



Aviso Legal

Capítulo de libro

Título de la obra:

Epidemias en Iberoamérica

Autor:

Escandón, Patricia

Forma sugerida de citar:

Escandón, P. (2020). Epidemias en Iberoamérica. En R. Ruiz (Coord.), *Pandemia COVID-19: lecturas de América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe.

Publicado en:

Pandemia COVID-19: lecturas de América Latina

Diseño de portada:

Brutus Higueta, Marie-Nicole

Diseño de interiores:

Martínez Hidalgo, Irma

ISBN:

En trámite

Los derechos patrimoniales del capítulo pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México. Excepto donde se indique lo contrario, este capítulo en su versión digital está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Compartir igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0 Internacional). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



D.R. © 2021 Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, México, Ciudad de México.

Centro de Investigación sobre América Latina y el Caribe Piso 8 Torre II de Humanidades, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Ciudad de México. <https://cialc.unam.mx>

Correo electrónico: cialc-sibiunam@dgb.unam.mx

Con la licencia:



Usted es libre de:

- ✓ Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- ✓ Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- ✓ Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Pueden hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- ✓ No comercial: usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- ✓ Compartir igual: si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Esto es un resumen fácilmente legible del texto legal de la licencia completa disponible en:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

EPIDEMIAS EN IBEROAMÉRICA

Patricia Escandón

CIALC-UNAM

Los grupos humanos que se desplazan lejos de su tierra para ingresar a otras ajenas donde hacen contacto con las comunidades locales no sólo portan, como carga potencialmente transmisible, a sus propios dioses, lengua y tecnología; también van con ellos su código genético y sus enfermedades. En este caso, ordinariamente las poblaciones receptoras carecen de defensas biológicas para resistir un mal ignoto, de modo que entre ellas pueden y suelen producirse epidemias, palabra procedente del griego que, curiosamente, significa “visita o llegada”.

Un par de estos indeseables polizontes, proveniente de Asia, arribó con su guadaña al mundo europeo en los siglos II y VI de nuestra era, y luego en el XIV. Fueron la viruela hemorrágica (en la primera instancia) y la peste bubónica (en las dos últimas) las responsables del exterminio del 10, 25 y 30% respectivamente de los habitantes de las regiones que contaminaron. En los tres casos, las epidemias tuvieron mortales oleadas sucesivas que duraron varios años y sus súbitos rebrotes tardaron décadas en extinguirse.

Desde los tempranos días de Hipócrates y hasta los del practicante medieval Jaime D'Agramont, los médicos hicieron observaciones sobre las epidemias. En lo que hoy llamaríamos plano científico, se asumía que su origen estaba en el medio ambiente, en la “corrupción del aire” que envenenaba la sangre de los hombres. Empero, para casi todos, la fuente primigenia era ultraterrena: se trataba del efecto punitivo de la cólera divina por las faltas de la humanidad. Así lo creyeron los romanos y con

posterioridad también los aterrados cristianos del Medioevo, que en vano intentaban aplacar la ira letal del cielo con oficios, rogativas y ritos, incluidas las sangrientas procesiones de flagelantes.

Como desahogo a su pánico, impotencia y rabia, la gente común buscaba causantes más visibles de la enfermedad. Y a falta de los aún desconocidos microorganismos, pronto dieron con los chivos expiatorios ideales: las minorías religiosas. Porque, en su momento, los romanos achacaron la culpa a los grupos cristianos que vivían entre ellos; tal como, más adelante, haría la cristiandad de la Edad Media respecto de sus propias comunidades judías. En su imaginario, el vehículo de las pestes no era otro que la impiedad, los pecados o la pura maldad de aquellos incrédulos o herejes, lo que justificaba sobradamente su persecución y masacre.

Como fuese, al cundir el mal, la medida práctica inmediata era dar salida a la “fuerza de tarea”: médicos con pócimas y sahumerios, que impregnaban sus cuerpos y largas vestiduras de perfumes o esencias para atajar los “miasmas” de sus pacientes; con idénticos fines se ponían mascarillas, de tela o cuero, humedecidas en vinagre. Estos podían ir o no acompañados de los “flebotomianos” o sangradores, quienes con sus lancetas extraían de los enfermos la sangre “corrompida” para lograr su restablecimiento. En calles y plazas se encendían fogatas purificadoras del aire, se aislaba a los pacientes y los aún no contagiados se encerraban en sus casas, si podían. Los más acaudalados huían de la zona afectada, en pos de un refugio en el campo, o a donde el mal no hubiese llegado todavía.

