Arte, Ciencias y otras áreas del conocimiento en la Península de Yucatán, el aspecto médico aparece de forma muy reducida, limitándose a algunos nombres de médicos ilustres. Ancona, Eligio; *Historia de Yucatán. Desde la época más remota hasta nuestros días*, 2ª edición, Imprenta de Jaime Roviralta, Barcelona, 1889.

En 1905, Manuel Lanz publicó el primer texto sobre historia de Campeche. Presenta datos del Hospital San Lázaro, su fundación, el financiamiento y las instituciones que albergó durante el siglo XIX. De la epidemia de cólera de 1833, reportó el número de fallecidos y la inversión que el Ayuntamiento realizó para las medidas preventivas. Sin embargo no mencionó datos sobre el Hospital San Juan de Dios, ni de Manuel Campos, uno de los médicos más destacados del puerto durante esa centuria (Lanz, 1905). En el año 2003 se publicó la Enciclopedia Histórica de Campeche. Con respecto al siglo XIX, se transcribieron los documentos del texto de Álvarez, principalmente las epidemias de viruela, cólera y fiebre amarilla, así como las mejoras que se hicieron al hospital San Juan de Dios y la noticia del fallecimiento del Dr. Manuel Campos (Alcocer, 2003, tomo III).

### **1.2.1. Publicaciones sobre historia de la medicina**

En esta parte consideraré los textos de Ávila, la Enciclopedia Yucatanense y Erosa, que abordaron la península de Yucatán, mientras que Cantarell y Flores lo realizaron para Campeche. En 1926, el Dr. Ávila Escalante, publicó un libro sobre la historia de la medicina en Yucatán. La publicación está dividida en dos partes: la primera abarca desde la civilización maya hasta 1833. La segunda parte, desde ese año hasta principios del siglo XX. Sobre Campeche menciona la fundación del San Juan de Dios, datos del San Lázaro, la existencia del protomedicato en la península, un listado de médicos que ejercieron en la ciudad de Campeche y una semblanza de Juan Antonio Frutos. Comenta la expedición de Francisco Xavier Balmis y el papel del Dr. Cipriano Blanco en la Junta de Vacunación establecida en Campeche; la existencia de la botica a cargo de José Joaquín Sánchez y por último, la transcripción de la correspondencia que en 1892 mantuvieron Crescencio Carrillo y Ancona, Obispo de Yucatán, y el Dr. Carlos Finlay sobre la fiebre amarilla. La segunda parte recogió una serie de biografías sobre los personajes más importantes de la medicina en Yucatán como Manuel Campos. Los demás aspectos de este apartado están enfocados al periodo en que Yucatán y Campeche eran entidades federativas separadas (Ávila, 1926).

La Enciclopedia Yucatanense dedicó el tomo IV a la salud pública. En primer lugar, abordó la historia de la beneficencia pública desde la colonia hasta principios del siglo XX, refiriéndose principalmente a la ciudad de Mérida y Campeche. Con respecto al puerto, realizó una cronología de los hospitales de San Juan de Dios, San Lázaro, el hospicio de San Roque y la Casa de Beneficencia. Por último, mencionó algunos

aspectos relacionados con la Isla del Carmen (Ferrer, 1944, tomo IV). En segundo lugar, la historia de la medicina alopática, cuya primera parte es una transcripción del texto de Ávila Escalante. Los capítulos que abarcaron el periodo independiente trataron sobre la escuela de medicina que se fundó en Mérida y datos biográficos de médicos yucatecos. Otro tema fue la epidemiología, que constituyó un banco de datos sobre las principales enfermedades que se presentaron en la península desde la colonia. Posteriormente, se describieron las instituciones de salud pública, como la Junta de Sanidad y el Consejo Superior de Salubridad, así como las especialidades médicas que se desarrollaron en la península. Por último, la medicina homeopática, desde 1833 hasta la década de 1940 del siglo XX (Osorio, 1944).

En 1993, el Gobierno del Estado de Yucatán editó una monografía histórica sobre la salud pública. El capítulo que abordó el siglo XIX destacó en particular las principales epidemias que aparecieron en la región, la fundación de la Escuela de Medicina en la península, el hospital de San Lázaro en Campeche y la apertura de uno similar en Mérida, cuando el distrito campechano se erigió en estado. El texto presentó un resumen de las principales instituciones que conformaron la administración sanitaria, un listado de publicaciones médicas que aparecieron durante ese siglo, las campañas de vacunación y el papel que desempeñó el médico campechano Manuel Campos para su propagación en la península (Erosa, 1993).

