

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

## PROPAGACIÓN, CONTAGIO Y VULNERABILIDAD DE LAS EPIDEMIAS EN LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

## PROPAGATION, CONTAGION, AND VULNERABILITY OF EPIDEMICS IN HISTORICAL RESEARCH

*Abel Fernando Martínez Martín*<sup>1</sup>

*Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*

ORCID: 0000-0002-4621-6072

*Miguel Ángel Cuenya Mateos*<sup>2</sup>

*Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*

ORCID: 0009-0004-5471-6378

*Edwar Javier Manrique Corredor*<sup>3</sup>

*Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*

ORCID: 0000-0003-3916-6166

### Resumen:

El presente artículo aborda el complejo estudio de las epidemias desde la investigación histórica. Hace énfasis en tres factores que son determinantes en el comportamiento de las enfermedades epidémicas en cuanto a la propagación, el contagio y la vulnerabilidad de los seres humanos. El primero es el factor biológico, el segundo el ecológico y el tercero el histórico epidemiológico, una caja de herramientas para el investigador que se adentre en el complejo e interdisciplinario campo de la investigación de las epidemias y pandemias en la historia.

**Palabras clave:** Epidemias, contagio, investigación histórica.

<sup>1</sup> Miembro del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá – UPTC y del Museo Historia de la Medicina y la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Proyectos en curso: a) Momias con cara modelada del Nororiente colombiano, en conjunto con la Universidad de Jagellonia de Cracovia y el Instituto de Estudios Científicos en Momias (IECIM) de Madrid; b) Anemia Tropical y Salud Pública en Boyacá, Colombia, 1919 – 1934, con la Universidad de Valencia. Miembro de la Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIESSAL), y del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

<sup>2</sup> La participación de Miguel Ángel Cuenya en este trabajo se inscribe en el grupo de investigación “Historia Social del mundo urbano de Puebla, siglos XVI- XX”, en el que participa como investigador en el área de historia social de la salud enfermedad en Puebla, de la colonia a la Revolución. Miembro de la Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIESSAL), y del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

<sup>3</sup> Líder del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá – UPTC y Director del Museo Historia de la Medicina y la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Proyectos en curso: a) Momias con cara modelada del Nororiente colombiano, en conjunto con la Universidad de Jagellonia de Cracovia y el Instituto de Estudios Científicos en Momias (IECIM) de Madrid; b) Anemia Tropical y Salud Pública en Boyacá, Colombia, 1919 – 1934, con la Universidad de Valencia. Miembro de la Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIESSAL) y del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

**Abstract:**

This article addresses the complex study of epidemics from a historical research perspective, emphasizing three factors that are crucial in understanding the behavior of epidemics concerning propagation, contagion, and human vulnerability. The first factor is biological, the second is ecological, and the third is historical epidemiological—serving as a toolbox for researchers delving into the intricate and interdisciplinary field of epidemic and pandemic research in history.

**Keywords:** Epidemics, contagion, historical research.

**Fecha recepción:** 5/2/2025

**Fecha aceptación:** 29/5/2025

**Introducción: El estudio de las fuentes**

Acercarse al estudio de las epidemias y pandemias que a lo largo de los siglos golpearon la región latinoamericana, nos lleva a desentrañar el problema de las fuentes. Para el historiador de las epidemias buscar las fuentes constituye un reto de enorme trascendencia. Es importante encontrar documentos que permitan analizar tanto el impacto demográfico de una catástrofe epidemiológica, como poder reflexionar sobre las medidas preventivas que se tomaron para enfrentarla, las consecuencias sociales y económicas, la participación de la sociedad civil, la ubicación geográfica, las condiciones climatológicas y la organización sanitaria.

La búsqueda de acervos documentales para el período colonial, en especial de los siglos XVI y XVII, es una tarea más compleja que la de los siglos XVIII, XIX y XX. La incursión en diversos archivos en busca de información documental para los dos primeros siglos coloniales ha constituido un verdadero reto, y ha generado diversas interpretaciones, siendo el impacto de las epidemias sobre la población indígena uno de los aspectos que sigue ocasionando discusiones académicas. En el siglo XVIII, más rico documentalmente por sus grandes acervos, permite al investigador trabajar con profundidad, en archivos eclesiásticos y públicos (estatales, municipales, regionales).

La conservación de repositorios documentales en regiones con clima seco, como Lima o Santiago de Chile, será mejor que en regiones húmedas como La Habana, Veracruz o Río de Janeiro, donde los años y diversos microorganismos degradaron la

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

documentación dificultando su lectura, aunque en los archivos históricos más importantes de la región se ha venido trabajando con notable éxito en la implementación de modernas tecnologías como restauración documental, control de temperatura y humedad y la digitalización de los archivos para proteger la memoria histórica.

### ***Los registros parroquiales***

Para comprender la mortalidad de una epidemia colonial, las fuentes más importantes son los archivos eclesiásticos, con un riquísimo acervo que concentran los registros de bautismo, confirmación, matrimonio y defunción, cuyas series se organizaban según criterios étnicos o religiosos, ya que la Iglesia no tiene fines demográficos, esto obliga al investigador a realizar un análisis crítico para determinar la validez interna y externa del documento. Siguiendo las disposiciones del Concilio de Trento, todas las parroquias tenían la obligación de llevar un registro de la vida del alma de todos los parroquianos. Al igual que en Europa, los curas iberoamericanos tenían la obligación de organizar los registros sacramentales; los más antiguos datan de fines del siglo XVI, pero solo a mediados del XVII están organizados, aunque presentan lagunas.

El investigador no puede exigir exactitud; estos registros presentan omisiones o errores, no obstante, constituyen un material único en su género, indispensable para el estudio del comportamiento de la población en el período colonial. Los registros sacramentales normalmente presentan variaciones en el tiempo y en el espacio. Se encuentran organizados en tres series: bautismos, matrimonios y defunciones, que a su vez se subdividen en: libro de españoles y “gentes de razón” y libros de indios o “gentes sin razón”, organizados por año y grupo étnico. Los libros de difuntos pueden presentar omisiones y lagunas, en especial en período de epidemia, en el cual no siempre se llevaba un registro exacto de los entierros, debido al elevado número de defunciones; también se abrieron libros especiales de defunciones, como sucedió en 1737, en una parroquia de ciudad de Puebla, en México:

*Por las muchas que se ofrecían en el tiempo de la peste del Matlasahual de las cuales se ayaran muchas defectuosas unas veces porque los amanuenses no eran*

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

*prácticos porque los Ministros no tenían lugar ni de administrar los Santos Sacramentos y, otras porque amanecían los difuntos en los sementerios, sin que se supiera quien los avía traydo.*<sup>4</sup>

El investigador debe tener en consideración la existencia de subregistro, especialmente infantil, lo que imposibilita conocer con exactitud el número total de defunciones y su comportamiento. El estudioso de las epidemias debe conocer la jurisdicción de la parroquia que estudia. En Iberoamérica, a diferencia de Europa, se extendían por un extenso territorio que incorporaba pueblos, ranchos, haciendas y tierras baldías.

Las actas de defunción son registros escuetos, donde raramente se anota la edad, con algunas excepciones, en especial si se trata de personas de edad avanzada. Los niños menores de siete años son anotados como “párvulos”, mientras que los jóvenes y adultos son registrados en la genérica categoría de “adulto”. Rara vez se menciona la causa del deceso, con excepción de muerte violenta o accidental. En caso de crisis de mortalidad por una epidemia, se usó el lacónico término de “pestilencia o peste”, aunque muchas veces el amanuense anotaba al margen la causa: viruela, tercianas, etc.

### ***El Registro Civil y las fuentes municipales***

En la segunda mitad del siglo XIX en Latinoamérica, comenzó a establecerse el Registro Civil (Tabla 1). Los gobiernos empezaron a responsabilizarse de la organización social, política y económica de los pueblos que conformaban las nuevas naciones, asumiendo la tarea de llevar adelante un registro de los nacimientos, matrimonios y defunciones.

---

<sup>4</sup> Archivo de la Parroquia del Santo Ángel Custodio Analco, Libro de defunciones de la Iglesia de Nuestra Señora de los Remedios, 1737–1754, f 1r.

**TABLA 1**  
**ESTABLECIMIENTO DEL REGISTRO CIVIL EN LATINOAMÉRICA**

| País        | Año  | País            | Año  |
|-------------|------|-----------------|------|
| Argentina   | 1881 | Honduras        | 1881 |
| Brasil      | 1850 | México          | 1857 |
| Bolivia     | 1940 | Nicaragua       | 1879 |
| Colombia    | 1865 | Panamá          | 1914 |
| Costa Rica  | 1888 | Paraguay        | 1880 |
| Cuba        | 1885 | Perú            | 1886 |
| Chile       | 1885 | Puerto Rico     | 1885 |
| Ecuador     | 1901 | Rep. Dominicana | 1828 |
| El Salvador | 1879 | Uruguay         | 1879 |
| Guatemala   | 1877 | Venezuela       | 1873 |

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de Guía de investigación en Latinoamérica - Registros civiles – FamilySearch.org

Los historiadores que analizan las epidemias del último cuarto del siglo XIX y del XX tienen en el Registro Civil una fuente de primera mano con información más detallada que los sacramentales. Los investigadores pueden realizar cruces de información. Se detallan el sexo, nombres y apellidos, edad, estado civil, lugar de nacimiento y residencia; profesión, causa de muerte, lugar de entierro y otras informaciones.