Aunque los hospitales ya existían, sobre todo promovidos por los árabes que ocuparon Europa, su desarrollo ulterior correría por cuenta de los monasterios medievales, como instituciones caritativas y de *hospitalidad* al necesitado. Sin embargo, luego de la peste negra del siglo XIV, se priorizó también en ellos la atención médica, según los parámetros de la época. Bien que, habitualmente, los internos se arracimaban ahí sólo para infectar a sus cuidadores sanos y luego morir a puñados.

Al fenecer el siglo XV tal era el arsenal preventivo y terapéutico con el que contaba Europa para el combate de las pandemias. Y fue

entonces cuando los navegantes españoles tocaron los litorales americanos.

En los navíos del segundo viaje de Colón, en 1493, iba de pasajero el primer virus extraño a estas tierras, las más occidentales de un orbe que, para bien y para mal, empezaba a reconocerse y comunicarse realmente a escala global. Trasmitido por los cerdos que venían a bordo, el agente patógeno fue el de la influenza, que afectó e incluso mató a varios marinos españoles pero que, al final, se llevó por delante a un tercio de los indios de Santo Domingo. Del archipiélago antillano el contagio pasó a tierra firme y esta primera zoonosis en América ocasionó una enorme mortandad entre los indígenas. El sarampión también navegó hasta las Antillas en 1495 y el tifo se le unió al año siguiente; ambos saltaron pronto al continente y por décadas, Panamá, Honduras, Guatemala, México y otras áreas sufrieron sus estragos combinados.

Surcando los mares desde África, en 1518 llegó el terrible azote de la viruela. En los decenios siguientes, su mortal itinerario incluyó a Santo Domingo, Puerto Rico, Jamaica y Cuba, antes de tocar Nueva España y proseguir al Perú y a otras regiones del sur. Tanto Motolinía como Bernal Díaz del Castillo coincidían en que el foco irradiador continental había sido un negro infectado que venía con Pánfilo de Narváez. Pero mientras que para Bernal la posterior y masiva importación de africanos era lo que había propagado y perpetuado el mal, una “*negra ventura*” para los indios que murieron “sin ser cristianos”; el franciscano estaba convencido de que aquel esclavo de Narváez había sido sólo el heraldo de la primera plaga americana que —como las diez bíblicas que se abatieron sobre el antiguo Egipto— venía a castigar la idolatría de los indígenas, que murieron por millones. Nuevamente, como en los tiempos antiguos, la propagación de la epidemia se imputaba a los grupos humanos ajenos y a las creencias paganas. A mediados del xvi, el cronista Francisco López de Gómara hacía un singular balance “compensatorio” de la morbilidad, diciendo que, si bien las enfermedades europeas habían asolado a los nativos, esto era en “pago” por haberles contagiado a los hispanos la sífilis, mal nunca antes visto en Europa. Aunque hace ya rato que los historiadores

contemporáneos de la medicina ponen esta última afirmación en entredicho.

Los que los nahuas llamaron *hueyzahuatl*, *matlazáhuatl* o *cocoliztli*; los quechuas *muru unquy* y los aymaras *chuqu usu* fueron flagelos periódicos y recurrentes, ya de viruela, ya de sarampión, de tifo o de otros males que borraron del mapa continental constelaciones enteras de pueblos y etnias. Entre 1519 y 1528, Mesoamérica y la zona andina padecieron los embates de brotes de viruela; de 1531 a 1533 las golpeó el sarampión; 1545 y 1546 señalaron el predominio del tifo durante varios años. Entre 1557 y 1569, sobre los extensos virreinos de Nueva España y Perú, el sarampión, la viruela, la influenza y las paperas hicieron una funesta sociedad, que volvió a atacar entre 1581 y 1591. El bienio de 1595 a 1597 trajo otra vez, individualizado y mortífero, al sarampión. Y, en razón de todo ello, se cree que en el *xvi* feneció el equivalente a un 80% de la población autóctona de las Américas

Si bien en escala mucho menor, el *xvii* igualmente vino con lo suyo: por ejemplo, la influenza de 1601, que alcanzó propagación notable alrededor de 1627; para 1648 hizo su aparición estelar la fiebre amarilla en la zona de Yucatán y el Caribe. Y entre 1688 y 1698 regresaron la peste, el tifo y la fiebre amarilla. Al cambio de centuria, el mazo del tifo retornó contundente en los años de 1736, 1763 y 1814, en tanto que la viruela lo hizo en 1762, 1780, 1798.

