

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

EL ENFOQUE HISTÓRICO Y SOCIAL EN EL ESTUDIO DE LAS EPIDEMIAS: METODOLOGÍAS Y FUENTES

HISTORICAL AND SOCIAL APPROACH IN THE STUDY OF EPIDEMICS: METHODOLOGIES AND SOURCES

Rogelio Altez¹

Departamento de Historia de América, Universidad de Sevilla

ORCID: 0000-0002-2193-772X

Lourdes Márquez Morfín²

Escuela Nacional de Antropología e Historia, México

ORCID: 0000-0003-3624-4392

América Molina del Villar³

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México

ORCID: 0000-0002-8566-3377

Resumen:

Los grandes contagios de largo alcance demográfico y geográfico son el resultado de procesos históricos. Los microorganismos que cruzan océanos y continentes no poseen la capacidad de lograr esa movilidad por sí mismos. Han sido los seres humanos quienes les han proporcionado rutas, vehículos y ambientes para su multiplicación y sus mutaciones, así como para la propagación de los padecimientos que transmiten. Son condiciones materiales, tecnológicas y especialmente sociales las que despliegan esa propagación. Este trabajo ofrece un recorrido sobre la conformación del enfoque histórico y social en el análisis de las epidemias y pandemias, y alcanza una rápida descripción acerca de los recursos metodológicos al respecto.

Palabras clave: Epidemias, metodología, enfoque histórico.

¹ Grupo de Investigación Dinámicas sociales e identitarias en la historia de América Latina y el Caribe, DISIHALC, Universidad de Sevilla, Plan Andaluz de Investigación, Junta de Andalucía, 2020. Este trabajo forma parte del Proyecto *Circulación de ideas y prácticas sobre policía en centros urbanos de la América hispana (1700-1821)*. Referencia: 2023/00000385, Convocatoria V.1A. Ayudas para áreas de conocimiento con necesidades investigadoras con alto potencial. Séptimo Plan Propio de la Universidad de Sevilla (2023). También contribuye con los objetivos de la Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIIESSAL), y del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

² Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIIESSAL), y Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

³ Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIIESSAL), y Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

Abstract:

Large contagions with long demographic and geographic reach are the result of historical processes. Microorganisms that cross the oceans and continents do not have the ability to achieve that mobility on their own. Humans have provided them with routes, vehicles and environments for their multiplication and mutations, as well as for the spread of the diseases they transmit. Material, technological and especially social conditions are what trigger this spread. This work offers an overview of the formation of historical and social approach in the analysis of epidemics and pandemics, and provides a quick description of the methodological resources in this regard.

Keywords: Epidemics, methodology, historical approach.

Fecha recepción: 29/01/2025

Fecha aceptación: 31/5/2025

Introducción: La investigación histórica y social de los grandes contagios

El enfoque histórico y social en el análisis de las epidemias y pandemias parte de la comprensión transversal del tema y sus problemas. No obstante, el interés de los historiadores por epidemias y enfermedades comenzó por medir lo observado a escala de su propia cultura, la europea, donde los contagios catastróficos parecían menos recurrentes que en otras partes del planeta, recién conocidas y más vulnerables ante los microorganismos trasladados por los propios europeos al resto de los continentes. Como lo observó William H. McNeill, esos historiadores “se regían naturalmente por su propia experiencia sobre la infección epidémica”, inclinándose por “desestimar como exagerada toda observación sobre la mortandad causada por una enfermedad infecciosa”.⁴ El conocimiento de las epidemias del pasado se parecía más a una mención eventual sobre la fragilidad de sociedades “bárbaras” o “salvajes”, que a un interés analítico.

Al dar por supuesto que las infecciones estuvieron presentes siempre como lo estaban en Europa antes de que apareciera la medicina moderna, no parecía que hubiera mucho que decir sobre las epidemias, y así los historiadores se inclinaron a pasar sobre tales asuntos con solo el tipo de mención casual que yo encontré en el relato sobre la victoria de Cortés.⁵

⁴ William H. McNeill, *Plagas y pueblos* (Madrid: Siglo XXI, 1984), p. 3.

⁵ *Ibid.*, p. 4.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

Más habría de tardar en fundarse la comprensión social de los contagios. El problema de las epidemias saltó como un asunto de múltiples variables con la llegada del cólera a Europa, qué duda cabe. Lejanas las pestes de siglos pasados, los occidentales no habían experimentado grandes contagios hasta el siglo XIX. La relación advertida entre el traslado de la enfermedad desde tierras remotas hasta las ciudades europeas y su amplia propagación entre los sectores más vulnerables de la sociedad, llamó la atención de los médicos. Con la advertencia de John Snow sobre el agua contaminada de Londres como vehículo del contagio, inicia la observación del problema a través de variables que, ciertamente, son históricas, sociales y sujetas a contextos materiales específicos.

El cólera, milenario y endémico en el Ganges y sus regiones circundantes, se fue expandiendo geográficamente a partir del siglo XVII conforme iba aumentando el contacto de esas zonas con comerciantes de todas partes y con colonizadores occidentales.⁶ Cuando Inglaterra plantó intereses en el océano Índico sus naves regresaban cargadas de mercancías y todo cuanto podía viajar asido a ellas, incluyendo microorganismos dentro de los seres humanos a bordo. El desarrollo de naves más rápidas y mejor dotadas, que sucedió después de la Revolución industrial, acortó el tiempo de navegación y prolongó en distancia la supervivencia del *Vibrio cholerae*. Esto permitió, a su vez, una veloz propagación global de la bacteria en diferentes oleadas, beneficiada por las deplorables condiciones materiales de ciudades que ya en la primera mitad del siglo XIX empezaban a enseñar graves problemas de hacinamiento y marginalidad.

Solo la comprensión histórica de los procesos humanos ha permitido observarlo analíticamente. La expansión de las pandemias se explica por los grandes desplazamientos de seres humanos, algo que se advierte, especialmente, con las extensas rutas comerciales, las guerras y las invasiones.⁷ La pregunta que se hizo Jared Diamond

⁶ Aunque hubo conocimiento sobre la enfermedad desde la Antigüedad, es a partir de la llegada de los portugueses al océano Índico en el siglo XV que comienza a haber descripciones de sus padecimientos de primera mano. Así se conoció que en el siglo XVII hubo epidemias más allá de la península indostana. Recién en el siglo XIX va a expandirse a Europa y al resto del planeta. Nottidge Charles Macnamara, *A History of Asiatic Cholera* (Londres: Macmillan, 1876).

⁷ “Para explicar mejor la expansión de una pandemia, debemos analizar los desplazamientos de los hombres por medio de los ejércitos y conocer las grandes redes de comunicación”: Lilia Olivier, “Introducción”, en Alicia Contreras Sánchez y Carlos Alcalá Ferráez (eds.), *Cólera y población, 1833-1854. Estudios sobre*

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

en su famoso libro *Armas, gérmenes y acero*, apunta a ello: “¿por qué fueron los europeos y no los africanos, o los indígenas americanos, quienes terminaron poseyendo armas de fuego, los gérmenes más terribles y el acero?”⁸ La pregunta es retórica, pues razona Diamond que, si las sociedades humanas surgieron en África, donde la malaria y la fiebre amarilla pueden diezmar las capacidades de europeos y nórdicos, y donde existen yacimientos minerales como para desarrollar armas que compitan con las occidentales, eso no ha sido suficiente para invertir la relación histórica de dominación y explotación. Precisamente, se trata de una relación histórica, y no de evoluciones lineales o mecánicas.

Emmanuel Le Roy Ladurie explicó como un “*ménage a quatre*” que permitió la llegada de la peste a la Europa medieval. La explicación se ajusta a problemas históricos, a las “relaciones complejas entre el hombre y el bacilo”, o bien entre la rata, la pulga, el bacilo y el humano. Le Roy Ladurie se basó en el concepto de *unificación microbiana del mundo*, algo que solo pudo tener lugar a través de procesos históricos.⁹ Aunque parezca una obviedad, vale recordar que los microorganismos no poseen la capacidad de viajar alrededor del planeta por sí mismos, y que los seres humanos les hemos dotado con vehículos apropiados para saltar entre continentes y ambientes ideales donde sobrevivir, adaptarse y mutar. La explicación biológica de sus adaptaciones o de sus mutaciones no tiene lugar sin el análisis histórico de las condiciones que favorecieron esos efectos.

La historiografía europea ha contribuido decididamente en esa dirección.¹⁰ Autores como el citado Le Roy Ladurie, o bien Alfred W. Crosby, Carlo M. Cipolla,

Méjico y Cuba (Zamora: El Colegio de Michoacán-Red de Historia Demográfica, 2014), p. 14. Agrega otras variables, como la relación entre las rutas de propagación y la actividad comercial. América Molina del Villar señala: “el carácter epidémico de este tipo de padecimientos se asocia a factores sociales y económicos, como el surgimiento de las grandes ciudades, el desarrollo industrial, la expansión del comercio, las emigraciones, factores que marcan el inicio de la globalización y aparición de pandemias”. Ver: “El estudio de las epidemias: enfoques sociodemográficos y culturales. Fuentes y abordajes metodológicos con énfasis en el caso Mexicano”, *Presente y Pasado. Revista de Historia*, Año 21, núm. 42 (Mérida, Universidad de los Andes, julio-diciembre, 2016), p. 145.

⁸ Jared Diamond, *Armas, gérmenes y acero. La sociedad humana y sus destinos* (Madrid: Editorial Debate, 1998), p. 21.

⁹ Emmanuel Le Roy Ladurie, “Un concepto: La unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)”, *Historias. Revista de la Dirección de Estudios Históricos*, núm. 21 (Méjico: Instituto de Antropología e Historia, 1989), p. 33.