La información registrada en los libros de defunciones del Registro Civil es: 1. Fecha de defunción. 2. Nombre. 3. Sexo. 4. Edad (años, en caso de niños, horas, días, meses o años). 5. Estado civil (niño, soltero, casado, viudo). 6. Profesión (en varones mayores de 15 años). 7. Lugar de nacimiento (ciudad o pueblo). 8. Causa de muerte. 9. Cementerio o panteón y 10. Observaciones.

La estructura étnica de la población conlleva un comportamiento diferencial ante la muerte, escenario que los registros demográficos reflejan; el historiador debe prestar atención al comportamiento poblacional según sexo y edad. Hay enfermedades que afectan a la población infantil (viruela, sarampión, tosferina, paperas), mientras otras impactan a la población adulta joven (tuberculosis, cólera, tifo, tifoidea, influenza, ITS).

Tras analizar la mortalidad de las epidemias que afectaron a la sociedad latinoamericana, el investigador debe incursionar en otros repositorios documentales que le permitan comprender el comportamiento de los microorganismos responsables de

llevar al panteón a miles de personas. Los agentes patógenos adaptados a climas cálidos y húmedos, caso de la fiebre amarilla o *vómito prieto*, como popularmente se la conocía, endémica en zonas tropicales, transmitida por mosquitos *Aedes*, del paludismo o malaria ocasionado por un parásito (*plasmodium*) transmitido por el *Anopheles*, así como el dengue, causado por un virus y transmitido por un mosquito, sumado a la ausencia de condiciones higiénicas y al hacinamiento, ocasionaron por siglos un fuerte impacto epidemiológico, sobre todo en zonas costeras.

En zonas altas de América, los extensos altiplanos de la zona andina o mesoamericana eran propicios para otro tipo de enfermedades y, al ser regiones densamente pobladas, encontraron condiciones idóneas para su accionar, como es el caso de diversas enfermedades gastrointestinales, tifo, cólera, neumonía, gripe, etc.

El historiador debe considerar otros factores importantes para comprender el contexto en el que un microorganismo se desarrolló en un ambiente ideal que afectó a las poblaciones del pasado. Debe tener en consideración las condiciones climatológicas para que se reproduzca en escenarios adecuados y se inicie una epidemia, además del espacio regional, se trate de una zona rural escasamente poblada o de una zona urbana con distintas densidades poblacionales. Es importante analizar las condiciones de vida, estructura ocupacional (comercial, manufacturera, pesca, agrícola, ganadería mayor o menor), niveles de pobreza, hacinamiento, servicios sanitarios, alfabetización, servicios médico-hospitalarios, organización política, que directa o indirectamente inciden en el comportamiento de las epidemias.

Un ejemplo resulta ser el largo período de organización nacional en gran parte de América Latina, durante la cual se gestaron conflictos político-militares que llevaron a las independencias y, posteriormente, los interminables enfrentamientos entre grupos regionales, etapa de enorme inestabilidad. Resultado de esos desajustes fue un marcado aumento de la pobreza, empeoramiento de las condiciones de vida y reactivación de la viruela, el sarampión y el tifo, que en el siglo XIX fueron epidémicas con fuerte impacto en Iberoamérica, debido a la ausencia de condiciones higiénicas en pequeños pueblos y en grandes centros urbanos, donde la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición, la escasez

de alimentos, la ausencia de agua potable, la proliferación de roedores, piojos, pulgas y otros vectores, crearon condiciones para que el tifo y otras enfermedades gastrointestinales se propagaran. El investigador de epidemias debe consultar fuentes que le permitan ampliar el panorama social, político y económico del estudio en repositorios municipales, estatales, provinciales y nacionales e incursionar en fondos como las enlistadas en la Tabla 2:

**TABLA 2**  
**FONDOS DE BÚSQUEDA DOCUMENTAL PARA EL HISTORIADOR DE EPIDEMIAS**

|                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Salubridad                                   | Higiene pública y privada              |
| Panteones (cementeros)                       | Hospitales                             |
| Regulación de actividades económicas         | Distribución del agua                  |
| Condiciones de vida                          | Comisiones de Salud Pública temporales |
| Bandos municipales. Virreinales o nacionales | Organización política                  |
| Alfabetismo                                  | Artículos periodísticos                |
| Colegios y sindicatos médicos                | Información del clima                  |
| Inundaciones                                 | Sismos                                 |

Fuente: Elaboración propia.

### Estudio de las epidemias: factor biológico

La historia de las epidemias es un área de gran crecimiento historiográfico tras la reciente pandemia de la COVID 19, que sacó a las enfermedades epidémicas del olvido. El historiador de las epidemias requiere recurrir a otras disciplinas para poder realizar un exhaustivo análisis crítico de las diversas fuentes existentes, dependiendo del momento histórico, para acercarse al complejo proceso de la propagación, la vulnerabilidad y el contagio de las enfermedades epidémicas a través de la historia. Sostiene la historiadora de la ciencia argentina, Sandra Caponi, que, para investigar la historia de las enfermedades, en nuestro caso de epidemias, “deberemos poder transitar, al mismo tiempo, por las ciencias biológicas y por la descripción y el análisis de fenómenos sociales y políticos”.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Sandra Caponi, “Epistemología, historia de las ciencias y saber médico”, *Episteme, Filosofia e História das Ciências em Revista*, Vol. 11, núm. 23 (Porto Alegre: Grupo Interdisciplinar de Filosofia e História das Ciências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2006), pp. 49-71.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

Desde el norte del continente también sostiene la historiadora de las epidemias, la mexicana América Molina del Villar que, para investigarlas: “se requiere dialogar con otras áreas del conocimiento: la biología, la medicina, la zoología y la ecología”.<sup>6</sup> Esto es lo que intentamos abordar en esta sección del Dossier, donde no nos referimos a una epidemia en particular, pues se trata de hacer una reflexión sobre las epidemias históricas, desde nuestra experiencia como investigadores del campo, que hemos trabajado diferentes periodos, diferentes regiones, con diferentes fuentes y desde diversas disciplinas, sobre nuestro multidisciplinario propósito, el contagio y la propagación de virus, bacterias y parásitos, y la vulnerabilidad de los seres humanos ante las epidemias.

Para los historiadores dedicados a este campo del conocimiento complejo –pues es sociocultural, biológico e histórico– es necesario abordar las epidemias del pasado desde diversos campos. Proponemos tres grupos para su investigación, que incluyen e integran varios saberes: la biología, la ecología y el campo histórico-epidemiológico.

Desde la biología, debemos recordar que somos animales, seres biológicos, históricos y sociales, y que las enfermedades epidémicas son también un fenómeno biológico que nos retorna al mundo de las plantas y de los animales, sin olvidar que las enfermedades infecciosas acompañan al hombre desde siempre. Por eso, debemos conocer el agente causal de la epidemia y comprender el ciclo evolutivo de los parásitos, las formas de contagio y de propagación del virus, y la bacteria o el parásito causante de la epidemia.

Debemos saber si se trata de una enfermedad respiratoria, cuya vía principal de propagación es la vía aérea, o si se trata de una transmitida por el agua, vía fecal oral, como el cólera o se transmite por vectores como el mosquito, la pulga o el piojo, o se trata de infecciones de transmisión sexual, pues todo lo anterior condiciona el comportamiento epidemiológico de la epidemia que estudia el historiador y determina las fuentes a utilizar.

Los agentes infecciosos causantes de las epidemias que han afectado al hombre a

---

<sup>6</sup> América Molina Villar, “Fuentes y abordajes metodológicos en el estudio de las epidemias: el caso mexicano”, *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, Vol. 9, núm. 9 (Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti” 2018), pp. 78-95.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

través de la historia se pueden agrupar en tres tipos de patógenos: las causadas por bacterias como la lepra, la peste, la fiebre tifoidea y el cólera; las causadas por virus como la gripa H1N1<sup>7</sup> y la reciente pandemia por COVID-19; y, finalmente, las epidemias causadas por parásitos, caso de protozoos como el *plasmodium* de la malaria o los helmintos de la anemia tropical, causada por el *necátor americanus*. La Tabla 3 describe las enfermedades epidémicas presentadas a través de la historia, cuyo agente causal fue una bacteria.

**TABLA 3**  
**EPIDEMIAS, FACTOR BIOLÓGICO Y BACTERIAS**

| Tema     | Factor    | Agente causal | Vía de contagio |                                       |  | Enfermedad epidémica                      |                                            |
|----------|-----------|---------------|-----------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Epidemia | Biológico | Bacterias     | Humano a humano | Respiratorias                         |  | Lepra (Micobacterium Leprae)              |                                            |
|          |           |               |                 |                                       |  | Tuberculosis (Micobacterium tuberculosis) |                                            |
|          |           |               |                 |                                       |  | Tos ferina (Bordetella pertussis)         |                                            |
|          |           |               |                 |                                       |  | Peste neumónica (Yersinia pestis)         |                                            |
|          |           |               |                 | Fecal oral (aguas y alimentos)        |  | Cólera (Vibrio Cholerae)                  |                                            |
|          |           |               |                 |                                       |  | Fiebre Tifoidea (Salmonella tiphy)        |                                            |
|          |           |               |                 | Contacto directo                      |  | Peste (Yersinia pestis)                   |                                            |
|          |           |               |                 | Infección de Transmisión Sexual (ITS) |  | Sífilis (Treponema pallidum)              |                                            |
|          |           |               | Animal a humano | Enfermedades vectoriales              |  | Pulgas                                    | Peste (Yersinia pestis)                    |
|          |           |               |                 |                                       |  | Piojos                                    | Tifus Exánтемático (Ricketssia)            |
|          |           |               |                 |                                       |  | Mosca de la arena                         | Fiebre de Oroya (Bartonella bacilliformis) |
|          |           |               |                 | Enfermedades zoonóticas               |  | Ratas                                     | Peste (Yersinia pestis)                    |

Fuente: Elaboración propia.<sup>8</sup>

Importantes pandemias han sido verificadas históricamente, con gran impacto sociodemográfico, que fueron causadas por bacterias, aunque su agente causal solo fue

<sup>7</sup> Rogelio Altez, América Molina del Villar y Luis Arrijoa (eds.), *La pandemia del olvido. Estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920* (México: Colegio de Michoacán, 2023).