En 2003 aparecieron dos publicaciones con respecto a la historia de la salud en Campeche que describieron la evolución de las instituciones y la práctica médica en Campeche. En primer lugar, Daniel Cantarell presentó una recopilación de trabajos publicados previamente, basados en fuentes secundarias y hemerográficas. Los temas que trató fueron el Hospital San Juan de Dios, desde sus orígenes hasta su transformación en el Hospital Manuel Campos; el hospital de San Lázaro, destacando su papel como leproso; las epidemias de cólera en las que presentó cifras de enfermos y fallecidos; la epidemia de viruela de 1855; los brotes de fiebre amarilla<sup>25</sup>; la medicina social a través de la creación de casas de maternidad y de beneficencia; la primera escuela de medicina; las acciones médicas con respecto a las cirugías de catarata y la introducción de la anestesia; las aportaciones de Joaquín Blengio, José Antonio Frutos y Juan Pérez Espínola; así como la percepción sobre los medicamentos que se vendían como panacea (Cantarell, 2003).

---

<sup>25</sup> Se reportaron dieciséis brotes de fiebre amarilla (Cantarell, 2003: 95).

En segundo lugar, se editó una monografía sobre las instituciones de salud pública en Campeche, dividido en cuatro secciones: colonia, siglo XIX, primera mitad del siglo XX y la época contemporánea. El capítulo II trató sobre las instituciones de salud que aparecieron en el puerto campechano durante el siglo XIX, en contexto con algunos acontecimientos que se presentaron en la ciudad de México, señalando la creación de las Juntas de Sanidad en 1813 que dependía del Ayuntamiento y se integraba en casos de epidemia, hasta que 1884 se formó la Junta Estatal de Sanidad con carácter permanente; la secularización de los hospitales en 1820, la supresión del Protomedicato en 1831, la creación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México en 1841, que posteriormente se convirtió en el Consejo Superior de Salubridad y la aparición de los primeros Códigos Sanitarios en 1891 y 1894, que convirtieron la sanidad en asunto federal (Flores, 2003).

### **1.2.2. Hospitales, biografías y sanidad**

Para el estudio de los hospitales en Campeche, la compilación de Pavón y la investigación de Ortíz fueron los trabajos más sobresalientes; por otra parte se utilizaron los artículos que Somolinos y De la Peña publicaron sobre la sanidad marítima así como la biografía del Dr. Joaquín Blengio, respectivamente. En 1985, se publicaron las memorias del III Coloquio de Historia y Filosofía de la Medicina dedicado a Campeche. De esta serie de trabajos, Ortiz Fajardo presentó una monografía sobre los hospitales de Campeche, en orden cronológico: época prehispánica, la colonia, el siglo XIX y el siglo XX. De estas instituciones señaló la fundación, la orden u organización que se encontraba a cargo, los financiamientos y su evolución durante el siglo XIX (Fajardo, 1985: 69-77).

Somolinos destacó las condiciones en que viajaban los marinos durante la colonia. Es una referencia para comprender las causas para solicitar patentes de sanidad a los puertos porque durante su trayecto, la suciedad, los malos olores, aguas pestilentes y la higiene de las personas presentaban factores de riesgo para diversos padecimientos como “la constipación del vientre”<sup>26</sup>, deficiencias alimentarias, escorbuto, fiebres y epidemias como la fiebre amarilla. Los padecimientos eran producidos por miasmas provenientes de los pantanos y la atmósfera del interior de la nave. Por lo tanto, a finales

---

<sup>26</sup> El entrecomillado es mío y se refiere a la descripción sintomatológica de algunas enfermedades como las gastrointestinales.

del siglo XVII, se establecieron normas higiénicas mediante el aseo de los buques, la calidad de los alimentos y el establecimiento de cuarentenas. (Somolinos, 1985: 113-121). Por último, una semblanza biográfica del Dr. Joaquín Blengio, uno de los personajes más destacados en el Campeche del siglo XIX, a partir de su preparación médica, participación en la política local y sus cualidades como hombre de letras (De la Peña, 1985).