¹⁰ Lourdes Márquez Morfín, América Molina del Villar y Claudia Pardo, “Las enfermedades infecciosas: Una mirada integral de larga duración. Estudio Introductorio”, en América Molina del Villar, Lourdes

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

Jacques Le Goff, entre otros, se enfocaron en los intercambios microbianos como resultado de los contactos entre sociedades a partir de formas históricas de relacionarse.¹¹ Guerras, invasiones, conquistas, circulación comercial, así como los intercambios de fluidos que se producen en encuentros sexuales, sirven de vehículos y trampolines a microorganismos que, sin ese beneficio, son incapaces de saltar hacia ambientes diferentes a los de sus orígenes, y mucho menos atravesar océanos y surcar continentes.

*La enfermedad llamada SIDA ofrece un ejemplo de actualidad. Esta enfermedad viral, localizada en algunos nichos del África tropical donde vivía probablemente en equilibrio con las poblaciones indígenas desde hace milenios, se ha convertido en un riesgo mayor cuando los avatares de la historia la han introducido en las sociedades de poblaciones más numerosas.*¹²

Robert M. Swenson, también con relación al VIH, fue más específico al asegurar que “los jumbos jets y las reducidas tarifas aéreas” han permitido “incrementos notables en los viajes a y provenientes de África, distribuyendo mundialmente el VIH”.¹³

Para entender a las epidemias y pandemias es importante tomar en cuenta dos factores: 1) el patrón de los movimientos de individuos, grupos o poblaciones enteras, de un área a otra y, 2) los modos a través de los cuales el tránsito de la gente dispersa la enfermedad. Hay cuatro elementos esenciales para comprender cómo se mueven las epidemias de un área geográfica a otra: la guerra, el comercio

Márquez Morfín y Claudia Pardo (eds.), *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en México. Análisis de larga duración* (México: CIESAS-Instituto Mora-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-CONACYT, 2013), pp. 19-48.

¹¹ “Hemos de examinar las historias coloniales de los agentes patógenos del Viejo Mundo, porque su éxito proporciona el ejemplo más espectacular del poder de las realidades biogeográficas que subyacen al éxito del imperialismo europeo en ultramar. Fueron sus gérmenes, y no los propios imperialistas, con toda su brutalidad e insensibilidad, los principales responsables del arrinconamiento de los indígenas y de la apertura de las Nuevas Europas hacia el relevo demográfico”. Alfred W. Crosby, *Imperialismo ecológico. La expansión biológica de Europa, 900-1900* (Barcelona: Editorial Crítica, 1999), p. 218.

¹² Claude Lévi-Strauss, *La antropología frente a los problemas del mundo moderno* (Caracas: Bid & Co. Editor, 2011), p. 25.

¹³ Robert M. Swenson, “Las pestes, la historia y el SIDA”, *Historias. Revista de la Dirección de Estudios Históricos*, núm. 21 (México: Instituto de Antropología e Historia, 1989), p. 11.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

*y los viajes, la urbanización y el cambio climático global. Las epidemias entonces se configuran como uno de los cuatro jinetes del apocalipsis.*¹⁴

Con todo, la explicación histórica de los grandes contagios tampoco es un absoluto al respecto. El problema de las epidemias no debe leerse únicamente desde un análisis retrospectivo o como desastres del pasado. La más reciente pandemia de la Covid-19 ha demostrado que el ataque de los microorganismos a los seres humanos no ha desaparecido y que, antes bien, retorna y retornará en forma de muertes masivas. La comprensión del problema es un asunto transversal al igual que su realidad empírica. Es por ello que la historia de las formas de comprensión de los grandes contagios es asimismo la historia de la búsqueda de remedios al respecto y, más recientemente, la historia de su prevención. En este último aspecto, ciertamente, la Covid-19 evidenció que la prevención de las epidemias es un objetivo no alcanzado a nivel global.

Si bien las pandemias de cólera en el siglo XIX estimularon la mirada transversal y multidisciplinaria de los grandes contagios, el enfoque médico-biológico, excluyente y jerárquico, signa la comprensión del problema. La preocupación por las enfermedades y su sanación es milenaria, y la especialización en el tema también. En la cultura Occidental esto se puede seguir repasando la historia de la medicina. Las teorías médicas sobre los grandes contagios evolucionaron hasta la elaboración de precisiones más depuradas y técnicas. De ahí que en el contexto del cólera, precisamente, las antiguas teorías, como la miasmática, fueron superadas por propuestas científicas que elevaron la medicina a una condición definitivamente moderna asociada igualmente a la noción de salud pública.

Ya desde el siglo XVIII en las ciudades occidentales se había advertido que la convivencia con la basura, las aguas estancadas y los cadáveres conducía a problemas graves. Entonces se entendía que el aire se contaminaba con los malos olores producidos por la putrefacción. Tal era la teoría miasmática, aceptada popularmente. El siglo XIX derrumbó esta creencia. El descubrimiento del origen de la fiebre puerperal y la observación sobre cómo se propagaba el cólera contribuyeron a la elaboración de la teoría

¹⁴ L. Márquez Morfín, A. Molina del Villar y C. Pardo, “Las enfermedades infecciosas”, p. 20.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

microbiana, ratificada con las investigaciones de Louis Pasteur sobre la fermentación de los alimentos como caldo de cultivo y desarrollo de microorganismos.

Lavarse las manos, hervir el agua y cuidar el tratamiento de los alimentos crudos fue un lento aprendizaje en la vida cotidiana de la cultura Occidental y, sobre todo, de sus realidades urbanas. Este es un proceso histórico en el que la medicina recibió un enorme impulso en su evolución como práctica y como disciplina científica. La relación entre la higiene, la salud, y la vigilancia médica se convirtió así en política pública. En buena medida, esto explica la autoridad del discurso médico con relación a las enfermedades.

El mismo siglo del cólera fue el contexto en el que los Estados occidentales se transformaron estructuralmente. El advenimiento de la responsabilidad pública sobre la salud como una misión de los gobiernos se representó en la aparición de instancias específicas con presupuesto del Estado: oficinas regionales y nacionales de salubridad, divisiones ministeriales de salud pública, comisiones especializadas para la atención y prevención de ciertas enfermedades, vacunación masiva y, finalmente, el surgimiento de los ministerios de salud. Entre el siglo XIX y los inicios del XX, cuando todavía la historia era un oficio y no una profesión, muchos médicos realizaron encomiables estudios dedicados a la historia de la medicina, de la salud, y de algunas enfermedades. Los tempranos historiadores interesados en el tema no alcanzaron a fundar un campo de estudio al respecto, pero los médicos sí, decididamente.¹⁵

Desde luego, esos estudios provenientes del interés de algunos médicos en la historia de aspectos concomitantes a sus labores, aunque esencialmente descriptivos, rebozan datos y detalles que los convierten en fuentes de consulta obligada. La llegada del tema a las ciencias sociales es tardía y está asociada al interés de ciertos autores, como los ya mencionados (Crosby, McNeill, Le Roy Ladurie), entregados a estudios profundos

¹⁵ “Los primeros acercamientos históricos al impacto de las epidemias partieron en gran medida de médicos. Este interés obedeció al avance científico y desarrollo de la microbiología. Los descubrimientos de Pasteur, Koch y Yersin sobre los medios de transmisión de ciertos padecimientos marcaron un cambio de paradigma en la medicina. En Europa estos avances médicos dieron un nuevo impulso a la investigación historiográfica de claro corte positivista, que combinaba la historia de la medicina con la historia social. Hasta 1930 la historia sobre las epidemias continuaba siendo una especialidad dominada por profesionales de la medicina, aunque a mediados de dicha década la sociología se interesó en la *medical history*”. A. Molina del Villar, “El estudio de las epidemias”, p. 146.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

sobre sociedades y procesos históricos. Otros investigadores, como Michel Foucault, más poliédrico que ajustado a una sola disciplina, dedicaron grandes esfuerzos por comprender las enfermedades como problemas culturales y de poder, descentrando la mirada médica sobre la cuestión. El cruce epistemológico de esas miradas analíticas enfocadas en procesos históricos, sociales y culturales abonó el terreno para el surgimiento de interpretaciones transversales al respecto.

Sin embargo, el paradigma médico-biológico continúa gobernando la interpretación de las epidemias. La autoridad del discurso médico no ha sido desplazada por ningún otro tipo de conocimiento con relación a los contagios y las enfermedades, pues al fin y al cabo el problema se entiende únicamente como un asunto de salud (pública o privada), y en ello el ancestral binomio médico-enfermo se convierte en una relación inexpugnable. La lógica moderna y occidental, a su vez, propugna la razón científica como verdad inexorable, y en ello la medicina lleva ventaja sobre las ciencias sociales. El foco en la enfermedad, claramente, es propiedad médica; la comprensión analítica sobre la propagación y la distribución diferencial de los contagios llegan más tarde. No obstante, el recorrido del tema hasta alcanzar las ciencias sociales pasa indefectiblemente por los estudios de la medicina y su evolución hasta la aparición de las teorías microbianas.