<sup>8</sup> Cynthia N. Cornelissen y Marcia Metzgar Hobbs, *Microbiología* (Barcelona: Wolters Kluwer, 2020), pp. 49-207.

identificado a finales del siglo XIX o principios del XX, con el desarrollo de la bacteriología, la inmunología y la terapéutica con sueros, vacunas y balas mágicas.

Las enfermedades epidémicas bacterianas, según su vía de transmisión, las clasificamos en: de humano a humano, como es el caso de las micobacterias causantes de la lepra y la tuberculosis y, de animal a humano, que es el caso de las enfermedades transmitidas por vectores, como sucede con la pulga en la peste, el piojo humano en el tifus exantemático y la mosca de la arena en la Fiebre de Oroya.

Las infecciones bacterianas epidémicas entre humano a humano se transmiten por cuatro vías principales: la vía respiratoria, como es el caso de las epidemias de tuberculosis, tos ferina y las de peste neumónica; por vía fecal oral, como sucede en el caso de una epidemia de cólera o de fiebre tifoidea, causada por la bacteria *salmonella typhi*; tercera vía es la transmisión por contacto directo, como sucede con la lepra; y, la última vía, por transmisión sexual, como es el caso de la sífilis venérea.

La peste, causada por la bacteria *yersinia pestis*, es una enfermedad zoonótica que, también, se puede transmitir de humano enfermo a humano sano vía respiratoria o por contacto directo, como puede infectarse por la picada de un parásito como la pulga, previamente infectada por una rata, la peste usa distintas vías dentro del algoritmo para su contagio y propagación como se ve en la Tabla 3. En la Tabla 4 presentamos las epidemias causadas a través de la historia por otra forma de vida, como lo son los virus, identificados solo hasta la aparición del microscopio electrónico en los años 30 del siglo XX. Son más las epidemias causadas por los virus que las causadas por las bacterias.

**TABLA 4**  
**EPIDEMIAS, FACTOR BIOLÓGICO Y VIRUS**

| Tema     | Factor    | Agente causal | Vía de contagio |                                       | Enfermedad epidémica       |
|----------|-----------|---------------|-----------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Epidemia | Biológico | Virus         | Humano a humano | Respiratorias                         | Influenza (H1N1)           |
|          |           |               |                 |                                       | Sarampión                  |
|          |           |               |                 |                                       | Covid-19 (SARS-CoV-2)      |
|          |           |               |                 |                                       | Poliomielitis (Poliovirus) |
|          |           |               |                 | Fecal oral (aguas y alimentos)        | Hepatitis A                |
|          |           |               |                 |                                       | Ébola                      |
|          |           |               |                 |                                       | Poliomielitis (Poliovirus) |
|          |           |               |                 | Contacto directo                      | Viruela                    |
|          |           |               |                 |                                       | Varicela                   |
|          |           |               |                 |                                       | Ébola                      |
|          |           |               |                 |                                       | Poliomielitis (Poliovirus) |
|          |           |               |                 | Infección de Transmisión Sexual (ITS) | VIH SIDA                   |
|          |           |               |                 |                                       | Hepatitis B                |
|          |           |               |                 |                                       | Ébola                      |
|          |           |               | Animal a humano | Enfermedades vectoriales              | Mosquito (Aedes aegypti)   |
|          |           |               |                 |                                       | Fiebre amarilla            |
|          |           |               |                 |                                       | Dengue                     |

Fuente: Elaboración propia.<sup>9</sup>

Los dos microorganismos causantes de enfermedades epidémicas, los virus y las bacterias, se transmiten por las mismas vías, de humano a humano y de animal a humano. Usando las vías respiratorias, están el virus de la gripe A H1N1, el COVID 19, la poliomiélitis y el sarampión; por la vía fecal oral, es decir, por agua o alimentos contaminados con materia fecal humana, casos de la hepatitis A, la poliomiélitis y el ébola; por la vía del contacto directo se encuentra la transmisión de los virus de la viruela, la varicela, la poliomiélitis y el ébola; y, en la última vía, se consideran las ITS, es decir, las infecciones de transmisión sexual, como el VIH SIDA, la hepatitis B y el ébola.

El virus del ébola usa de acuerdo con el algoritmo diferentes vías de transmisión como hemos descrito, evidenciando la complejidad biológica que hay que considerar cuando se está investigando en el campo de la historia de las epidemias. Otro ejemplo es la poliomiélitis, que tiene tres vías de transmisión: respiratoria, fecal oral y por contacto directo, además de acompañar al ser humano desde la antigüedad como enfermedad

<sup>9</sup> Patrick R. Murray *et alii*, *Microbiología médica* (Barcelona: Elsevier, 2021), pp. 362-569.



Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

factores que abordamos en la tabla 4, dedicada a las vías de propagación de las epidemias y a la identificación de las poblaciones vulnerables.

Los agentes causales tienen vías particulares de transmisión que se agudizan según las condiciones en que se encuentran las poblaciones humanas afectadas; por ejemplo, una epidemia respiratoria, a la que se le suman condiciones de aumento de la densidad humana, de hacinamiento, que multiplican las posibilidades de contagio, causan en las ciudades europeas en el siglo XIX mortales epidemias de tuberculosis.<sup>12</sup>

La guerra cabalga con su compañera la peste: la fiebre tifoidea, causada por la bacteria *salmonella typhi*, una enfermedad infecciosa epidémica, que se ha demostrado por medios moleculares –otra fuente a la que podemos recurrir los historiadores–, fue la causante de la primera epidemia registrada, la Peste de Atenas, que padeció y relató Tucídides en el siglo V a. C. Atenas había abandonado los campos a los espartanos y recibido al interior de las murallas a la población rural en la Guerra del Peloponeso. Hacinados en la polis, en verano, crearon el escenario perfecto para una epidemia por salmonella. La polis fue diezmada por esta enfermedad epidémica bacteriana que se trasmite por vía fecal oral, es decir, por agua y alimentos contaminados.

La propagación de otra enfermedad bacteriana, la lepra, está relacionada con el ejército imperial romano y las Cruzadas. Las tropas españolas reconquistaron Santafé en 1816 trayendo la peste de viruelas. La pandemia de gripa de 1918-1920 no hubiera alcanzado la expansión mundial y los 50-100 millones de muertos que reporta la literatura, si no se hubiera dado al final de la Primera Guerra. El tifus exantemático, conocido como *morbus castrensis*, fue diseminado por los ejércitos en Europa y América como la sífilis y las ITS.<sup>13</sup> La fiebre amarilla se relaciona con ataques corsarios a Cartagena de Indias y a la guerra hispano estadounidense en Cuba, que permitió descubrir el vector a Carlos Finlay.

<sup>12</sup> Thomas McKeown y Charles R. Lowe (eds.), *An Introduction to Social Medicine* (Nueva Jersey, Blackwell Science Ltd, 1966).

<sup>13</sup> Abel F. Martínez y Andrés R. Otálora, “La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades en el Nuevo Reino de Granada, 1633”, *HISTORELO: Revista de Historia Regional y Local*, Vol. 15, núm. 34 (Medellín: Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2023), pp. 205-239.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

El historiador debe estar pendiente de las migraciones. Las epidemias de lepra de la Edad Media están asociadas al movimiento de los seres humanos, como es el caso del Camino de Santiago. Las migraciones mongolas están relacionadas con la expansión de la peste de Oriente a Occidente en el siglo XIV. En el campo de las migraciones, se destaca la epidemia de anemia tropical en los fríos Alpes suizos, causada por la migración de trabajadores que construyeron el túnel de San Gotardo, a principios del siglo XX. Las migraciones son también muy importantes en casos como el de la epidemia de fiebre amarilla que azotó Buenos Aires a finales del siglo XIX, que causó la mayoría de las muertes en los migrantes que malvivían en los conventillos de la capital argentina.

Debe estar muy atento el historiador a los sitios de encierro, lugares donde se manifiestan rápidamente las epidemias a causa del hacinamiento que registran instituciones como cárceles, cuarteles, asilos, colegios, conventos, inquilinatos o conventillos, ancianatos, hospitales, etc. Georges Duby, refiriéndose a la peste de 1348 en Francia, afirma: “la mortalidad fue terrible en los agrupamientos apretados, monasterios, capítulos catedralicios y entre la tropa; en Marsella todos los franciscanos murieron”.<sup>14</sup> La proporción de muertos, aunque parece elevada en el campo, fue inferior a la de las ciudades.

Se deben tener en cuenta las rutas comerciales y los medios de transporte, de acuerdo con el momento histórico en que se produce la epidemia. La peste del siglo XIV llegó de Oriente transportada por los navíos comerciales, las enfermedades causantes de la catástrofe demográfica de los aborígenes americanos viajaron en carabelas y galeones, la pandemia de gripa de 1918 a 1920 viajó en barco y tren y, a Tunja, llegó por medio de peones carreteros.<sup>15</sup> Mientras que la COVID 19 se extendió rápidamente por el mundo en avión, medio de transporte que no se había utilizado en anteriores pandemias.