El compilado de Raúl Pavón Abreu es una serie de textos que se publicaron en revistas y periódicos de la ciudad de Campeche. Destacó la historia de los hospitales y las biografías de Antonio Frutos y Manuel Campos. Estas biografías proporcionaron datos sobre el contexto de Campeche, su participación en las epidemias que azotaron a la población de la ciudad, creación de instituciones y su participación en la conformación de las estructuras político y académicas de salud. La historia sobre los hospitales, publicada en 1875, muestra el contexto en los que se formaron y como funcionaron. También anexó algunos documentos publicados por Álvarez en Anales de Campeche y el documento que en 1881 justificaba el traslado del hospital de San Juan de Dios hacia el edificio de San Lázaro<sup>27</sup>(Pavón, 1991).

Ana Ortiz destacó la importancia del Hospital San Juan de Dios de Campeche, como el único centro hospitalario de la ciudad y sus alrededores, durante los siglos XVII y XVIII: “La ciudad porteña recibió una grande afluencia de pasajeros y navegantes, muchos de ellos llegaban enfermos después de tan largas travesías o enfermaban en el puerto debido al clima y condiciones insalubres que le caracterizaban” (Ortiz, 2004). Castillo afirmó que la pobreza se empezó a percibir como un problema social y no como una condición determinada por la divinidad. La tendencia secular se mantuvo intacta en la época independiente con el pensamiento liberal, que incorporó a la nueva concepción de la pobreza, la idea de incapacidad de los pobres, para tener acceso a los derechos políticos establecidos, en el marco político jurídico. El cambio en la forma de percibir la pobreza no significó que el Estado se apropiara del papel tradicional de la iglesia con respecto a la asistencia y propició la intervención de sectores socioeconómicos e instituciones en esta práctica (Castillo, 2002: 19-20).

---

<sup>27</sup> Este compilado, contiene escritos realizados durante el siglo XIX. La biografía de Manuel Frutos fue escrita por Justo Sierra O’ Reilly, mientras que la de Manuel Campos apareció en un folleto publicado en 1875 y su autor fue Joaquín Baranda. En cuanto a la historia de los hospitales en Campeche, este apareció por primera vez en 1875, bajo la autoría de Manuel Lanz y apareció en una revista científica literaria conocida como “La Alborada”. Véase referencias bibliográficas.

### 1.2.3. Epidemias

Para esta sección se han considerado las aportaciones de Quezada con respecto al impacto de las epidemias en la población indígena durante la colonia. El cólera ha sido la enfermedad más estudiada, a través de Machuca, Rubio, Tzuc, Laviada y Castillo. Por otra parte, padecimientos como la lepra y la fiebre amarilla fueron tomados en cuenta por Vivas y Góngora, respectivamente

Sergio Quezada afirmó que durante la colonia, las epidemias fueron la principal causa de la disminución de la población porque no existieron indicios de que la población maya fuese utilizada en trabajos pesados, a diferencia del centro de México (Quezada, 1995). Sobre la fiebre amarilla, el artículo de Renán Góngora Biachi menciona que este padecimiento fue endémico en la Península, y no fue erradicado hasta principios del siglo XX. El artículo se basó en fuentes secundarias, principalmente publicaciones clínicas sobre la etiología del padecimiento y los trabajos de Cogulludo, Landa, el Popol Vuh y el Chilam Balam de Chumayel. En primer lugar, el autor describió la etiología de la fiebre amarilla y el ciclo biológico del agente infeccioso. En segundo lugar, afirmó que durante el periodo precolombino existieron indicios de una enfermedad con la sintomatología que caracteriza la fiebre amarilla y el modo de transmisión. En tercer lugar, señaló que el primer registro de esta epidemia en Yucatán fue en 1527, así como el brote de 1688, donde mencionó las creencias religiosas como factor de alivio a través de la procesión a Izamal y el impacto en la actividad milpera, con crisis de subsistencia. El trabajo es un referente que presenta un panorama general de la fiebre amarilla en la península y sirve como lectura inicial para los interesados en el estudio de esta enfermedad, desde una perspectiva histórica (Góngora, 2000: 301-307).

El estudio de Álvaro Vivas acerca de la lepra permitió conocer la evolución de esta enfermedad en la península de Yucatán entre los siglos XVI y XIX. Mencionó que la enfermedad avanzó lentamente en la región por dos causas: en primer lugar, la población española se asentó en las zonas mineras y el contacto sexual entre españoles e indígenas no era permanente. Por lo tanto, el mal de Hansen era: “una enfermedad de europeos y entre europeos” (Vivas, 1997: 77).