La aproximación de las ciencias sociales, y con ello el desarrollo del enfoque histórico-social en el estudio de las epidemias, supone un esfuerzo por descentrar el paradigma médico-biológico como forma excluyente de comprender el problema de los grandes contagios. Precisamente, los “modelos de estudio de la enfermedad” han evolucionado desde el lugar jerárquico en el que se hallaban como propiedad del estudio y el tratamiento clínico, a un objeto transversal susceptible de ser analizado e interpretado por diferentes disciplinas y métodos al mismo tiempo. De formar parte de la historia de la medicina, han pasado a ser comprendidos desde la “sociología de la enfermedad” y a

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

observar a “la enfermedad a través del enfermo”, así como entender a “la enfermedad como producto de la forma de vida”, y a descifrar el “proceso salud-enfermedad”.¹⁶

*Un estudio histórico de la pareja salud-enfermedad debe reconocer que a lo largo de toda la historia de la humanidad y hasta bien entrado el siglo XX las enfermedades derivadas de la interacción humana con sus entornos sociales y ambientales (las infecciosas, las nutricionales y las derivadas de la conducta y los hábitos), han sido las más importantes; las enfermedades provenientes de procesos genéticos, degenerativos y envejecimiento han sido menos significativas.*¹⁷

Lo que observamos en una epidemia

Buena parte de las epidemias son descritas como “sorpresivas”, como un hecho eventualmente explosivo surgido muy rápidamente de causas conocidas o no, pero ciertamente incontrolables o escasamente controlables. Tal reconocimiento sobreviene de la antigua idea que figura a las epidemias como problemas indeseables de origen foráneo, que llegan intempestivamente y a su paso producen graves males. Se trata de la noción de *visita* en su acepción original. El título de la obra de Hipócrates, escrita entre los siglos V-IV aC, *Epidēmiōn Biblia Heptá*, puede ser traducido como siete “libros de epidemias” o “libros de visitas”. La acepción moderna del término no se desprende completamente de su sentido original, el de la visita, coincidente con lo que pretendía decir Hipócrates.¹⁸

La etimología del término *epidemia*, desglosado del griego, podría explicarse así: *epi* (ἐπί), “sobre”, “encima de”; y *demo* o *demos* (δῆμος), “territorio de un pueblo”, “distrito”, “comarca”; y el infijo *īā* que indica “cualidad”. Así, epidemia se entendería como cierta cualidad que se advierte con relación a un pueblo o comunidad determinada,

¹⁶ Este esquema en Lourdes Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera* (México: Siglo XXI Editores, 1994), pp. 22-27.

¹⁷ Hugo A. Sotomayor Tribín y Augusto J. Gómez López, “Historia epidemiológica del Gran Cauca”, en Augusto J. Gómez López y Hugo A. Sotomayor Tribín, *Enfermedades, epidemias y medicamentos. Fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008), p. 278.

¹⁸ Luis M. Pino Campos y Justo P. Hernández González, “En torno al significado original del vocablo griego epidēmia y su identificación con el latín pestis”, *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, núm. 28 (Granada: Universidad de Granada, 2008), pp. 199-215.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

es decir, no es literalmente una *visita* ni una *enfermedad*. La derivación histórica del significado giró hacia la advertencia de una circunstancia (enfermedad o contagio) que no pertenece a ese lugar, sino que irrumpió en su comarca. De allí que el contenido que fue adquiriendo con el tiempo, especialmente alimentado por la práctica médica, ha sido el de *una enfermedad que visita una comunidad* sacudiendo su cotidianidad. “Entre los médicos *epidēmia* se relaciona con enfermedad, porque es algo que viene desde fuera hacia dentro, una llegada a una ciudad o población”.¹⁹

Las acepciones originales en griego de *epidēmia*, “visita”, “visitar”, “ir de visita”, “estar de paso”, derivaron en *visitation*, tal como se identificó a las epidemias en inglés en el contexto simbólico del cristianismo, cuando las calamidades eran asociadas con las “visitas de Dios”.²⁰ Su versión en latín, *visitatio*, ha de ser, seguramente, traducción del griego *epidēmia*. En los textos hipocráticos “ya se clasificaban las enfermedades según su origen en dos tipos: ‘naturales’ (*nosēmata ek phýsios*: ‘enfermedades por causa natural’) y ‘epidémicas’ (*nosēmata ek epidēmiēs*: ‘enfermedades por causa de una visita’); si éstas se traducían no por su equivalencia semántica, sino por una simple transcripción diría: *enfermedades por causa de una epidemia*”.²¹ Estas visitas de contagios llegan para estremecer sociedades en todas las escalas y a todos los niveles:

Epidemias, por serem eventos desorganizadores e trágicos, permitem desvelar e compreender as múltiplas faces de sociedades, em geral profundamente hierárquicas, injustas e desiguais. Elas possibilitam a análise das contingências, da pluralidade de possibilidades e dos interesses, da diversidade de escolhas possíveis dos indivíduos históricos, e das transformações e dúvidas permanentes da própria vida social. Revelam as próprias incertezas do conhecimento científico e biomédico, e por que não dizer, dos cientistas e médicos que, em uma situação

¹⁹ *Ibid.*, p. 200.

²⁰ Para el *Diccionario de la lengua castellana, en que se explica el verdadero sentido de las voces, su naturaleza y calidad, los proverbios o refranes, y otras cosas al uso de la lengua* (Madrid: Imprenta de la Real Academia Española, 1732), letras D, E, F, p. 536, *epidemia* es “voz puramente latina”. En la edición de 1739 (letras S, T, V, X Y, Z, p. 499), la entrada *visita* indica en su quinta acepción: “Significa asimismo la ida de un médico a casa de un enfermo para su curación”.

²¹ L. M. Pino Campos y J. P. Hernández González, “En torno al significado”, p. 201. También hemos consultado el *Diccionario manual griego-español* (Barcelona: Bibliograf S. A., 1979).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

muito instável, são obrigados a disputar mais ainda a compreensão do fenômeno, o aconselhamento da população e das autoridades e o cuidado dos enfermos com outros atores sociais. Ainda que possam ser conjunturalmente fragilizadas, as relações entre medicina e poder são reafirmadas nesses processos, muitas vezes criando novas hierarquias e subordinações.²²

Las epidemias son hechos disruptivos y estremecedores de las tramas y estructuras en una sociedad. Como eventos generalmente catastróficos, podemos observar a través de sus impactos y efectos todo cuanto subyace a la sociedad golpeada por el contagio. “Una epidemia magnifica la relación entre los sistemas económicos y las condiciones de existencia; ilumina dimensiones poco conocidas de las mentalidades, ideologías y creencias religiosas, e ilustra los esfuerzos y las carencias por cuidar la salud pública”.²³

El enfoque histórico y social de las epidemias, como toda investigación histórica, comienza por comprender el contexto (social, subjetivo, simbólico, material, discursivo, en fin, histórico), en el que tiene lugar el problema. Esto es lo que permite aproximarse a la enfermedad como un problema social, antes que como un asunto únicamente de salud. De allí que es indefectible al análisis tomar en cuenta “las prácticas y representaciones sociales”, “la vida cotidiana de los hombres y mujeres”, “las percepciones y concepciones en torno a la enfermedad”, pues estamos ante “un fenómeno colectivo que exige una mirada múltiple”, y por tanto necesita de un “método complejo de observación”.²⁴

*La variedad de percepciones, prácticas y testimonios que surgen en una crisis epidémica, hacen evidente que la enfermedad no es un simple hecho biológico de responsabilidad limitada de los médicos.*²⁵

²² Gilberto Hochman y Anne-Emanuelle Birn, “Pandemias e epidemias em perspectiva histórica: uma introdução”, *Topoi*, Vol. 22, núm. 48 (Río de Janeiro: Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, septiembre-diciembre, 2021), p. 581.

²³ Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2000), p. 18.

²⁴ América Molina del Villar, *Guerra, tifo y cerco sanitario en la Ciudad de México, 1911-1917* (México: CIESAS, 2016), p. 26-27.

²⁵ M. Cueto, *El regreso de las epidemias*, p. 18.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

La pertinencia de comprender el contexto para el análisis de las epidemias descansa, precisamente, en el hecho de que *no estamos observando un objeto de estudio de la medicina, sino un problema histórico*. Asimismo, tanto para el pasado como para el presente, las epidemias no discriminan sociedades ni culturas, por lo que la advertencia analítica sobre los contextos deviene inexorable: “cada cultura percibe a la enfermedad de manera diferente: cómo se disemina, qué la causa, cómo se debe controlar”.²⁶ Los conflictos de poder, a su vez, determinan buena parte de los impactos de las epidemias, lo que conduce a detenerse cuidadosamente en los contextos políticos, ideológicos, económicos y bélicos, si es el caso.

*Buscar los porqué de los estragos diferencias en un mismo país, en una misma ciudad, entre los diversos grupos socioeconómicos, étnicos, hombres, mujeres, niños, con el objeto de explicar o tratar de interpretar los resultados ante las enfermedades infecciosas.*²⁷

Sin embargo, los contextos humanos, aunque históricamente determinados, no son únicamente sociales, simbólicos o materiales; también son biológicos, ambientales, ecológicos. Para que una sociedad persista en cierto espacio debe producir un equilibrio biótico que garantice la reproducción en el tiempo de ese asentamiento. Ese equilibrio tiene lugar a escala ambiental y microbiana:

*Las condiciones óptimas para el huésped y para el parásito se dan a menudo - aunque no necesariamente siempre- cuando cada uno de ellos puede continuar viviendo en presencia del otro durante un periodo largo indefinido, sin que se produzca ninguna disminución significativa de la actividad normal en ninguno de ambos bandos. Existen numerosos ejemplos de esta suerte de equilibrio biológico.*²⁸ *Los equilibrios bióticos que conforman los ambientes en donde se asientan los seres humanos, cohabitados por múltiples formas vivientes, incluyendo virus y bacterias,*

²⁶ L. Márquez Morfín, A. Molina del Villar y C. Pardo, “Las enfermedades infecciosas”, p. 21.