En la Tabla 6 se aborda también la vulnerabilidad, condición que caracteriza a una parte de las sociedades humanas y que está relacionada con factores como la

---

<sup>14</sup> Georges Duby y Robert Mandrou (eds.), *Historia de la civilización francesa* (México: Fondo de Cultura Económica, 2018), p. 159.

<sup>15</sup> A. F. Martínez y A. R. Otálora, “La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades”.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

inmunosupresión, como es el caso del VIH SIDA, la desnutrición y las enfermedades autoinmunes, la presencia de comorbilidades, como se observó en la reciente pandemia de COVID 19, la susceptibilidad genética ante la aparición de nuevas enfermedades, y el estado de vacunación que protege a los susceptibles, a pesar de los movimientos antivacuna o anti-inoculación, que se dieron a fines del siglo XVIII, con la viruela.<sup>16</sup>

El historiador no puede pasar por alto las condiciones de vida de las personas, el acceso a los servicios públicos y a los servicios de salud y el grupo etario. Por ejemplo, el H1N1 atacó sobre todo a la población joven y económicamente activa, mientras la viruela atacaba sobre todo a la población infantil y la epidemia de COVID 19 registró una gran mortalidad en el grupo de los adultos mayores.

La clase social es un factor evidente al estudiar las pandemias, que demuestra que la mayor mortalidad se registra entre los pobres, quienes viven en peores condiciones, sin acceso a los servicios de salud, hacinados, desnutridos, sin higiene, en malas condiciones de vivienda, sin servicios públicos ni educación. Georges Duby describe que el equilibrio biológico se rompió en el siglo XIV porque la población se había vuelto demasiado numerosa, estaba insuficientemente alimentada y maltratada por la guerra, obligada a éxodos y a amontonarse tras las murallas y por la peste negra.<sup>17</sup>

Aunque no se encuentran grandes diferencias entre los sexos, es un factor que se debe tener en cuenta en el estudio de las epidemias, así como los comportamientos sexuales de las poblaciones. El VIH SIDA se relaciona con la revolución sexual y la aparición de la píldora anticonceptiva y la sífilis, claramente relacionada con la actividad sexual humana.

La epidemia de fiebre puerperal está relacionada con las autopsias y la posterior atención de las parturientas por estudiantes de medicina sin lavarse las manos, como lo demostró el médico Semmelweis, quien murió loco, maltratado, desprestigiado y

---

<sup>16</sup> José Celestino Mutis, “Instrucción sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las viruelas, formada de orden del superior gobierno”. (Santa Fe de Bogotá: por don Antonio Espinosa de los Monteros, 1783). Biblioteca Digital de Bogotá. Disponible desde Internet en: <https://www.bibliotecadigitaldebogota.gov.co/resources/2802804/>.

<sup>17</sup> G. Duby y R. Mandrou (eds.), *Historia de la civilización francesa*, p. 159.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

abandonado en un manicomio de Budapest, y actualmente es considerado un protector de la humanidad.

**TABLA 6**  
**FACTORES ASOCIADOS A LA PROPAGACIÓN DE LAS EPIDEMIAS BACTERIANAS, VIRALES Y PARASITARIAS**

|                     |                                                                        |                                                                                                                                                         |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vías de propagación | Hacinamiento                                                           | Guerra                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                        | Instituciones de encierro (cárceles, cuarteles, instituciones educativas, conventos, hospitales, ancianatos y guarderías) e inquilinatos o conventillos |
|                     | Medios de transporte                                                   | Aéreo                                                                                                                                                   |
|                     |                                                                        | Marítimo                                                                                                                                                |
|                     |                                                                        | Terrestre                                                                                                                                               |
|                     |                                                                        | Rutas comerciales                                                                                                                                       |
|                     |                                                                        | Puertos                                                                                                                                                 |
| Vulnerabilidad      | Migraciones                                                            |                                                                                                                                                         |
|                     | Inmunosupresión (Enfermedades nutricionales, infecciosas, autoinmunes) |                                                                                                                                                         |
|                     | Comorbilidades                                                         |                                                                                                                                                         |
|                     | Genética                                                               |                                                                                                                                                         |
|                     | Ocupación                                                              |                                                                                                                                                         |
|                     | Estado de vacunación                                                   |                                                                                                                                                         |
|                     | No acceso a servicios públicos                                         |                                                                                                                                                         |
|                     | No acceso a servicios de salud                                         |                                                                                                                                                         |
|                     | Grupo etario                                                           |                                                                                                                                                         |
|                     | Sexo                                                                   |                                                                                                                                                         |
|                     | Clase social                                                           |                                                                                                                                                         |

Fuente: Elaboración propia.<sup>18</sup>

### Estudio de las epidemias: factor ecológico

Tras considerar los problemas biológicos, se deben estudiar en las epidemias los factores ecológicos, como los geográficos, climáticos y étnicos, pues todos ellos inciden en el contagio y la velocidad de propagación de las epidemias. Parafraseando al historiador Josep Fontana podemos afirmar que al igual que las enfermedades epidémicas: “El hombre está en la naturaleza, porque forma parte de ella: su propia evolución está estrechamente condicionada por las probabilidades que le ofrece el medio en que vive”.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Abel F. Martínez, Bernardo Meléndez, Fred Manrique, Edwar Manrique y Erika Barragán (eds.), *Gripa y Primera Guerra Mundial: Clima y muerte en la pandemia de 1918 – 1919* (Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2014), pp. 85-100.

<sup>19</sup> Josep Fontana, “Introducción al estudio de la historia”, (Barcelona: Crítica, 1999).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

## Geografía y clima

### Estacionalidad

Hace dos milenios y medio, Hipócrates de Cos, en *Sobre Aires, aguas y lugares*, describió la estrecha relación existente entre epidemias y estaciones, entre el microcosmos humano y el macrocosmos de la naturaleza en la medicina. Thomas Sydenham, en el siglo XVII, insistió en la correspondencia de las enfermedades con las alteraciones climáticas, geográficas y ambientales. El médico itinerante que llega a la polis, escribe Hipócrates:

*...estará en capacidad de decir qué enfermedades epidémicas atacaran la ciudad, ya en verano, ya en invierno (...) Al conocer los cambios de las estaciones (...) sabrá de antemano la naturaleza del daño que se aproxima (...) con las estaciones las enfermedades del hombre, al igual que los órganos digestivos, sufren cambios.*<sup>20</sup>

El sarampión es una enfermedad viral, epidémica, altamente contagiosa, que sigue un claro patrón estacional en zonas donde es endémico. En las regiones tropicales, la mayoría de los casos aparecen en la estación seca, mientras que, en las zonas templadas, la incidencia alcanza su nivel máximo a final del invierno y principio de la primavera.<sup>21</sup> La varicela es otra enfermedad viral, epidémica, que muestra una tendencia estacional, siendo más frecuente en los meses que van de noviembre hasta febrero en el Perú.<sup>22</sup>

La fiebre amarilla, en Colombia, se presenta en brotes que se repiten cada seis años, aproximadamente, y muestra un comportamiento estacional presentando dos picos en el año que se dan en los periodos secos de diciembre a enero y de julio a agosto. Para la Organización Mundial de la Salud (en lo sucesivo, OMS) un caso de fiebre amarilla se

<sup>20</sup> “Hipócrates de Cos. Sobre aires, aguas y lugares”, en José M. López Piñero, *Medicina, historia y sociedad*, (Barcelona: Ariel, 1971), pp. 26-27.

<sup>21</sup> Ver: Organización Mundial de la Salud, OMS. Disponible desde Internet en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON440>.

<sup>22</sup> Edwin Miranda-Choque, Sonia Farfán-Ramos, Sara Barrientos-Zulca y Lizzet Lara-Levano, “Variabilidad estacional de hospitalizaciones por varicela en el INSN, Lima-Perú”, *Anales de la Facultad de Medicina*, Vol. 74, núm. 2 (Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2013), pp. 97-99.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

considera epidemia.<sup>23</sup> En la región Pacífico Central de Costa Rica, el dengue es hoy una enfermedad predecible por su comportamiento estacional, por lo que se recomienda intensificar las medidas de prevención siguiendo el patrón estacional de la enfermedad determinado por el medio ambiente.<sup>24</sup>

En el Archivo Regional de Boyacá, Ernesto Porras Collantes encontró 28 epidemias de viruela de 1588 a 1783 en la ciudad de Tunja, que aparecen en 33 meses del período estudiado. El 66% de estos registros se hicieron entre diciembre y abril, la segunda temporada seca y soleada del año en la ciudad, demostrando una clara estacionalidad en las epidemias de viruela coloniales de Tunja.<sup>25</sup>

George W. Lovell, en su trabajo sobre la viruela en Guatemala, consigna que las epidemias eran estacionales y que la enfermedad se propagaba “más rápidamente durante los meses invernales en climas templados y durante la estación seca en los países tropicales”.<sup>26</sup>

### *Temperatura y humedad*

Aunque varía de unos artrópodos a otros, las temperaturas por debajo de 0°C y por encima de los 40°C son para ellos letales, mientras que temperaturas entre 20 y 30°C son las más adecuadas. Las temperaturas por debajo de 10 a 12°C disminuyen su metabolismo y su movimiento, la digestión del alimento y su capacidad de reproducirse. Los patógenos que transmiten (virus, bacterias o parásitos) también están directamente relacionados con la temperatura para su multiplicación en el vector.<sup>27</sup> La temperatura fría de los altiplanos

<sup>23</sup> Martha Velandia, “La fiebre amarilla y su control”, *Biomédica*, Vol. 24, núm. 1 (Bogotá: Instituto Nacional de Salud, 2004), pp. 5-6.