Con respecto al cólera de 1833, Laura Machuca analizó la situación del poblado de Bolonchenticul en dos aspectos: en primer lugar, las estrictas medidas que se

tomaron, impidieron que la epidemia afectara a la población, considerando que el cólera impactó en gran parte de la península. Esto demostró que a pesar de la pobreza de los habitantes, las acciones concretas en materia de protección, ejercidas por las autoridades podían funcionar. En segundo lugar, en tiempo de epidemias y crisis la solidaridad llegaba a un límite que no afectaban los intereses personales<sup>28</sup> (Machuca, 2005).

Manuel Rubio y Lizbeth Tzuc resaltaron que los efectos de la epidemia incidieron en la población y el temor del contagio provocó que la gente no saliera de sus casas para realizar sus jornales. Los que no enfermaron se dirigieron hacia lugares no infectados; sin embargo las posibilidades de salvación eran mínimas porque no eran aceptados en esos poblados. La disminución de la actividad agrícola ocasionó hambrunas y el Gobierno importó granos a los Estados Unidos (Rubio y Tzuc, 1995).

Eduardo Laviada escribió dos artículos sobre esta pandemia. En el primero realizó una descripción de las epidemias de 1833 y 1853 en relación con los conflictos políticos y el impacto poblacional (Laviada, 1993). El segundo consistió en el tratamiento aplicado a los enfermos de cólera, que consistió en una descripción de las medidas que tomaban las Juntas de Sanidad ante la amenaza de la epidemia, cuyos planteamientos estaban marcados por la teoría miasmática y los remedios a base de alcanfor, vino, flor de azufre y carbón pulverizado. La introducción de la rehidratación oral por parte del Dr. Ignacio Vado fue una de las aportaciones más importantes. Sin embargo los principales avances para el control de las enfermedades infecciosas aparecieron al final del siglo XIX con la potabilización del agua, la construcción de sistemas de drenaje, el lavado de verduras y frutas, la cocción de los alimentos, especialmente de los mariscos, así como la higiene personal (Laviada, 1993b).

Retomando el texto de Castillo, el autor señaló que en Yucatán, la epidemia estableció un nuevo criterio que se incorporó a la idea secularizada de la pobreza, la percepción médica. Esto significó mirar la pobreza también, desde la perspectiva de la higiene, con lo que complementó, al menos ideológicamente, el concepto secular de la pobreza. “La enfermedad propició medidas preventivas que afianzaron la política social sanitaria en las ciudades de la época” (Castillo, 2002: 238). Los indígenas representaban las características negativas de la falta de higiene. De esta manera: “La higiene fue vista como medio para evitar la enfermedad e inspira el propósito del cabildo emeritense de

---

<sup>28</sup> Ponencia presentada en el II Congreso Internacional Salud-Enfermedad del 5 al 7 de octubre de 2005 en Cancún, México.

proceder al aseo general de la ciudad” (Castillo, 2002: 240). Otra aportación fue que en Yucatán, a diferencia de otras regiones de México, el cólera no fue un pretexto para atacar el régimen liberal debido a que José Meneses, encargado del obispado, era un reconocido liberal que apoyó a las autoridades locales. Por otra parte, en el ámbito rural el impacto demográfico fue significativo debido a las condiciones de vida, la poca ayuda institucional, la falta de médicos y la resistencia de la población a la terapéutica médica (Castillo, 2002: 240-255).

\* \* \*

El estudio de la salud ha tenido varias vertientes de análisis a través de los siguientes elementos: en primer lugar, las investigaciones de las instituciones y las políticas establecidas por los ayuntamientos durante el periodo colonial y el siglo XIX. En general los estudios historiográficos consideraron que el estado empezó a influir en la salud de los habitantes, al mostrar un fuerte interés por las enfermedades y el impacto de las epidemias sobre la población. En este marco, las ideas de la ilustración y el liberalismo iniciaron una política de secularización en prácticas como la asistencia. Los hospitales se transformaron en edificios para la práctica médica y su estudio permite conocer procesos sociales, los procesos administrativos de su funcionamiento, el proceso de secularización que sufrieron, así como el alcance hacia otras poblaciones.