²⁷ *Ídem.*

²⁸ W. McNeill, *Plagas y pueblos*, p. 11.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

*resultan de procesos históricos y naturales que producimos al relacionarnos con el medio y la naturaleza donde nos establecemos como sociedad.*²⁹

Por lo tanto, esos contextos que observamos al analizar una epidemia se encuentran en un desequilibrio coyuntural. La “visita” de las enfermedades figura la cristalización de procesos en los que ese equilibrio es expuesto ante riesgos de contagio. Como ya lo comentamos, los microorganismos no pueden trasladarse en grandes distancias por sí mismos, y el hallazgo de nuevos huéspedes se produce esencialmente a través de recorridos trazados por la actividad humana. “Los seres humanos son los vehículos por antonomasia de los microorganismos con los que conviven y de aquellos que adquieren en intercambios con otros seres humanos, con animales, o con parásitos, y les sirven de transporte hacia contextos diferentes (...). El seguimiento de estos recorridos nos aproxima a las formas de contagio y propagación de las epidemias”.³⁰

Precisamente, la propagación de los contagios tiene lugar sobre condiciones y características que son, una vez más, históricamente producidas. “Comprender las rutas que siguen las epidemias exige también un conocimiento detallado de las vías de comunicación en cada época, de los obstáculos geográficos y de la vida social y económica que implican trasladados y por lo tanto contagio...” Para el estudio de las propagaciones, indican estas autoras, es indispensable construir mapas, detectar “el primer muerto”, o hallar “la última mención de la epidemia”.³¹

La propagación resulta de las formas de movilidad otorgadas a los microbios, lo que conduce a comprender que se trata de formas históricas de movilidad. En ello advertimos recursos y tecnologías que determinan velocidades y distancias, medios y vías de comunicación que evidencian el alcance de los contagios: “barcos que conectan

²⁹ Rogelio Altez, “Pandemias, Desastres y Procesos Históricos”, en María Jesús Buxó Rey y José Antonio González Alcantud (eds.), *Pandemia y Confinamiento. Aportes antropológicos sobre el malestar en la cultura global* (Granada: Universidad de Granada, 2020), p. 54.

³⁰ *Ibid.*, p. 56.

³¹ Carmen Paulina Torres Franco y Chantal Cramaussel, “Estudio Introductorio”, en Carmen Paulina Torres Franco y Chantal Cramaussel (eds.), *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (Siglos XVII-XX)* (México: El Colegio de Michoacán-El Colegio de Sonora, 2017), p. 23.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

puertos distantes y diferentes regiones; caminos que unen ciudades; y más recientemente, ferrocarriles y aviones, medios de transporte que ampliaron las conexiones del mundo (...). Desplazarse a pie o en barco incide en la velocidad y el alcance de la propagación; los aviones, desde luego, aceleraron los procesos y acortaron las distancias".³²

No obstante, la transmisión y difusión de un contagio puede tener lugar por formas de intercambio humano que no necesariamente están determinadas por vías y medios de comunicación. Los conflictos bélicos y las invasiones, por ejemplo, conducen a infinitas formas de contacto capaces de hacer saltar virus, bacterias y hongos entre seres humanos por diversas rutas: la lucha cuerpo a cuerpo, la ocupación de ciudades, reclutamientos forzados, violaciones, todas fuentes características de intercambio de enfermedades. En el seno de una sociedad, la propagación está indefectiblemente determinada por sus condiciones sociales y materiales, por sus formas de desigualdad.³³

*...las condiciones sociales y materiales de vida, la desigualdad y el acceso diferencial a la salud, la alimentación o la medicina, intervienen directamente en los padecimientos que transmiten los microorganismos que nos atacan o viven de nosotros. La desigualdad social incide tanto en las formas de contagio como en la morbilidad, en la intensidad de las enfermedades o en la capacidad de recuperación. Estos aspectos, que van mucho más allá del análisis médico o farmacológico, complementan y ensanchan la comprensión del problema.*³⁴

La herramienta cuantitativa

Las grandes epidemias y pandemias se caracterizan por impactar gravemente en las poblaciones, produciendo crisis de mortalidad, afectando diferencialmente según grupos de edades o sexo, y eventualmente provocando severas pérdidas. Esto conduce al

³² R. Altez, "Pandemias, Desastres y Procesos Históricos", p. 57.

³³ Ver: L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*.

³⁴ Rogelio Altez, América Molina del Villar y Luis Arrioja, "Introducción: Una visión panorámica de la influenza", en Rogelio Altez, América Molina del Villar y Luis Arrioja (eds.), *La pandemia del olvido: Estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920* (México: El Colegio de Michoacán, 2023), p. 11-12.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

uso de herramientas cuantitativas dentro del espectro de recursos metodológicos a poner en práctica. Uno de los grandes derroteros al respecto se centra en la *incidencia demográfica*, por lo que estas herramientas se vuelven indispensables.

Bajo un enfoque cuantitativo el estudio de las epidemias requiere de una metodología basada en diversos supuestos demográficos para obtener información sobre la mortalidad general, la mortalidad diferencial, la morbilidad a causa de una enfermedad particular y la letalidad relacionada con dicha enfermedad. La investigación demográfica parte de la evaluación de la dinámica demográfica de un grupo en el periodo en el cual se estudie el efecto o impacto de una enfermedad epidémica sobre una población. Para ello es necesario obtener información de las variables demográficas esenciales: nacimientos, matrimonios y defunciones. En el pasado hispanoamericano, este tipo de dato lo encontramos en fuentes parroquiales: bautismos, matrimonios y fallecidos, para interpretar la dinámica demográfica y el crecimiento o decrecimiento de la población.³⁵

En los archivos parroquiales se anota el total de cada uno de estos eventos por día, mes y año. De ahí que ese dato se cuantifica de acuerdo con el lapso que se quiere estudiar. Pueden ser décadas o un número de años necesario para identificar el impacto de la epidemia en una población. Se grafican los datos de eventos anuales, lo que permite mostrar cuáles fueron los picos elevados de defunciones relacionados con la epidemia.³⁶

Varias son las premisas requeridas para el análisis epidemiológico. Describir: a) el tamaño de la población, b) la densidad, c) la distribución de la población en el espacio, d) la composición por edad y sexo, como variables biológicas. Los trabajos integrales enseñan las diferencias entre el impacto de la epidemia y las desigualdades sociales asociadas al efecto diferencial. Para ello es importante describir las variables sociales, culturales y étnicas, si es el caso, como por ejemplo sucede con la población de la Nueva

³⁵ “El tipo de historia que efectuamos forma parte de la corriente ocupada en la historia de la población, que relaciona el análisis histórico de las poblaciones con la estructura social”. L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*, p. 28.

³⁶ Entre los primeros estudios en los que se reporta el impacto de las epidemias, hallamos los de las crisis de mortalidad en España. La metodología utilizada consideraba el total de muertes en los cinco años anteriores a la epidemia, para mostrar la sobre mortalidad causada y la severidad del contagio. Ver: Vicente Pérez Morena, *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI -XIX)* (Madrid: Siglo XXI, 1980).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

España, integrada por indígenas, europeos y un porcentaje menor de africanos, así como las “castas” producto del mestizaje. Cada uno de estos grupos realizaba actividades particulares, ya en el gobierno o en la producción como artesanos, servicios, y comercio. De esta forma se pueden incluir variables sociales y económicas para el análisis relativo a los resultados estadísticos de la epidemia y conocer cuáles fueron los grupos más afectados. La descripción de cada una de estas variables tiene fuentes de información muy diferentes dependiendo de cada contexto y momento histórico.³⁷

El tamaño de la población se puede obtener a partir de padrones, censos, listas de “tributarios”, u otros documentos cuyo propósito haya sido conocer el número total de habitantes de un lugar. No siempre coincide el dato de la fuente (por ejemplo, el censo), con el año de la epidemia o la crisis de mortalidad. Por ello es necesario considerar la tasa de crecimiento obtenida con el número de bautizos o nacimientos, así como el de defunciones e identificar si la población estaba en crecimiento. El total de la población se relaciona con el número de nacidos y fallecidos para calcular la mortalidad general.

La composición por edad es una de las variables pertinentes para la discusión y la interpretación de los resultados. En muchos estudios se concluye que hubo más o menos fallecimientos de niños, pero no se indica el número total de niños vivos en la población. En otros trabajos se apunta a la “gran mortandad de indígenas”, pero no se describe la composición por grupos étnicos, ni el tamaño de cada grupo. El análisis detallado por grupos de edad es indispensable en la interpretación epidemiológica. De igual forma, la integración de hombres y mujeres de manera diferenciada representa un requisito para conocer a quiénes afectó de manera particular la enfermedad. Sabemos que cada enfermedad tiene grupos de riesgo distintos. Por ejemplo, la viruela ataca más a los niños (por ello es importante la aplicación de la vacuna).

Sin embargo, cuando un patógeno irrumpió en una población “virgen”, esto es, que no haya estado en contacto con ese microorganismo, como fue el caso de las enfermedades eruptivas (viruela, sarampión y rubéola) a su llegada a América a finales

³⁷ L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

del siglo XV, la enfermedad puede ser contagiada sin importar la edad. Los sobrevivientes adquirieron inmunidad, de ahí que la vacuna se aconseja en niños que no la tienen. Otro ejemplo significativo lo representa la influenza que en 1918 causó un gran número de muertes en todo el mundo. Según estudios comparativos entre poblaciones del planeta, se demostró que el virus fue especialmente agresivo en adultos jóvenes.³⁸ En la reciente Covid-19, que saltó desde China al mundo como una terrible pandemia, el grupo principal de riesgo fue el de adultos mayores, ampliando su impacto por las comorbilidades.