<sup>24</sup> Roy Wong-McClure, Marilys Suárez-Pérez y Xiomara Badilla-Vargas, “Estudio de la estacionalidad del dengue en la Costa Pacífica de Costa Rica (1999-2004)”, *Acta Médica Costarricense*, Vol. 49, núm. 1 (San José: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2007).

<sup>25</sup> Ernesto Porras, *Crónica Colonial de Tunja y su Provincia* (Tunja: Academia Boyacense de Historia, 2006).

<sup>26</sup> George W. Lovell, “Las enfermedades del Viejo Mundo y la mortandad indígena: la viruela y el tabardillo en la sierra de los Cuchumatanes, Guatemala (1780-1810)”, *Revista Mesoamérica*, Vol. 9, núm. 16 (Massachusetts: Plumsock Mesoamerican Studies y Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, 1988), p. 250.

<sup>27</sup> Ricardo Molina, Javier Lucientes, Rubén Bueno, Eusebio de las Heras y Andrés Iriso (eds.), *Cambio climático y enfermedades transmitidas por vectores y roedores. Guía para profesionales* (Granada: Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía, 2021).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

andinos es el hábitat apropiado para el piojo humano, vector del tifus exantemático.

Factor importante en la transmisión del virus de la influenza es la humedad, al afectar el tamaño de las partículas de secreción respiratoria que expulsa el enfermo. Cuando el aire es seco, la mayor parte de las partículas grandes se evaporan y se crean gotas pequeñas más ligeras que tienen más probabilidad de permanecer en el aire largo tiempo. Una partícula respiratoria expuesta a una humedad relativa ambiental del 80%, puede permanecer en el aire una hora. Cuando la humedad relativa se reduce al 20%, la partícula permanece en el aire más de 24 horas.<sup>28</sup> El clima invernal, frío y seco, favorece la propagación de los virus respiratorios.

### ENOS

El Niño-Oscilación del Sur (ENOS) es una importante fuente de variabilidad climática anual en el mundo, superada solo por la relación Tierra Sol, que determina las estaciones. El Niño y su contraparte, La Niña, están asociados a patrones de precipitaciones y temperaturas y que pueden incluir inundaciones y sequías. El ENOS altera las condiciones climáticas con graves consecuencias en la salud por sus efectos en la seguridad alimentaria, la calidad del aire, el agua y los ecosistemas. Está asociado a alteraciones en los patrones de transmisión de las enfermedades vectoriales o transmitidas por roedores o por el agua. Hay prueba de la relación ENOS-paludismo en África, Asia y Sudamérica.<sup>29</sup>

Existe relación entre las epidemias de fiebre amarilla de 1870 y 1871 y el fenómeno de El Niño, que afectó la región del Río de la Plata. Fernán Rey, sostiene que:

*...las epidemias de cólera, disentería, malaria y fiebre amarilla que se desataron entre 1860 y 1871 en la cuenca del río de la Plata podrían estar asociadas a diferentes variables climáticas del ENSO (siglas en inglés de El Niño-Southern Oscillation) con intensidad estimable: 1861 (Medio), 1864 (Fuerte) y en 1871*

<sup>28</sup> A. F. Martínez *et alii*, *Gripa y Primera Guerra Mundial*, p. 59.

<sup>29</sup> Organización Meteorológica Mundial, OMM. Disponible desde Internet en: [http://www.asambleasaavedra.com.ar/wp-content/uploads/wmo\\_1145\\_es-1.pdf](http://www.asambleasaavedra.com.ar/wp-content/uploads/wmo_1145_es-1.pdf)

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

(Muy Fuerte).<sup>30</sup>

En los años de 1918 y 1919 confluyeron dos fenómenos, El Niño y La Niña. Hubo Niño en 1918 y Niña en 1919, provocando un invierno muy crudo a finales de 1918 registrado en toda la prensa de la época de América y Europa, donde las lluvias no cesaron; en la India se reportó la sequía más extrema del siglo, relacionada con la alta letalidad de la pandemia en el país. Argentina informó sobre la única nevada en décadas.<sup>31</sup>

#### *Rayos ultravioletas y altura sobre el nivel del mar*

En 1961, B.G. William encontró en EE. UU. una asociación inversa entre la radiación solar por rayos UV-B, la tasa de letalidad de gripa y su complicación neumónica; las tasas bajas de letalidad por gripa se dieron en el área con más alta radiación solar UV-B que se encuentra en zonas de más baja latitud. Los rayos ultravioletas no solo aumentan la respuesta inmunológica, sino que inactivan al virus cuando está expuesto en el ambiente, pero también los pueden reactivar.<sup>32</sup>

Sobre el tifus exantemático en el virreinato del Perú, escribe Noble David Cook, que la epidemia afectó más a los habitantes de la meseta de alta montaña andina conocida como la Puna “con temperaturas más frías que a las de zonas tropicales húmedas”, ya que el hábitat ideal del vector, el piojo humano, “es la lana sucia de la ropa de las víctimas”.<sup>33</sup>

Influyó en la abundante mortalidad que registró la epidemia de tabardillo de 1636 en el Nuevo Reino de Granada, epidemia que fue más letal en las zonas altas y frías:

*...se extendió fácilmente por el frío del altiplano andino, donde iba la gente vestida, vivía hacinada, no abundaba el baño y si los piojos, en pésimas condiciones higiénicas y falta de atención médica, por no hablar de la sequía y la*

<sup>30</sup> Nicolás Rey, “El Atlántico, los inmigrantes y la transnacionalización de la enfermedad. Una nueva mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires (1870 -1871)”, *Letras Verdes. Revista Latinoamericana de estudios Socioambientales*, núm. 30 (Ecuador: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2021), pp. 51-64.

<sup>31</sup> A. F. Martínez *et alii*, *Gripa y Primera Guerra Mundial*, p. 68.

<sup>32</sup> Frank Fenner, “The reactivation of animal viruses”, *British Medical Journal*, Vol. 2, núm. 5298 (Reino Unido: Asociación Médica Británica, 1962), p. 135.

<sup>33</sup> Noble D. Cook, *La conquista biológica. Las enfermedades en el Nuevo Mundo* (Madrid: Siglo XXI, 2005).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

*hambruna*.<sup>34</sup>

En los países andinos, la diseminación de la pandemia de gripa reportó mayor número de muertes en zonas de gran altitud, donde la temperatura es muy baja mientras que en zonas tropicales bajas se presentaron muertes en menor número.<sup>35</sup>

En una ciudad como Tunja, ubicada a los 2.860 metros de altura sobre el nivel del mar (msnm, en lo sucesivo), en los Andes tropicales colombianos, no es posible una epidemia de fiebre amarilla, ni una de dengue, ni de Chagas, ni epidemias de Anemia Tropical, ni de malaria ni de paludismo. Tampoco se ha conocido en su historia epidemias de cólera, ni de peste, ni de ébola: las teorías de la unificación microbiana del mundo y del mercado común de los microbios con la expansión del capitalismo, tiene sus límites ecológicos.

En cambio, a Tunja la afectan mucho las enfermedades respiratorias; en el periodo colonial reinaron sobre todas la viruela y el tifus exantemático, asociado al frío y a los piojos. No faltaron el sarampión, la gripa, la difteria, la hepatitis, la fiebre tifoidea la sífilis, la lepra y la tuberculosis, destacándose la epidemia de gripa causada por el H1 N1 de 1918-1919, que afectó con mayor intensidad en el departamento a los municipios situados a más de 2.000 msnm, registrando escasa mortalidad en las tierras bajas.

Las epidemias de viruela, sarampión y gripa llegaron con los conquistadores en el siglo XVI, la de tifo exantemático llegó en el XVII. La lepra llegó en el XVI, pero se volvió epidémica solo en el siglo XIX y primeras décadas del XX, como pasó con la otra micobacteria, la tuberculosis, que ya tenían los muiscas y de la que trajeron nuevas cepas los españoles, enfermedad contagiosa que se volvió epidémica con la urbanización solo en los siglos XIX y XX. El VIH-Sida a finales del siglo XX y la COVID 19 que llegó en el XXI. De la sífilis existen testimonios prehispánicos de treponematosis y se sigue registrando en la ciudad colonial y en la republicana. El siglo XX la considera un veneno social, que aumentaba con la guerra y la urbanización y llenaba manicomios.

<sup>34</sup> A. F. Martínez y A. R. Otálora, “La peste que dejó despobladas las casas y yermas las ciudades”, p. 205.

<sup>35</sup> A. F. Martínez *et alii*, *Gripa y Primera Guerra Mundial*, p. 63.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

La altura sobre el nivel del mar fue un factor muy importante en la mortalidad por la pandemia de gripa de 1918-1919. La tasa promedio de mortalidad en el grupo de municipios de Boyacá, cuyo centro urbano supera los 2.000 m, fue tres veces mayor a aquellos municipios ubicados por debajo de esta altura. La pandemia coincidió con el segundo periodo de lluvias del año, que se dio entre octubre y diciembre de 1918.<sup>36</sup>

La climatología aporta a este campo ya multidisciplinario nuevas metodologías que aportan nuevas fuentes, que van desde la dendroclimatología, que interpreta el aspecto de los anillos de crecimiento de los árboles; el método glaciológico que, para Le Roy Ladurie, es el indicador más sensible de las oscilaciones climáticas; la palinología, que da información sobre la vegetación, que depende del clima; y el estudio de los *sedimentos* de mares, océanos y lagos. Lo anterior evidencia los métodos que se suman al estudio de las epidemias, además de los datos hidrológicos y climáticos.