En segundo lugar, el estudio de la práctica médica ha cobrado importancia en la historiografía. La profesionalización de la medicina, la búsqueda de espacios por parte de los médicos, la consolidación de la llamada medicina científica sobre otras prácticas alternativas, así como el conocimiento de éstas. Las profesiones médicas, su influencia sobre la población, la lucha contra la práctica ilegal de la medicina, la preferencia de la gente sobre los charlatanes y la oferta de métodos que ofrecían la curación inmediata a sus males. En este contexto, los permisos para el ejercicio de la profesión y las autorizaciones de las instancias competentes demuestran como funcionaba la estructura médica. El pensamiento médico, con el desarrollo de la teoría miasmática, explicaba la causa de las enfermedades. Sin embargo, los factores multifactoriales empezaron a tomarse en cuenta, las medidas preventivas con respecto al saneamiento ambiental y el reordenamiento de los espacios como los cementerios, hospitales y las cárceles, así lo manifiestan. El olor se convirtió en el principal indicador de los niveles de contaminación y factores de riesgo. A partir de estos planteamientos, el higienismo ganó

fuerza en las sociedades médicas y la legislación en algunos países, permitió su aplicación en el medio urbano.

En tercer lugar, las enfermedades, sobre todo las epidemias, han sido el tema recurrente de los historiadores de la salud. El impacto que han tenido sobre una población en un lapso de tiempo reflejó las carencias y deficiencias de las instituciones, así como las condiciones de vida de los sectores más desprotegidos. El avance de las comunicaciones, así como la expansión de los países más desarrollados propició el intercambio de enfermedades, así como la propagación de epidemias en sitios donde la población, al no tener defensas, era vulnerable. También sirvieron como instrumentos de segregación y estigmatización, como por ejemplo, la lepra. Fueron utilizadas como discurso para la confrontación política, la descalificación de las autoridades y la reafirmación de las ideas religiosas en algunas sociedades. Sin embargo, crearon conciencia para desarrollar medidas más estrictas con respecto a los servicios públicos y mejorar las condiciones de vida, a través del aseo y limpieza de las calles, la redistribución de los mataderos en zonas cercanas a las ciudades y la recolección de basura.

Conviene destacar que la epidemiología, desde una perspectiva histórica, ha sido útil para estudiar las enfermedades y las condiciones de salud en el pasado. La demografía ha jugado un papel fundamental, a través de indicadores como los índices de mortalidad, letalidad y natalidad. Su asociación a las epidemias y las crisis de subsistencia permiten visualizar las condiciones de la población en un tiempo y espacio determinado, relacionadas al contexto político. Ha permitido el análisis de las instituciones de salud, así como la resistencia de ciertos sectores médicos ante los conceptos que llegaban de Europa, que impidieron la erradicación de algunas enfermedades como el tifo exantemático, la viruela y la disminución de la morbilidad del cólera. La demografía histórica ha considerado como tema de estudio las epidemias, a través de la reconstrucción de series parroquiales y el impacto de la mortalidad en diferentes poblaciones de la república mexicana, principalmente durante la época colonial. En general se han comparado las curvas de bautismos y matrimonios con la sobremortalidad durante crisis. En algunos casos, se han relacionado las epidemias con crisis agrícolas, pero algunas investigaciones cuestionan esa vinculación<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> De los trabajos más importantes que relacionan epidemias con crisis agrícolas, mediante los precios de granos, véase Florescano, 1986. Livi-Bacci cuestionó la asociación de estos factores (Livi-Bacci, 1990) y en México, Brading, 1989 y Rabell, 1993.

En la península de Yucatán, el cólera ha sido el tema más abordado por los investigadores, aunque en general, los trabajos han sido monografías cuyos datos se tomaron de las historias generales de Álvarez, Ancona, Lanz y Molina. En Campeche la mayoría de los datos se refirieron a las epidemias de fiebre amarilla durante la colonia, la viruela, la expedición de Balmis en 1803 y su llegada a Yucatán, los hospitales de San Juan de Dios y San Lázaro, su funcionamiento, la obtención de recursos a través de donaciones e impuestos que el ayuntamiento imponía a los productos de aguardiente; las casas de beneficencia, el hospicio de San Roque y la epidemia de cólera de 1833. Los artículos que se publicaron después de 1990 abordaron el cólera, pero en general son trabajos aislados y que no forman parte de proyectos de investigación. Sin embargo, Jorge Castillo desarrolló la evolución de la idea de la pobreza, mediante la asistencia social y en casos urgentes como el cólera, las hambrunas y la guerra de castas durante el siglo XIX. Por lo tanto, el balance historiográfico demuestra las vertientes de investigación con respecto a la salud y la escasez que existe al respecto en la península de Yucatán. En el siguiente capítulo iniciaré la descripción del contexto y el medio urbano de la ciudad de Campeche, para identificar los factores que propiciaban las deficiencias en la asistencia hospitalaria y la propagación de las epidemias.