Limitantes para el análisis epidemiológico

Para este tipo de análisis es necesario evaluar la información que presentan las fuentes y los posibles errores que contienen debido a diversas causas:

- a) *Falta de instrumentos y procedimientos confiables de captación y procesamiento de datos de población.* En el pasado americano, especialmente, hubo carencia de recursos económicos y humanos entrenados para la recolección de información, como padrones y censos, así como dificultades políticas y sociales que comúnmente acompañan la presencia de una epidemia, elemento de caos y confusión para la población en general, para el gobierno y las autoridades de salud.
- b) *La extensión del asentamiento.* Cuanto más grande sea el poblado, la aldea, o la ciudad, mayor la dificultad para abarcar la totalidad de los habitantes. Habrá sitios poco accesibles o muy alejados que impiden llegar a quienes realizan el registro.
- c) *El ocultamiento de la información* por temor al uso que se pueda hacer de ésta. En el caso de los hombres siempre existe renuencia puesto que se asocia al pago de contribuciones o a la leva en conflictos armados.
- d) *La inmigración y la emigración* son variables difíciles de controlar. Las ciudades suelen reportar mayor número de adultos inmigrantes. Por ejemplo, en la ciudad de

³⁸ Ver: A. Molina del Villar, L. Márquez Morfín y C. Pardo (eds.), *El miedo a morir*. Para el caso de América Latina, ver: R. Altez, A. Molina del Villar y L. Arrioja (eds.), *La pandemia del olvido*.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

Méjico en el siglo XIX, había un exceso de mujeres que llegaban a la capital en busca de trabajo en el servicio, o el comercio ambulante.³⁹

e) *La distribución de la población* en el asentamiento de acuerdo a la regulación de las autoridades. Durante el periodo colonial en Hispanoamérica hubo demarcaciones diferentes de acuerdo con la calidad socio-étnica. Las ciudades más importantes se dividieron espacial y administrativamente en relación con ello, algo que se mantuvo en algunas localidades aún en periodo republicano.⁴⁰

La mortalidad y morbilidad general

La mortalidad es una de las responsables del cambio en el tamaño y en la estructura de las poblaciones, sobre todo en la composición por edades y sexo. La evaluación de la mortalidad se efectúa a partir del total de habitantes del lugar y el número de fallecidos.⁴¹ Cambios en factores económicos y sociales, incluidos los progresos en medicina e higiene, no tienen los mismos efectos sobre la mortalidad según edades. En todo caso, a medida que el cuerpo envejece, aumenta la relación del riesgo a morir. A partir de la cuarta década de la vida, la mortalidad muestra un incremento para acelerarse entre los 60 y 70 años. La curva de mortalidad humana enseña una forma de U, que

³⁹ L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de Méjico*, p. 51-52 y 58; Alejandra Moreno Toscano, “Algunas características de la población urbana: ciudad de Méjico, siglos XVIII-XIX”, en *Investigación demográfica en Méjico* (Méjico: CONACYT, 1978), pp. 399-418.

⁴⁰ En el caso de las ciudades Novohispanas, el área se dividió en cuarteles mayores y menores. Las cuentas del número de habitantes en cada cuartel son indispensables para interpretar los resultados, considerando variables biológicas (sexo y edad) y sociales. El padrón de la ciudad de Méjico dividido en 32 cuarteles menores permitió valorar el impacto de dos epidemias ocurridas en la primera mitad del siglo XIX, la de tifo de 1813 y la de cólera en 1833, de acuerdo con la composición étnica de cada cuartel. También considerando las condiciones sanitarias de la ciudad, así como aspectos culturales de alimentación e higiene, resaltando la asociación de la enfermedad y cada grupo de riesgo. Ver: L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de Méjico*, p. 67.

⁴¹ La mortalidad, si solo consideramos el aspecto biológico, depende de la edad y de cuestiones genéticas de susceptibilidad individual. Las primeras horas de vida de un niño son las de mayor riesgo de fallecer, y esto va decreciendo hasta los cinco años, para llegar a su punto más bajo en la adolescencia. Despues, el riesgo de muerte va aumentando con la edad hasta la vejez. Durante la vida, el organismo se encuentra expuesto a influencias externas y su capacidad de resistencia y adaptación cambia con la edad. Ver: Roland Pressat, *Introducción a la demografía* (Méjico: Ariel, 1977), pp. 235-251.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

significa alto riesgo al nacer y en la vejez.⁴² *La mortalidad es el indicador por excelencia, junto con la esperanza de vida, para evaluar las condiciones de vida y salud de un grupo.*

Durante las epidemias la esperanza de vida baja notablemente, como fue el caso de la pandemia de influenza en 1918.⁴³ Las diferencias económicas y la inequidad son las responsables en la disminución de la esperanza de vida y del aumento en el riesgo a morir. Los determinantes de las enfermedades y de la mortalidad los podemos observar como una serie de variables en una estructura compleja: el ambiente físico, los recursos naturales, entre ellos los alimentos, son los elementos centrales; el tamaño de la población, los factores sociales y económicos y la condición biológica del individuo le complementan.⁴⁴ *El estudio de la mortalidad y la morbilidad implica analizar, paralelamente, la evolución económica de la sociedad y considerar las estructuras técnicas y culturales mediante la historia de la población.* Las variables demográficas no se ven afectadas de igual forma por los cambios económicos y sociales. La más sensible es la nupcialidad, seguida de la natalidad y por último la mortalidad.⁴⁵

La *mortalidad epidémica* refleja los efectos combinados de la *morbilidad* (la proporción de la población infectada en el total de efectivos) y la *letalidad* (el porcentaje de muertos entre los contagiados, que indica la gravedad de la enfermedad en ese grupo). La morbilidad es una de las variables más difíciles de calcular en los estudios epidemiológicos sobre el pasado, debido a la carencia de fuentes. Como ya mencionamos, supone el número total de población, número de enfermos y de éstos, cuántos murieron.

La obtención de resultados relativos a la *morbilidad diferencial*, ya sea por sexo, o por grupos sociales o étnicos, es una labor titánica, pues se requiere de la combinación de una serie de datos que hay que construir a partir de fuentes muy diversas y no siempre accesibles. Para el cálculo de la *letalidad* es necesario contar con el número de muertes

⁴² György Acsádi y János Nemeskéri, *History of human life span and mortality* (Budapest: Akadémiai Kiadó, 1970); Anthony Wrigley, *Population and history* (London: Weidenfeld & Nicolson, 1969), p. 8.

⁴³ Lourdes Márquez Morfín, “Efectos demográficos de la pandemia de la influenza en 1918-1920 a escala mundial”, en A. Molina del Villar, L. Márquez Morfín y C. Pardo (eds.), *El miedo a morir*, pp. 241-274.

⁴⁴ Julio Frenk, José Luis Bobadilla y Jaime Sepúlveda, “La transición de la salud en México: un modelo propio”, *Demos*, núm. 1 (México: Carta Demográfica de México, 1988), pp. 28-30.

⁴⁵ V. Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad en la España interior*, p. 52-54.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

debidas a esa enfermedad particular. De ahí que se requieran diversos datos estadísticos de las instituciones encargadas de registrar enfermos y muertos.⁴⁶

En el estudio sobre el tifo de 1813 y el cólera de 1833 en la ciudad de México, fue posible reconstruir la distribución y porcentaje de los distintos grupos socio-étnicos de la ciudad, con lo cual se elaboraron las primeras estadísticas epidemiológicas sobre mortalidad, morbilidad y letalidad de cuarteles y su relación con un mayor o menor número de indígenas, españoles y mestizos. Las personas que habitaban los cuarteles eran muy heterogéneas en cuanto a composición social, económica y cultural; sin embargo, en términos generales se pudo relacionar el espacio urbano, sus condiciones sanitarias, el grupo étnico predominante y los resultados de mortalidad, morbilidad y letalidad. El análisis e interpretación de los resultados es una labor compleja dado el tamaño de la ciudad y de sus habitantes, así como las diferencias sociales y culturales.⁴⁷

El ejemplo de esa investigación viene al caso pues es importante llamar la atención de los historiadores especialistas en el estudio de las epidemias hacia la utilización de este tipo de fuentes, así como de un enfoque integral desde una perspectiva demográfica y de epidemiología diferencial, no solo considerando los aspectos culturales, las reacciones, las medidas sanitarias o el tipo de tratamiento contra la enfermedad, sino todo el contexto. Por supuesto, la metodología se desarrolla de acuerdo con el objeto de estudio y en relación con el enfoque teórico que se implemente. En el caso del enfoque epidemiológico es necesario utilizar las herramientas y técnicas sociodemográficas aquí expuestas.

Sobre las fuentes

El estudio histórico de las epidemias y pandemias, claramente, requiere de una mirada interdisciplinaria con aportes de biología, epidemiología, sociología, demografía, historia y política. En el campo de la historia, las epidemias han sido temas de interés de la historia social, demográfica y cultural. Las fuentes para conocer el impacto provocado

⁴⁶ En casos excepcionales, como el de la ciudad de México en el siglo XIX, han sido localizados documentos con las listas de enfermos, convalecientes y muertos en cada cuartel, los cuales fueron clasificados por sexo, para la epidemia de tifo en 1813 y la primera pandemia de cólera en 1833, en la ciudad de México. Ver: L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*.

⁴⁷ *Ibid.*

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

por la peste, viruela, tifo, sarampión, fiebre amarilla, malaria, sífilis e influenza, entre otras, son diversas y amplias. Presentaremos aquí el tipo y alcance de esas fuentes para analizar el impacto de las epidemias en el pasado. Seguiremos un orden cronológico con la intención de analizar sus características, tipo de información y limitaciones.

Impulsados por el avance científico y el desarrollo de la microbiología en el siglo XIX, hacia finales de dicha centuria aparecen publicados los primeros estudios de carácter interdisciplinario, no solo interesados en la etiología de las epidemias, sino también en su propagación, en sus consecuencias demográficas y acciones sanitarias. Una influencia decisiva para los historiadores fue la prolífica historiografía sobre la peste de los siglos XIII y XIV en Europa. Ya en el siglo XX, el estudio histórico de las epidemias se enriqueció con la Escuela de los Annales y la historia social inglesa. Las investigaciones se enfocaron hacia una *historia problema*, a decir de Lucien Febvre, abarcando temas de historia cultural y de las mentalidades. El estudio histórico de las epidemias se nutrió mediante la incorporación de nuevas metodologías y fuentes de información.