#### *Factor étnico*

Para el geógrafo W. George Lovell, entre los pueblos indígenas que poblaban la tierra de América, desde Canadá hasta la Tierra del Fuego, “la penetración europea en el Nuevo Mundo provocó un colapso demográfico que con toda probabilidad fue el más catastrófico en la historia de la humanidad”.<sup>37</sup> Los americanos “morían allí donde pusieran sus pies los europeos”, afirma Cook. Nativos americanos “sucumbieron después del contacto con españoles, portugueses, ingleses, franceses y holandeses”.<sup>38</sup>

Para el demógrafo Massimo Livi Bacci: “El contacto había alterado profundamente la capacidad de desarrollo demográfico de los tres componentes étnicos, mejorando las condiciones de crecimiento para los europeos, empujando hacia la catástrofe a los indios, paralizando a los africanos”.<sup>39</sup> “El colapso demográfico que sufrieron las poblaciones americanas siglos atrás fue inevitable, constituyéndose en el

<sup>36</sup> R. Altez, A. Molina del Villar y L. Arriola (eds.), *La pandemia del olvido*, pp. 165-182.

<sup>37</sup> George W. Lovell, “Las enfermedades del Viejo Mundo y la mortandad indígena”, p. 250.

<sup>38</sup> N. D. Cook, *La conquista biológica*, p. 5.

<sup>39</sup> Massimo Livi Bacci, *Los estragos de la conquista: quebranto y declive de los indios de América* (Barcelona: Editorial Crítica, 2006).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

elemento más trágico de la experiencia colonial en América”, concluyen Lovell y Cook.<sup>40</sup>

En carabelas y galeones de los conquistadores arribaron al nuevo continente animales, plantas, vectores y un conjunto de enfermedades infecciosas virales y bacterianas, a las que la población nativa del Nuevo Mundo, que era genéticamente muy similar, jamás había estado expuesta. Su sistema inmunitario no tenía memoria, ni siquiera conocieron esas enfermedades sus ancestros, los humanos modernos que, de Asia, pasaron hace miles de años por Bering a América, territorio virgen en seres humanos. El efecto de las epidemias sobre la población amerindia fue devastador, aniquilador, catastrófico, una calamidad sanitaria, un desastre demográfico sin par en la historia de la humanidad. Cuatro microorganismos fueron los principales responsables, tanto de las epidemias de origen viral y transmisión respiratoria –la viruela, la influenza y el sarampión–, como de las epidemias bacterianas, caso del tifus exantemático.

La menor variabilidad genética de los aborígenes americanos se tradujo en un mayor riesgo poblacional frente a la letalidad de estas epidemias. Más de 9 de cada 10 indígenas norteamericanos y casi todos los aborígenes de Sudamérica pertenecen al mismo grupo sanguíneo, el O. Lo contrario sucedía con los habitantes del Viejo Mundo, producto de múltiples migraciones, que contaban con mayor variabilidad genética, mayor número de linajes en su ADN mitocondrial y presentaban mayor variabilidad inmunológica, con más antígenos HLA, además de una histórica mutualidad desde el Neolítico entre los humanos, los animales domésticos y sus microbianas zoonosis, relación que no se dio en América.<sup>41</sup>

Ejemplo de esta complejidad es la drepanocitosis o anemia falciforme, que es una alteración genética, una mutación adaptativa de la hemoglobina en territorio endémico de malaria, que causa en los humanos una anemia hemolítica crónica que afecta casi exclusivamente al 20% de los pobladores de África central. Los glóbulos en forma de hoz (falciformes) ocluyen los vasos y son propensos a la hemólisis, produciendo anemia. El

---

<sup>40</sup> George W. Lovell y Noble D. Cook (eds.), “Desenredando la madeja de la enfermedad”, en George W. Lovell y Noble D. Cook (coords.), *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial* (Quito: Abya Yala, 2000), p. 250.

<sup>41</sup> A. F. Martínez et alii, *Gripa y Primera Guerra Mundial*, p. 31.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

estado homocigoto causa la drepanocitosis, mientras que el estado heterocigoto no presenta la enfermedad, pero protege contra la malaria, enfermedad presente en África hace 20.000 años.<sup>42</sup> Por esta mutación, millones de africanos trabajaron en el Canal de Panamá, minas, plantaciones, haciendas, ejércitos y enclaves bananeros.

#### *Factor histórico epidemiológico*

Además de la climatología y de la historia ambiental, que tienen como objetivo analizar las relaciones dinámicas que han existido entre las sociedades y la naturaleza no humana, para proponer metodologías y marcos teóricos novedosos<sup>43</sup>, resulta de utilidad la demografía histórica, incluidos los estudios sobre el colapso demográfico americano de los siglos XVI y XVII, relacionado con las epidemias, que demuestran la diversidad de técnicas de análisis para los diferentes tipos de fuentes disponibles.<sup>44</sup>

Estas permiten entender el comportamiento de las epidemias en relación con las organizaciones institucionales y sociales, para poder construir una historia sociocultural de las epidemias como se muestra en el libro *Aproximación Histórica a la Medicina y la Salud Pública en Tunja en el siglo XIX*, primera publicación del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá – UPTC.<sup>45</sup> En el caso de las enfermedades epidémicas se encuentran los estudios históricos epidemiológicos que vinculan no solo factores climáticos y demográficos, sino el estudio de la enfermedad, integrando las herramientas de la epidemiología con las de los estudios históricos.

Se hace necesaria la descripción de los métodos mixtos, como forma de integrar herramientas de origen cualitativo y cuantitativo, sea esto para elaborar y complementar nuevo conocimiento o contradecir paradigmas.<sup>46</sup> Es así que la integración de la historia y

<sup>42</sup> Lluís Quintana, *Humanos* (Barcelona: Ariel, 2022).

<sup>43</sup> Claudia Leal, John Soluri y José Augusto Pádua (eds.), *Un pasado vivo. Dos siglos de historia ambiental latinoamericana* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, 2019).

<sup>44</sup> Henry Louis, *Manual de demografía histórica* (Barcelona: Editorial Crítica, p. 1983).

<sup>45</sup> Abel F. Martínez, Solney Alvarado y Juan F. Carvajal (eds.), *Aproximación histórica a la medicina y la salud pública de Tunja en el siglo XIX: cátedras de medicina, hospitales, higiene pública, cementerios, figuras médicas, bautismos, defunciones, guerras y epidemias* (Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2002).

<sup>46</sup> Julia Brannen, "Mixing methods: The Entry of Qualitative and Quantitative Approaches into the

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

la epidemiología tiene como objetivo, en el estudio de las pandemias históricas, ganar mayor precisión frente al impacto sobre las poblaciones sin descontextualizarnos de sus procesos históricos a nivel cultural, económico, religioso, ecológico y biológico, obteniendo una mejor comprensión del problema de investigación.

En los estudios histórico-epidemiológicos del Grupo Historia de la Salud en Boyacá – UPTC, inicialmente sobre lo ocurrido en Bogotá<sup>47</sup>, y luego en Boyacá, se realiza un análisis del impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919, desarrollando un proceso de recolección de datos cuantitativos a partir de fuentes primarias, los registros parroquiales, que fueron sistematizados y filtrados para disminuir la probabilidad de sesgo y, posteriormente, un análisis estadístico para determinar la mortalidad por gripa y asociaciones estadísticas de mayor probabilidad de muerte con respecto a sexo, edad o altura sobre el nivel del mar.

Lo anterior, estudiando los censos de 1912, 1918 y 1927, que marcaron los límites inferiores y superiores del estudio, para determinar la mortalidad en 95 municipios de Boyacá en el periodo pre-pandémico (1912-18), pandémico (1918-19) y post-pandémico (1919-27), demostrando cómo una enfermedad pandémica se vuelve endémica y la forma de dispersión de la mortalidad, todo enmarcado en un contexto histórico que describe cuáles fueron las acciones de la Junta Central de Higiene, la Iglesia, colegios, cuarteles, cárceles, hospitales, etc., permitiendo mayor precisión sobre lo sucedido.<sup>48</sup>

Thomas Mckeown, describe que, hasta el siglo XIX, el servicio médico comprendía apenas un poco más del cuidado de pacientes que buscaban asistencia, pero la amenaza de la infección condujo a reconocer otro enfoque: enfermedades como la viruela, el cólera y la tifoidea no podían ser tratadas eficazmente en pacientes

---

Research Process”, *International Journal of Social Research Methodology*, Vol. 8, núm. 3 (Reino Unido: Taylor & Francis, 2007), pp. 173-184.

<sup>47</sup> Abel F. Martínez, Bernardo F. Meléndez y Fred G. Manrique, “La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. Aproximación histórico-epidemiológica”, *Revista Perspectiva Salud y Enfermedad*, Vol. 13, núm. 1 (Tunja: Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia, 2006), pp. 19 -32.

<sup>48</sup> Abel F. Martínez, Bernardo F. Meléndez, Edward J. Manrique y Omar F. Robayo, “Análisis histórico epidemiológico de la pandemia de gripa de 1918-1919 en Boyacá, un siglo después”, *Revistas Ciencias de la Salud*, Vol. 17, núm. 2 (Bogotá: Universidad del Rosario, 2019), pp. 334-351.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

individuales, requiriendo de medidas colectivas.<sup>49</sup> La investigación de las enfermedades por medios epidemiológicos fue un avance importante de la segunda mitad del siglo XIX, método que hoy se integra a la investigación histórica para obtener mejor conocimiento del pasado.