No obstante, en los últimos 200 años de la dominación española, sin que las epidemias desaparecieran, los naturales americanos ya habían alcanzado, por lo menos, un grado similar de inmunidad al de las poblaciones europea y mestiza. Así que, más o menos a partir de 1640 se inició su repunte demográfico. Empero, la catástrofe epidémica del *xvi*, y sobre todo en sus primeras fases a partir de 1495, facilitó muchísimo las cosas para las huestes conquistadoras hispánicas. Entre los mexicas Cuitláhuac y entre los incas Huaina Capac fueron víctimas mortales de la viruela, al igual que muchísimos de sus guerreros y coterráneos. Aquí tendríamos que sopesar de nuevo los fáciles y sumarios juicios de la Leyenda Negra española, que encuentran en la explotación y los malos tratos que la codicia de los conquistadores dispensó a los naturales

el detonante del cataclismo demográfico americano. Sólo muy recientemente se ha empezado a revalorar el papel determinante que en él tuvieron las enfermedades epidémicas, traídas por las armadas de conquista y dispersadas por las flotas comerciales españolas y las partidas terrestres de exploración.

¿Cómo respondieron las autoridades metropolitanas y virreinales a las pandemias? ¿qué hicieron frente a aquel reto los agentes eclesiásticos, titulares de las instituciones hospitalarias de la América española? Hasta donde lo permitieron sus posibilidades, presentaron la batalla. El problema solía ser el presupuesto, ya que los hospitales tenían fuentes de sustento limitadas y diversas (los ingresos provenientes de ayuntamientos de las ciudades, los donativos de particulares, la aportación de cofradías, de comunidades indígenas, etc.) y muy pocos dependían del erario o patronazgo real. Pero incluso éstos padecían penurias por el perenne agotamiento de las arcas regias a causa de las guerras europeas. Así que en situaciones de emergencia como las ocasionadas por brotes epidémicos, de entrada solían saturarse y ponerse al borde del colapso. El hacinamiento de enfermos, la escasez de remedios y facultativos, e incluso de alimentos, muchas veces empeoraba aún más las cosas. De modo que no era raro que gran parte de los indígenas –con la honrosa excepción de los de Michoacán, México, cuyos hospitales funcionaban de otra manera –, prefiriera irse a morir a sus casas.

Como sea, el listado de prevenciones y tratamientos para las epidemias no cambió mucho desde el siglo XVI hasta el XVIII. Emplastos, bebedizos peregrinos, sangrías, cataplasmas, imposición de imágenes santas o reliquias, oraciones y novenarios eran las terapias ordinarias. Habría que esperar hasta los años 1803-1806, para que un médico de avanzada como el alicantino Francisco Javier Balmis, un ferviente convencido de la vacuna que en 1796 había inventado el inglés Edward Jenner, emprendiera la primera campaña sanitaria contra la viruela en América y Filipinas. Pues ocurre que Balmis había trabajado en Cuba y México, antes de convertirse en médico personal del rey Carlos IV, a quien persuadió de los beneficios de su proyecto. Zarpando de La Coruña, Balmis y

su colaborador José Salvany llevaron el remedio a toda la América hispana, desde Texas, por el norte, hasta Chiloé por el sur. Y ahí empezaría a escribirse una historia distinta en la sanidad del continente.

Este repaso histórico de las pandemias hispanoamericanas de aquellos tres siglos nos permite constatar, primero, que el surgimiento de males nuevos, entre poblaciones cuyos organismos son vírgenes frente a los patógenos, produce en ellas los mismos efectos devastadores, sin importar la índole precisa de la enfermedad ni los siglos transcurridos. Y que hay que aguardar, a veces muchos decenios, a que prospere el contagio y se desarrolle naturalmente la inmunidad. Lo segundo: que hoy como ayer, la lógica exasperación de los pueblos ante un agente homicida desconocido suele buscar y encontrar culpables entre comunidades cuyo único delito es ser foráneas y distintas a ellos. Y lo tercero: que valdría la pena recuperar la conciencia de que, en la medida en la que no hemos dejado de ser humanidad y a despecho de nuestros avances científicos y tecnológicos, seguimos estando inermes de cara a las impredecibles vueltas de la madre naturaleza.

OBRAS BÁSICAS DE REFERENCIA

- Cook, Noble David, *La conquista biológica: las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1695*, Madrid, Siglo XXI, 2005.
- McNeill, William Hardy, *Plagas y pueblos*, Madrid, Siglo XXI, 2016.