Para estudiar las epidemias del pasado disponemos de dos tipos de fuentes: cuantitativas y cualitativas. De mayor relevancia es conocer la etiología de las enfermedades en tiempos cuando aún no se había desarrollado la microbiología. También interesa conocer el número de enfermos y muertos. Es importante identificar las características y origen de los documentos históricos. Las listas de hospitales y las fuentes parroquiales (entierros, bautizos y matrimonios) son fuentes valiosas para estudiar los efectos de las epidemias en el comportamiento de la mortalidad. En este sentido, el aporte metodológico de la demografía histórica ha sido esencial, sobre todo a partir de la década de 1950 con la *Cambridge Economic History of Europe* y la Escuela de los Annales francesa encabezada por Michel Fleury y Louis Henry. Este último editó un *Manual de Demografía Histórica* que revolucionó la disciplina.⁴⁸ El estudio ofreció un método para realizar mediciones modernas de cambios demográficos y de la mortalidad.

⁴⁸ Louis Henry, *Manuel de démographie historique* (Ginebra: Droz, 1967).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

Hasta ese momento la demografía histórica se basaba en datos agregados muy dispersos procedentes de censos, declaraciones de ingresos y recuentos ocasionales de nacimientos y muertes. Estos registros eran poco fiables para períodos anteriores al siglo XIX.⁴⁹ Antes de la aparición de los registros sistemáticos y confiables, es decir, antes de la primera mitad del siglo XX, todas las fuentes proveedoras de información cuantitativa, al menos en América Latina, no son confiables y encierran importantes subregistros. Este es uno de los mayores problemas metodológicos en el estudio histórico de las epidemias.⁵⁰

Fuentes cuantitativas

Los registros parroquiales permitieron reconstruir las tendencias demográficas de la población durante un largo periodo. Para definir las características de las fuentes cuantitativas, en el caso americano, se distinguen diferentes fases: 1) *la etapa pre-estadística* relativa a los registros de la época prehispánica hasta la implementación del aparato civil europeo (civil y eclesiástico); 2) *la fase proto-estadística* que comprende información diversa generada por el régimen colonial (registros parroquiales, fuentes fiscales, padrones eclesiásticos, censos, primeros registros civiles); 3) *fase de recopilación sistemática de estadística*.⁵¹

En sociedades del Antiguo Régimen la elevada mortalidad fue reguladora de la población, debido a las recurrentes crisis epidémicas. Los registros parroquiales en las colonias comenzaron de manera sistemática a mediados del siglo XVII, según la región o la calidad administrativa de la ciudad o dominio colonial. Antes, en algunas localidades americanas, se produjo otro tipo de fuentes, como las fiscales (matrícula de tributarios) que permitieron estimar cambios en el tamaño de la población en los primeros años de la conquista. A pesar de su amplitud geográfica, el análisis de estas fuentes no es suficiente para conocer el número de muertos provocados por las nuevas epidemias que devastaron a las poblaciones originarias. Este tipo de documentación debe ser confrontada con otro

⁴⁹ Michel W. Flinn, *El sistema demográfico europeo, 1500-1820* (Barcelona: Crítica, 1989).

⁵⁰ Esto es tomado en cuenta en R. Altez, A. Molina del Villar y L. Arrioja (eds.), *La pandemia del olvido*.

⁵¹ Ciro F. Cardoso y Héctor Pérez Brignoli, *Los métodos de la historia. Introducción a los problemas, métodos y técnicas de la historia demográfica, económica y social* (Barcelona: Crítica, 1999), pp. 105-110.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

tipo de evidencias: crónicas de frailes o conquistadores, informes de gobierno, e incluso códices en lenguas indígenas. Gracias a documentos como estos ha sido posible reconstruir cronologías de las epidemias que afectaron a las poblaciones.⁵²

Las actas de entierros revelan los rasgos fundamentales del comportamiento de la mortalidad en sociedades de Antiguo Régimen, caracterizadas por fluctuaciones dramáticas a corto plazo, baja esperanza de vida, elevada mortalidad infantil y una alta incidencia endémica y epidémica de enfermedades infecciosas. El análisis cuantitativo de la mortalidad implica definir algunos conceptos básicos: *crisis de sobremortalidad* y *mortalidad normal*, principalmente en períodos de fluctuaciones bruscas y a corto plazo. Se requiere establecer algunos promedios en una serie corta (entre cinco y diez años, antes o después) con mortalidad regular, antes de definir que se trata de una crisis. Jean Meuvret delimitó los parámetros de las crisis y fluctuaciones de las cosechas.⁵³ Por su parte, Massimo Livi Bacci conformó una tipología de las crisis de sobremortalidad.⁵⁴ Explicó que debe existir un 50 por ciento en el incremento de la mortalidad normal para establecer una pequeña crisis, en tanto que en grandes crisis la mortalidad debe cuaduplicarse. Las series de entierros permitieron ubicar la frecuencia y severidad de las crisis de mortalidad provocadas por epidemias.⁵⁵

Los registros de entierros, en su calidad de fuente proto-estadística, fueron elaborados para cumplir con uno de los sacramentos religiosos. Por lo general, la causa de muerte no aparece en estas actas. No obstante, epidemias devastadoras, como la viruela y el sarampión, sí fueron anotadas por algunos curas o religiosos encargados de registrar el entierro. En muchas ocasiones las enfermedades fueron clasificadas de acuerdo con sus

⁵² Ejemplos de estas cronologías sobre epidemias en el caso mexicano, son: Charles Gibson, *Los aztecas bajo el dominio español, 1519-1810* (México: Siglo XXI Editores, 1984); Elsa Malvido, “Factores de despoblación y reposición de la población de Cholula (1641-1810)”, *Historia Mexicana*, Vol. XXIII, núm. 89 (México: El Colegio de México, 1973), pp. 52-110; Enrique Florescano, *Precios del maíz y crisis agrícolas en México, 1708-1810* (México: Era, 1986).

⁵³ Jean Meuvret, *Le Problème des subsistances à l'époque de Louis XIV* (París: Mouton, 1977, Vol. 1). Vol. 2 (1987); Vol. 3 (1988).

⁵⁴ Massimo Livi Bacci, *Introduzione alla demografia* (Turín: Loescher Editore, 1981).

⁵⁵ M. W. Flinn, *El sistema demográfico europeo*, pp. 74-75.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

síntomas: fiebres, dolores de costado, pleura, fríos, empacho, hinchazón, tos, entre otras.

Los registros no eran elaborados por médicos o especialistas en salud.

Por influencia de Linneo, las causas de muerte forman parte de un sistema de clasificación de enfermedades o nosología surgida en la segunda mitad del siglo XVIII.⁵⁶ Así, las actas de entierros registraron eventualmente las causas de muerte: peste de fiebres, peste de bola, falsos dolores pleuríticos, pulmonía, dolores de costado, calenturas y alferecía. De esa manera las actas de defunción comenzaron a ser acompañadas del testimonio o certificado médico hacia mediados y fines del siglo XIX con la instauración del registro civil, siguiendo la *Nomenclatura de las enfermedades* publicada por Jacques Bertillon en 1895. A partir de entonces y con el desarrollo de la microbiología, los historiadores podemos conocer con mayor exactitud la etiología de varias enfermedades infecciosas registradas en las fuentes. En este contexto se observa un cambio significativo en la manera de registrar que marcará la modernización de los registros al respecto.⁵⁷

En el caso de la administración colonial hispanoamericana, se observa un marcado interés por elaborar estadísticas de población hacia mediados del siglo XVIII. A partir de entonces disponemos de listas pormenorizadas de enfermos y muertos en los hospitales, cuadros y conteos de vacunados, según la calidad de las provincias y dominios españoles. Era el contexto de las reformas borbónicas, inductoras de la transformación administrativa estructural de sus posesiones, con incidencia directa en la gestión urbana,

⁵⁶ El científico sueco mantuvo comunicación con un botánico francés, cuyo hermano, Francois Boisser de Sauvages, era médico y en 1763 ofreció la primera nosología para clasificar enfermedades, tal como había ocurrido con la taxonomía de las plantas. Sobre las causas de muerte y su enfoque metodológico, ver: Chantal Cramaussel y Tomás Dimas Arenas Hernández (eds.), *Causas de muerte. Aportes metodológicos a partir de fuentes preestadísticas y médicas* (Zamora: El Colegio de Michoacán, 2020). En otro trabajo se presenta un cuadro sobre las causas de la muerte en el siglo XIX en una localidad del centro de México: Patricia Olga Hernández Espinoza, “Sintió, se dolió y se murió. Análisis de la mortalidad por causas de muerte en Actopan”, en A. Molina, L. Márquez y C. Pardo, *El miedo a morir*, pp. 483-504.

⁵⁷ Los médicos y funcionarios franceses fueron muy influyentes en esto; examinaron los vínculos entre pobreza, ocupación, insalubridad y el estado de salud de las poblaciones. A mediados del siglo XIX, Inglaterra comenzó a realizar encuestas sistemáticas para identificar el exceso de mortalidad. Allí también los médicos jugaron un papel importante en elaborar estadísticas de salud; fueron muy acuciosos en hacer estadísticas de morbilidad y mortalidad, información que se publicaba de manera bimestral o semestral. Se produjeron cuadros, topografías médicas, cuadros de morbilidad y mortalidad. Ver: Claudia Agostoni y Andrés Ríos, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010* (México: UNAM-Secretaría de Salud, 2010), pp. 36-37.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

en la salubridad y en el orden de las ciudades. Fue en medio de ese proceso que las independencias tuvieron lugar, y la fundación de las repúblicas dio continuidad a esos objetivos, aunque con recursos limitados en la mayoría de los casos.

La promoción de la ciencia, la educación, la higiene urbana y la salud fueron elementos claves para modernizar el Estado. El conocimiento detallado del territorio, de las condiciones geográficas y de la población llevó a disponer de informes, estadísticas y datos muy valiosos para los investigadores interesados en las epidemias.⁵⁸ Febris en esos objetivos, las noveles naciones latinoamericanas ensayaron y modificaron un sinfín de instancias y recursos con escasos fondos disponibles en la mayoría de los casos.⁵⁹ Se editaron publicaciones periódicas de geografía y estadística, así como boletines de salud. Ante los grandes contagios de la primera mitad del siglo XIX, se subrayó la importancia de contar con fuentes fidedignas, confiables y certeras, acompañadas de información sobre las condiciones geográficas y sociales. En los hospitales se llevaban registros del número de pacientes atendidos, cifras de ingresos y egresos. Estos reportes eran enviados a las instituciones de salud y ayuntamientos. No obstante, los recurrentes conflictos armados del siglo XIX ocasionaron la interrupción del conteo y registros de salud.