McKeown, en 1966, refiriéndose a la importancia de la epidemiología para el control de las enfermedades, la usó para explicar enfermedades del pasado y la forma en que pudieron ser resueltas. Describió la dificultad de obtención de datos sobre patologías del pasado, ya que el conocimiento sobre morbilidad se restringía a las “enfermedades notificables”, como viruela, tuberculosis y difteria. Para estudiar los adelantos en salud, la información disponible se basa principalmente en los registros de mortalidad de Inglaterra y Gales desde 1838, cuando los nacimientos, muertes y causas de muerte se registraron por primera vez a nivel nacional, evidenciando que la mortalidad declinó rápidamente hacia 1870, y que las mejoras en salud se dieron un siglo antes, no por la disminución de la mortalidad sino por el aumento de la población, ya que la reducción de muertes se produjo antes de la aparición de medicamentos y vacunas, como demuestra el autor en su análisis histórico epidemiológico de la tuberculosis en Inglaterra y Gales.<sup>50</sup>

### El taller del historiador

Se ha comentado el carácter complejo que presenta el análisis histórico de un proceso epidemiológico. Hemos señalado el aspecto sociocultural, biológico, histórico y la integración desde diversas perspectivas, el acercamiento del investigador al tema de estudio, ya se trate desde la perspectiva biológica, ecológica, histórico-epidemiológica, el factor étnico-racial y la gran diversidad de fuentes que deben ser consultadas.

En primer lugar, el historiador debe desarrollar una propuesta de investigación en la que proponga un plan de trabajo: a) justificación del tema a investigar; b) periodización; c) espacio de estudio: urbano, rural, local, regional, nacional; c) estado de la cuestión historiográfica sobre el tema; d) condiciones de vida de la población; e) infraestructura

<sup>49</sup> Thomas McKeown y Charles R. Lowe (eds.), *An Introduction to Social Medicine* (Nueva Jersey: Blackwell Science Ltd, 1966).

<sup>50</sup> *Ibid.*

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

sanitaria y hospitalaria; f) organización política; y g) fuentes, entre otros factores a considerar. Como puede verse, la problemática es ardua y compleja.

### ***Justificación, periodización y espacio de estudio***

El inicio de un proceso de investigación en historia de la salud-enfermedad da comienzo por la selección del tema de estudio, por ejemplo, un proceso epidemiológico responsable de ocasionar una fuerte mortalidad, correspondiente al período colonial como al decimonónico. Se debe recordar que, desde el proceso de conquista y colonización, nuestra región se vio sacudida por diversos episodios epidemiológicos, muchos de ellos de extrema gravedad, entre los que destacan la viruela, el sarampión, tosferina, gripe, entre otros. Muchos dejaron profunda huella al ocasionar una elevadísima mortalidad entre la población nativa, tanto en el fatídico siglo XVI como en las centurias siguientes. Durante el siglo XIX, el impacto de microorganismos responsables de desencadenar severas crisis de sobremortalidad (como el cólera en la primera mitad del siglo en América del Norte y en la segunda en América del Sur). La selección de un proceso epidemiológico particular debe ser justificada. El investigador debe señalar porqué estudia un determinado evento y no otro, lo que le permitirá contar con un punto de partida más sólido.

La elección del tema se relaciona con el período a estudiar. No es lo mismo el período colonial que los siglos XIX y XX; la disponibilidad de fuentes, directas o indirectas sobre el tema de estudio es muy importante. Los siglos XVI y XVII, para estudios socio demográficos, presentan lagunas difíciles de subsanar, mientras que los siglos XVIII, XIX y XX son muchos más pródigos documentalmente, lo que lleva al historiador a tener en cuenta esta situación, así como el espacio regional seleccionado, en donde el mundo rural normalmente adolece de series confiables mientras que las parroquias urbanas conservan los libros sacramentales en mejores condiciones.

El espacio territorial es de vital importancia. No es lo mismo estudiar una región con alta densidad de población, con vías de comunicación que facilitan su integración con importantes centros urbanos, que seleccionar un territorio rural aislado, lejos de los

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

circuitos mercantiles. La actividad económica (producción de manufacturas o actividades agrícolas, ganaderas, ferias mercantiles), acceso a ríos o lagunas, altura sobre el nivel del mar, condiciones climatológicas (calor en verano y frío extremo en invierno), establecen el tipo de asentamiento territorial de la población y condicionan la convivencia con los vectores transmisores.

### ***El estado de la cuestión***

El punto de partida de cualquier investigación histórica comienza por conocer el estado del arte, es decir, el estado de la producción historiográfica existente sobre el tema, tarea de vital importancia que permite conocer qué es lo que se ha investigado sobre el tema, cuáles han sido los aportes metodológicos que se han realizado, las hipótesis desarrolladas, las discusiones académicas, los diversos acercamientos y los cambios en el tratamiento del tema a lo largo del tiempo.

Se deben tomar en consideración los estudios realizados en otras latitudes (Europa, Estados Unidos, Canadá y América Latina), lo que facilita al historiador enriquecer sus herramientas, establecer semejanzas y diferencias, continuidades y discontinuidades, comprender el accionar de las autoridades sanitarias con la implementación de políticas preventivas o curativas, tener en cuenta el accionar del gobierno municipal, regional o provincial frente a las epidemias. Podemos señalar la discusión académica entablada entre epidemiólogos, virólogos y sanitaristas desde finales del siglo XIX hasta la segunda década del XX, en torno al vector transmisor del tifo epidémico, que invita al investigador a acercarse al tema desde una óptica mucho más clara y a ubicarse en el período de estudio.

### ***Condiciones de vida e infraestructura sanitaria y hospitalaria***

El historiador debe tener siempre en consideración el espacio de estudio, la estructura ocupacional, las condiciones socioeconómicas y de vida, que le permitan contar con los elementos necesarios para comprender el impacto de diversos microorganismos responsables de ocasionar crisis de sobremortalidad en un espacio territorial, ya sea rural o urbano, se trate de una población establecida en espacios

dedicados a la ganadería mayor o menor o a actividades agrícolas. De igual manera, a nivel urbano, el investigador debe tomar en cuenta el carácter del centro urbano, donde debe considerar las actividades económicas predominantes: manufacturera, minera, comercial, pesquera, político-administrativa, entre otros factores, que posibilitan comprender la estructura laboral y productiva de la población y, de manera particular, las condiciones de vida.

Cobra importancia contar con información sobre la densidad demográfica tanto en el centro de la población, como en los barrios periféricos, el acceso al agua, a la recolección de basura. Es importante conocer la distribución poblacional por manzana, tanto en el centro como en las zonas periféricas y medir la densidad demográfica por vivienda. En muchos centros urbanos (grandes o pequeños) del continente, existía la costumbre de convivir con zahúrdas y cebaderos de puercos, con serios perjuicios para la salud de los habitantes. Si la convivencia con puercos, aves y equinos formaba parte de una realidad insoslayable, el problema del acceso al agua constituía otro de los grandes temas presentes en la sociedad colonial y decimonónica; en los grandes conglomerados urbanos de Iberoamérica la población se surtía de agua en fuentes y pilas ubicadas en zonas estratégicas (plaza central, atrios de templos y hospitales), que muchas veces eran también abrevaderos de caballos y mulas, que ocasionaba serios daños a la salud de la población, lo que facilita comprender la proliferación de enfermedades gastrointestinales.

Es de trascendencia conocer la infraestructura sanitaria, el número de médicos y boticas (farmacias) que atienden a la población, en períodos de epidemia. Desde el siglo XVI las autoridades juntamente con la Iglesia (franciscanos, dominicos, agustinos, jerónimos, betlemitas, hipólitos, juaninos, etc.), se preocuparon por la salud de la población.

### ***Organización política***

La organización política es trascendente, ya se trate del período colonial o decimonónico. Por ejemplo, la capacidad de orquestar una campaña preventiva, establecer estados de alerta o visualizar que durante la primera mitad del siglo XIX

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

América Latina ingresó en un período de profunda inestabilidad sociopolítica. El investigador no puede dejar de lado la trascendencia que tuvieron en todo el territorio hispanoamericano las Reformas Borbónicas, que impulsaron un movimiento por la higiene y el ordenamiento urbano, regularon la recolección de basura, impulsaron el mejoramiento de los hospitales, así como el establecimiento de Juntas de Sanidad en momentos de crisis epidémicas, sin olvidar el impulso que se dio a la Real Disposición de Carlos III de 1787, que decretó la obligatoriedad de establecer cementerios fuera de poblado al tiempo que se prohibieron los entierros en templos y atrios<sup>51</sup>, lo que instauró un importante antecedente en la lucha por mejorar las condiciones de vida en los centros urbanos de Hispanoamérica.

La trascendencia de tener presente la organización política del espacio o territorio seleccionado para analizar una crisis epidémica ayuda al investigador a comprender el éxito o fracaso de las medidas implementadas, divulgadas en bandos o cartillas preventivas que desde fines del siglo XVIII se difundían para la viruela, el tifo y el cólera; bandos y cartillas médicas que eran leídas en lugares estratégicos (plazas, templos, parroquias, etc.) ante una población analfabeta a fin de mitigar los efectos de una mortal enfermedad.

Todos estos ítems son de gran importancia, el historiador debe tenerlos en consideración. No se trata de realizar un análisis estrictamente cuantitativo sino también cualitativo, siempre se debe tener presente que el campo histórico-epidemiológico forma parte de una historia sociocultural que muestra el comportamiento de una sociedad variopinta, polifacética y multiétnica con grandes variaciones culturales, sociales y demográficas.