Con la modernización de los registros y su evolución estadística desde el siglo XIX en adelante, destacamos tres tipos de fuentes: 1) *actas de defunción*; 2) *boletines médicos*; 3) *registros de hospitales*. En cuanto a las primeras, hoy contamos con bases digitalizadas en la página genealógica de *familysearch.org*, con información de actas parroquiales y registros civiles. Esto permite conocer y comparar a escala nacional el impacto de las más graves pandemias de la era moderna: el cólera en el siglo XIX y la influenza de 1918-1920.⁶⁰ A diferencia del registro parroquial, las actas del registro civil

⁵⁸ En el caso de México, el arribo del cólera en 1833 evidenció los avances en los registros poblacionales, y a partir de esta fecha se dispone de registros especiales sobre el impacto de esta enfermedad en la población. *Ibid.*, pp. 23-53.

⁵⁹ Rogelio Altez, “Muchos cadáveres, pocas soluciones. Muertes masivas y cementerios en Caracas: 1764-1856”, *Historia Regional*, Año XXXVI, núm. 50 (Rosario: Universidad Nacional de Rosario, septiembre-diciembre 2023), pp. 1-18.

⁶⁰ Ejemplo de estudios sobre impacto demográfico-regional de estas pandemias para el caso de México: A. Contreras Sánchez y C. Alcalá Ferrández (eds.), *Cólera y población*; Carlos Alcalá Ferrández (ed.), *El cólera en la península de Yucatán, 1833-1855. Propagación y mortalidad* (México: UADY, 2015); América

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

ofrecen el certificado médico y la edad, lo que permite conocer la etiología e impacto de estas infecciones por grupos de edad. Junto a los prolíficos informes hospitalarios del siglo XIX, existe otro tipo de documentación con fines estadísticos: las parroquias enviaban a las instituciones de salud información sobre nacimientos y muertes. Aun así, esta información no es muy precisa para conocer los tipos de enfermedades.

Fuentes cualitativas

En este tipo de fuentes destacan las impresas. Los tempranos tratados de peste en Europa fueron de los géneros más difundidos en la bibliografía médica, cuya proliferación aumentó a fines del siglo XIV conforme se multiplicó el número de imprentas europeas. El nacimiento, desarrollo y difusión de este recurso constituye uno de los factores que más contribuyeron al nacimiento de la ciencia moderna en el Renacimiento. Durante la peste de 1348 este tipo de material circuló de manera manuscrita.⁶¹ Antes de las ideas sanitarias ilustradas, las ciudades y puertos del Mediterráneo occidental difundieron con rapidez los conocimientos italianos derivados de las pestes de los siglos XVI y XVII. Estas localidades mantenían estrecho contacto comercial y bélico con los puertos catalanes, lo que favoreció la transmisión de prácticas sanitarias rápidamente difundidas por la región aragonesa y de ahí a los dominios coloniales americanos.⁶²

El impulso renacentista de la medicina estableció las bases de la ciencia médica, respaldada por la anatomía, fisiología y patología. Durante las más graves epidemias que azotaron los dominios coloniales, los virreyes y autoridades locales promovieron campañas sanitarias y curativas para combatirlas mediante el establecimiento de hospitales improvisados, degredos, juntas de socorro y la proliferación de manuales y remedios científicos. Así, en las grandes ciudades del Imperio español se reeditaron

Molina del Villar y Lourdes Márquez Morfín (coords.), *Un otoño mortal en 1918. La pandemia de influenza y sus efectos en la población joven de México* (México: Publicaciones de la Casa Chata, 2022). Y para el caso de América Latina: R. Altez, A. Molina del Villar y L. Arrijoa (eds.), *La pandemia del olvido*.

⁶¹ José Luis Bertrán, *La peste en la Barcelona de los Austrias* (Barcelona: Milenio, 1996), p. 396.

⁶² *Ibid.*, pp. 215-216.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

traducciones de manuales europeos, fuentes que revelan concepciones sobre el origen de esos padecimientos. A poco de establecido el gobierno peninsular en México, la capital ya contaba con una imprenta. Los textos religiosos y de medicina fueron de los primeros en editarse. Varios médicos escribieron textos sobre cirugía, tratamientos y remedios.⁶³ La ciudad de México fue la única del nuevo mundo colonial en la cual fueron impresos libros médicos durante el siglo XVI. Cuarenta y siete de 222 obras fueron reimpressiones.

En el siglo XVII prolifera la edición de manuales médicos y obras enfocadas en la astronomía y la naturaleza. En el siglo XVIII continuó la publicación de manuales médicos, como el *Florilegio Medicinal* de Esteyneffer (1712) y el *Cursus medicus mexicanus* de Marco José Salgado (1727). Para el caso de México, las ediciones médicas periódicas más famosas fueron el *Mercurio Volante* de José Ignacio Bartolache, primera publicación de medicina en Hispanoamérica, que apareció el 17 de octubre de 1722. También destaca el *Compendio de la Medicina* de Juan Manuel Venegas, obra en la que por vez primera se hizo hincapié en la observación. El tema de las viruelas cobró gran interés entonces, sobre todo con la publicación de Edward Jenner. El científico inglés influyó en otros trabajos, como la *Disertación* de Francisco Gil, obra primeramente publicada en Madrid y reeditada en México en 1796, año devastado por la viruela.

La influencia de la Ilustración fue determinante en la curación y prevención de epidemias. Se editaron libros que marcaron el ingreso de la Nueva España a la medicina moderna. En otros contextos hispanoamericanos, donde la imprenta fue más tardía o bien donde nunca la hubo, la información sobre la medicina dependía de los propios médicos formados en Europa. A pesar de ello, entre finales del siglo XVIII y los primeros años del XIX, cuando tiene lugar la expedición de la vacuna a cargo de Balmis, muchos médicos americanos se vieron beneficiados al participar como apoyo o como informantes.⁶⁴

⁶³ Entre esas obras destacan la de Cristóbal Méndez, *Del ejercicio y su provecho*, publicada en Jaén en 1553 y la de Pedrarias de Benavides, *Secretos de Cirugía*, en Valladolid en 1567. Ver: Carlos Viesca, *Medicina prehispánica de México: el conocimiento médico de los nahuas* (México: Panorama Editorial, 1986).

⁶⁴ Al respecto, ver: Susana Ramírez, Luis Valenciano, Rafael Nájera y Luis Enjuanes (eds.), *La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Doscientos años de lucha contra la viruela* (Madrid: CSIC, 2004).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

El siglo XIX reveló los grandes avances clínicos en medicina con novedosos manuales médicos y científicos. Al desconocerse el origen y etiología de los agentes infecciosos, los tratamientos médicos iban dirigidos hacia el alivio de los síntomas de una enfermedad, no a combatir su causa esencial. Los médicos más doctos actuaron sobre la naturaleza y desarrollo de la propia enfermedad, dejando a los prácticos medidas más activas, como el uso de sangrías, purgantes, ventosas y sudores. Por su parte, los pacientes y familiares acudían también al uso de hierbas y remedios de curanderos.⁶⁵

Las medidas relacionadas con el control de las enfermedades durante las grandes epidemias, especialmente las de viruela, dejaron impresos circunstanciales en diferentes regiones y ciudades hispanoamericanas, incluyendo bandos de policía, informes oficiales, o estudios específicos. Hubo amplia difusión de periódicos que reportaban el acontecer de la enfermedad en el mundo, principalmente su impacto en Europa y Estados Unidos. La prensa difundió recetas y consejos al público para prevenir la enfermedad.

En tiempos republicanos la proliferación de periódicos registra una gran cantidad de información al respecto. Estadísticas, noticias, actuaciones de juntas de socorro, y disposiciones formales pueden ser halladas en la consulta de la prensa decimonónica. El arribo del cólera a las novedes naciones latinoamericanas tuvo lugar en diferentes décadas según la región. En muchos casos es posible acceder a las discusiones sobre si la enfermedad era o no contagiosa a través de largas columnas de prensa, pero también podemos hallar información en la documentación gubernamental de cada país, donde se recogen los debates políticos y las discusiones de las autoridades de turno. Allí, en los

⁶⁵ Sobre historia de la medicina y tratados médicos novohispanos: José María López Piñero, *Historia de la medicina* (Madrid: Historia, 16, 1990); Germán Viveros Maldonado, *Hipocratismo en México, siglos XVI al XVIII* (México: Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM, 2007); Carlos Viesca, “Los libros médicos en la Nueva España, Historia y Filosofía de la Medicina”, *Gaceta Médica Mexicana*, Vol. 132, núm. 3 (México: Academia Nacional de Medicina de México, 1996), pp. 327-331. Para la Nueva Granada: Renán Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada* (Medellín: La Carreta Editores, 2007). Sobre Venezuela: Ricardo Archila, *Historia de la medicina en Venezuela* (Mérida: Universidad de Los Andes, 1966).

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

archivos nacionales también es posible hallar información detallada sobre los cementerios y sus problemas con las muertes masivas producto de la pandemia.⁶⁶

El control aduanal y portuario de las embarcaciones también evidencia medidas y disposiciones en correspondencia con la información y los conocimientos de cada caso. En muchos lugares de América Latina se recurrió a la cuarentena, especialmente aplicada a buques procedentes del exterior. Ninguna embarcación podía zarpar sin previa inspección de las Juntas de Policía y Salud. Se exigieron pasaportes de sanidad, que debían certificar el lugar de procedencia de los pasajeros, mercancías y buques. También se establecieron lazaretos en las afueras de los puertos y ciudades.

Los archivos municipales resguardan mucha información sobre las medidas sanitarias al ocurrir una epidemia. Decretos, informes de policía sanitaria, de alcaldes de cuartel, sesiones de cabildo, actos religiosos y hospitales, entre otros. Este tipo de documentación permite conocer la actuación de las juntas sanitarias, conformadas por médicos, comerciantes y funcionarios. Los ayuntamientos, municipalidades y gobiernos tuvieron una intervención importante en el establecimiento y mantenimiento de los hospitales. Otra instancia encargada de la sanidad fue el Protomedicato, donde lo hubo, supervisando el ejercicio médico y función de las boticas. El tribunal atacaba cualquier acto de hechicería, flebotomistas y médicos “charlatanes”. Esta documentación se encuentra en archivos coloniales y en fuentes del siglo XIX.⁶⁷

Además de los protomedicatos, en otros lugares latinoamericanos funcionaron juntas médicas, facultades de medicina, oficinas de salubridad, juntas de policía urbana, y otras formas modernas de ejercicio de la autoridad pública con criterio higienista. Entre sus objetivos figuraba la eliminación de basureros y depósitos de inmundicias en las atarjeas subterráneas y muladares, y el control de los mercados. Estas medidas fueron

⁶⁶ Para el caso de México: L. Márquez Morfin, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*. Hay estudios para el caso de Venezuela que se apoyan en este tipo de fuentes: R. Altez, “Muchos cadáveres, pocas soluciones”; Mike Aguiar Fagúndez, *La enfermedad negra. Impacto de la pandemia de cólera en el Puerto de La Guaira y la ciudad de Caracas en 1855* (Caracas: Monte Ávila, 2020).

⁶⁷ Estudios sobre el cólera en México con un enfoque social y demográfico: Lilia Oliver, *Un verano mortal. Análisis demográfico y social de una epidemia de cólera en Guadalajara 1833* (Méjico: Universidad de Guadalajara, 2019); y L. Márquez Morfin, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

insuficientes, pues faltaban recursos para limpiar las ciudades.⁶⁸ Tampoco había fondos para otros objetivos de salubridad, como los cementerios o vigilar la calidad del agua.

La hemerografía científica de los siglos XIX y XX fue muy prolífica en difundir información sobre la etiología de las epidemias y conocimientos médicos. La prensa se afanaba en publicar anuncios de jabones, remedios y medidas generales de higiene para prevenir contagios. Se tenía por claro que la mejor prevención era la higiene personal, la limpieza y barrido de calles, así como la desinfección de casas y lugares públicos. Este tipo de información apareció de manera destacada durante las grandes pandemias de cólera del siglo XIX, y en la grave pandemia de influenza de 1918-1920.

Substancial al cambio en el tipo de información sobre epidemias, enfermedades y pandemias fue la secularización. Las órdenes religiosas y la Iglesia perdieron el control de los hospitales, pasando a depender de los ayuntamientos, gobiernos y municipalidades. Este proceso coincide con la modernización de las estadísticas y los registros civiles, de tal suerte que se dispone de documentación sobre la administración de hospitales y cementerios municipales en la que se puede encontrar información cuantitativa y cualitativa. Todos los Estados latinoamericanos comenzaron a centralizar la información y a crear instancias especializadas en el asunto, volcadas a los objetivos de salud pública.

La centralización en materia de salud a través de estas instancias también permitió resguardar valiosos informes sobre la situación epidemiológica en los puertos ante la amenaza de epidemias, como el cólera, fiebre amarilla, peste e influenza.⁶⁹ Este breve balance documental ha tenido por objeto enseñar cómo el análisis histórico de epidemias

⁶⁸ En el caso de la ciudad de México, el Ayuntamiento conformó la Junta de Policía con el fin de vigilar el cumplimiento del reglamento, auxiliándose con los alcaldes de cuartel. La autoridad máxima en materia de salud era entonces la Junta Superior de Sanidad, creada en 1813 durante la epidemia de “fiebres misteriosas”. Se trataba de un cuerpo colegiado integrado por médicos de prestigio. Por su parte, la Junta de Policía estaba formada por un presidente, un alcalde, tres regidores y un síndico. Este organismo se encargaba de inspeccionar a los contratistas de limpieza de albaradas y transportes de basura. Ver: L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México*.

⁶⁹ En México, por ejemplo, el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Archivo Histórico de la Ciudad de México disponen de secciones de salubridad y epidemiología, actas de cabildo, información de prefectos políticos, boletines del Consejo Superior de Salubridad, así como estudios médicos y científicos de la época.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

y pandemias requiere de una mirada interdisciplinaria, con enfoques metodológicos provenientes de la historia social, económica, demográfica, cultural y política.

Consideraciones finales

Cerramos este trabajo con una generalidad: *no existe un método único para el estudio histórico y social de las epidemias*. Antes bien, la transversalidad del problema, la complejidad de su manifestación, y el amplio espectro de variables a tener en cuenta, impiden el anclaje de la mirada a una sola perspectiva. Aproximarse analíticamente a las epidemias, las del pasado y las del presente, implica observar hechos y procesos históricos y sociales, y no detenerse únicamente en la descripción biológica o médica del problema.

Cuando señalamos la necesidad de descentrar el paradigma médico-biológico en la explicación de las epidemias, también estamos afirmando la pertinencia de trascender el empirismo y el científicismo del discurso y la autoridad médica al respecto. Tal autoridad ha sido macerada históricamente por la fuerza positiva del hecho: el padecimiento de enfermedades con largo alcance demográfico, social y geográfico susceptible de alta mortalidad y afectaciones estructurales a la población. No obstante, el impacto de las epidemias, como ha quedado claro, tiene lugar a través de procesos humanos que determinan procesos microbiológicos de consecuencias sociales, económicas y demográficas. *Una epidemia es un hecho histórico*, por encima de todas sus variables.

Sin embargo, en ese esfuerzo por descentrar discursos excluyentes y observar la naturaleza transversal del problema, reconocemos la necesidad de acudir a recursos y métodos que no son exclusivamente cualitativos. Lo cuantitativo no es preponderante, sino parte de la metodología múltiple que requiere el análisis de un problema igualmente múltiple. En la evolución de la medicina como ciencia fue necesario apoyarse y dar uso a recursos cuantitativos para la observación de las enfermedades con largo alcance colectivo, lo cual, entre otras cosas, permitió el desarrollo de la epidemiología, especialidad asociada al uso de recursos cuantitativos para el análisis de su objeto. Esta relación práctica entre la medicina, los recursos cuantitativos, las epidemias y la misión

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

sanadora de la práctica médica, contribuyeron a consolidar históricamente la autoridad de la medicina sobre el estudio de los grandes contagios, en detrimento de otros enfoques.

Con el establecimiento definitivo de la teoría del germen, entre 1872 y 1880, la epidemiología, como todas las ciencias de la salud, adoptó un modelo de causalidad que reproducía el de la física, y en el que un solo efecto es resultado de una sola causa, siguiendo conexiones lineales. Los seguidores de esta teoría fueron tan exitosos en la identificación de la etiología específica de las enfermedades que dieron gran credibilidad a este modelo.⁷⁰

El impacto de enfermedades emergentes y reemergentes a comienzos del siglo XX, incluida la peste, pero especialmente la influenza y su pandemia global entre 1918 y 1920, impulsó la evolución de la epidemiología. La experiencia con la influenza fue decisiva. De allí surgen principios analíticos que, de una u otra manera, van a compartir perspectivas con las ciencias sociales: exposición, riesgo, red de causalidad, relación con el medio ambiente, respuestas sociales, todas categorías conducentes a comprender que, entre otras cosas, “la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar”.⁷¹

Los investigadores que perseguimos la comprensión analítica de las epidemias desde un enfoque histórico y social podemos abrir derroteros interpretativos a partir de líneas y objetos de las ciencias sociales en general.⁷² Historia de la salud, de la enfermedad (o del binomio que las incluye), demografía histórica, historia de los desastres, historia de la medicina y de la salud pública, estudios sobre muertes masivas, objetos inscritos en

⁷⁰ Sergio López Moreno, Francisco Garrido Latorre y Mauricio Hernández Ávila, “Desarrollo histórico de la epidemiología: Su formación como disciplina científica”, *Salud Pública de México*, Vol. 42, núm. 2 (Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril, 2000), p. 138.

⁷¹ *Ibid.*, p. 139.

⁷² Explicaba Renán Silva sobre su estudio de las epidemias de viruela en la Nueva Granada que investigó “la génesis de la salud pública”, y que intentó “mostrar al mismo tiempo las condiciones de difusión y apropiación de un nuevo modelo cultural, entendido como conjunto estructurado de prácticas, saberes y representaciones que cristalizan en espacios sociales diferenciados, a los que llamamos superficies de emergencia”. El historiador colombiano no estaba haciendo “historia de las epidemias”, sino historia social de la cultura. R. Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802*, p. 15.

Número 55, diciembre 2025, pp. 11-43
DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.02>

grandes corrientes de investigación histórica y de ciencias sociales, convergen con métodos y teorías cuando nos aproximamos a las epidemias, endemias y pandemias.

Finalmente, la comprensión analítica del contexto que se observa con los grandes contagios pasa por entender que nunca es un espacio plano de la vida humana; por el contrario, se trata de condiciones transversales a la existencia que deben ser advertidas en todas sus dimensiones si se pretende estudiar un problema histórico y social, como las epidemias. Un contexto es una abstracción analítica, una construcción teórica elaborada con el objeto de investigar problemas históricos y sociales, precisamente. No vamos tras los microorganismos; perseguimos el significado histórico y social de su propagación, de sus mutaciones, de sus viajes a través de continentes, de sus emergencias y reemergencias históricas. Para todo ello construimos herramientas metodológicas múltiples, como múltiples dimensiones tienen los problemas que observamos.