---

<sup>51</sup> “Novísima Recopilación de las Leyes de Indias, Título III, N°238. De los cementerios de las Iglesias: entierros y funeral de difuntos”, en Juan N. De San Miguel, *Pandectas hispano-megicanas, ó sea Código General, comprensivo de las Leyes Generales, útiles y vivas de las Siete Partidas: recopilación novísima, la de Indias autos y providencias conocidas por de Montemayor y Beleña. Y cédulas posteriores hasta el año de 1820*, Vol. I (México: Librería de J. F. Rosa, 1852), pp. 119-122.

### Consideraciones finales: un breve acercamiento histórico

Con la finalidad de reflexionar sobre el trabajo del historiador a lo largo del proceso de investigación, iremos analizando cada uno de los aspectos señalados. Teniendo en cuenta que Iberoamérica sufrió desde el período de conquista hasta hoy diversos brotes epidémicos a lo largo y ancho del territorio, consideramos que a manera ilustrativa debemos seleccionar una dolencia responsable de ocasionar graves crisis de sobremortalidad y que haya dejado profundas huellas en la memoria colectiva de pueblos y regiones enteras. En función de ello, hemos optado por las epidemias originadas por la *Rickettsia Prowazekii*, bacteria responsable de ocasionar el tifus epidémico o exantemático, presente desde el siglo XVI, responsable de grandes y terribles epidemias que elevaron abruptamente la mortalidad, ya sea América del Norte como América del Sur.

El tifo epidémico ha llamado la atención de muchos historiadores a lo largo de los siglos. El impacto fue de tal magnitud en Iberoamérica que, desde hace varias décadas, se comenzó a rescatar en acervos documentales información. Desde comienzos de la década de 1970, bajo la influencia de las escuelas histórico demográfica francesa y británica, el rescate de los archivos parroquiales permitió cuantificar el impacto de las epidemias.

El tifo es una enfermedad conocida en la antigüedad. Compañera inseparable de los ejércitos, las guerras, la pobreza y la miseria, se encuentra asociada a la falta de higiene y al piojo. Las rickettsias enviaron al sepulcro a más soldados que las balas, como en la Gran Guerra. A comienzos del siglo XX, el patólogo norteamericano Howard Taylor Ricketts descubre el microorganismo causal del tifo, presente en el organismo de los piojos y en la sangre de los enfermos.<sup>52</sup> En 1915, Stanislaus von Prowazek, desentrañó el agente causante. En 1916 el brasileño Henrique Da Rocha-Lima consiguió aislar la bacteria, a la que denominó *Rickettsia Prowazekii*.<sup>53</sup> Bacteria asociada al huésped debido

<sup>52</sup> Consuelo Cuevas, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905 – 1921)”, *Historia Mexicana*, Vol. LVII, núm.1 (México: Centro de Estudios Históricos de El Colegio de México, 2007), pp.53-89.

<sup>53</sup> Neldson Marcolin, “En el frente de la infección”, *Revista Pesquisa Fapesp*, núm. 190 (Sao Paulo:

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

a que necesita de una célula viva para su manutención, y se multiplica en el cuerpo del artrópodo (piojo, garrapata, pulga), a través del cual realiza la transmisión.<sup>54</sup> A lo largo de la historia, la relación hombre-miseria-piojo conformó una estrecha simbiosis. El piojo es sinónimo de miseria, hambre, falta de higiene corporal y hacinamiento, e interactúan en guerra, crisis económica, desajustes sociales, hacinamiento o desnutrición.<sup>55</sup>

La historia del tifo americano se remonta a la conquista, aunque hay investigadores que sostienen la presencia en el período prehispánico.<sup>56</sup> Durante el período colonial, las rickettsias ocasionaron grandes y mortíferas epidemias, tres o cuatro veces por siglo.<sup>57</sup> En Cartagena de Indias, el tifo epidémico se presentó en 1629, 1633, 1639 y 1688.<sup>58</sup> En el caso novohispano, el tifo se hizo presente desde el siglo XVI (1519, 1531, 1538, 1545 y 1549/1550 y 1562).<sup>59</sup> A lo largo de los siglos XVII y XVIII se hizo sentir en los principales centros urbanos, mineros y haciendas.

Durante el período colonial se encuentran muchas referencias al terrible “tabardillo” o tifo epidémico. Las autoridades municipales llevaban un control debido a que era endémico, por lo que alertaban a la población sobre la posibilidad de epidemia. Las condiciones de vida en el período colonial y el siglo XIX eran deplorables. En los centros urbanos la miseria cubría a las masas urbanas que deambulaban por las ciudades

---

Fundación de Apoyo a la Investigación Científica del Estado de São Paulo, 2011).

<sup>54</sup> Bernard D. Davis, *Tratado de microbiología* (Barcelona: Salvat, 1977).

<sup>55</sup> Samuel W. Simmons y William M. Uphold, “Los insecticidas en el control de enfermedades”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XXXI, núm. 1 (Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1951), pp.1-21.

<sup>56</sup> José L. Bertrán, *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348 y 1919)* (Madrid: La Esfera de los Libros, 2006).

<sup>57</sup> Miguel C. del Campillo, “Las grandes epidemias de la América colonial”, *Archivos de Zootecnia*, Vol. 50, núm. 192 (Córdoba: Universidad de Córdoba, 2001), p. 605; Camilo Díaz, “Las epidemias en la Cartagena de Indias del siglo XVI – XVII: una aproximación a los discursos de salud y el impacto de las epidemias y los matices ideológicos subyacentes en la sociedad colonial”, *Memorias. Revista digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, núm. 26 (Barranquilla: Universidad del Norte, 2007); Rodolfo Rodríguez, “Historia del tabardillo en Colombia”, *Medicina*, Vol. 44, núm. 2 (Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2022), pp. 220–226; Abel F. Martínez. y A. R. Otálora, “La peste que dejó des pobladas las casas y yermas las ciudades”; Guillermo Fajardo y Yolloxochitl Ferrer, “Control sanitario de las enfermedades transmisibles en Hispanoamérica. Siglo XVI, XVII y XVIII”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139, núm. 6 (México: Academia Nacional de Medicina de México, 2003), pp. 617-621.

<sup>58</sup> C. Díaz, “Las epidemias en la Cartagena de Indias del siglo XVI–XVII”.

<sup>59</sup> Elsa Malvido, “La epidemiología, una propuesta para explicar la despoblación americana”, *Revista de Indias*, Vol. 63, núm. 227 (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2003), pp. 65-78.

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

en busca del sustento. Erraban por calles y callejones sucios, con hambre y llenos de piojos.

En el siglo XIX, el tifus epidémico golpeó con dureza la ciudad de Puebla en el altiplano mexicano, en 1813, 1825, 1828, 1838, 1846/47, 1861, 1867 y 1874.<sup>60</sup> La epidemia de 1813 fue de tal magnitud que se convirtió en la crisis sanitaria de mayor gravedad del siglo XIX. En 1813 la guerra ocasionó serios trastornos en la ciudad. Si bien no fue escenario de batalla, el centro se convirtió en hospital de los ejércitos realistas y con las tropas llegaron los piojos y las rickettsias. La mortalidad ascendió al 14 % de la población (Tabla 7).

**TABLA 7**  
**TOTAL DE ENTIERROS POR TIFO, CIUDAD DE PUEBLA 1812-1813.**  
**VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES**

| Parroquia     | Totales | Porcentaje |
|---------------|---------|------------|
| Sagrario      | 2,145   | 37.70      |
| San José      | 1,111   | 19.50      |
| Analco        | 678     | 11.90      |
| San Sebastián | 462     | 8.10       |
| San Marco     | 838     | 14.70      |
| Santa Cruz    | 458     | 8.10       |
| Totales       | 5,692   | 100.00     |

Fuente: Archivo General Municipal de Puebla, Expedientes de Sanidad, tomo 79.

El accionar de las rickettsias no fue democrático. Los pobres y desamparados habitantes de las hacinadas casonas del centro de la ciudad y de los barrios, donde las condiciones de vida eran paupérrimas, que compartían espacio con una fauna nociva y llenos de piojos, se vieron fuertemente afectados. El grupo étnico más golpeado fue el indígena, que representaba el 57 % de la parroquia de San Marcos, mientras que, en hospital de San Javier, los registros indican que el 41% de los óbitos correspondió a este grupo.

<sup>60</sup>Jorge L. Morales, "Epidemias, guerra civil, sitios militares y desastres naturales", en Carlos C. Cruz y Miguel A. Cuenya (coord.), *Puebla. Historia de una identidad regional*, tomo II, *El siglo XIX. De la lucha por la soberanía nacional a la modernidad porfiriana*, (México: Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos, 2012), pp. 27-43. Miguel A. Cuenya, *Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial: una mirada en torno al Matlazahuatl de 1737* (México: El Colegio de Michoacán A.C, 1999).

Número 55, diciembre 2025, pp. 44-77

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.03>

En pocos meses, casi el 15 % de la población perdió la vida. Al igual que en 1737 y en 1915/16, el tifus alcanzó un récord macabro, al convertirse en la epidemia con mayor índice de defunciones en la historia de la ciudad.<sup>61</sup> El gobierno distribuyó al personal médico por cuarteles menores y manzanas e hizo entrega de una cartilla sanitaria para el tratamiento<sup>62</sup>. La miseria, las difíciles condiciones de vida y la convivencia con animales facilitaron la epidemia. Las condiciones sociales establecían la diferencia: los pobres recibían “el castigo divino”, mientras los sectores acomodados “la misericordia celestial”.

<sup>61</sup> Miguel A. Cuenya, *Revolución y tifo en la ciudad de Puebla 1915 – 1916. Un estudio sociodemográfico*. (México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008), p. 50.

<sup>62</sup> Archivo General Municipal de Puebla, Expedientes sobre Sanidad, legajo 881.