

LA DESIGUALDAD ANTE LA MUERTE:  
EPIDEMIAS, POBLACION Y SOCIEDAD EN LA  
CIUDAD DE MEXICO  
( 1800 - 1850 )

T E S I S

P R E S E N T A D A P O R

LOURDES MARQUEZ MORFIN

EN CONFORMIDAD CON LOS

REQUISITOS ESTABLECIDOS

PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN HISTORIA

El Colegio de México A. C.  
Centro de Estudios Históricos

México, D.F., 1991

APROBADA POR EL COMITÉ DE TESIS:

DIRECTORA. Clara E. Lida  
DRA. CLARA LIDA

LECTORA. J.P. Josefina Vázquez  
DRA. JOSEFINA VÁZQUEZ

LECTOR. Hira de Gortari  
DR. HIRA DE GORTARI

APROBADA POR EL JURADO EXAMINADOR:

1. DIRECTOR Clara E. Lida  
nombre

2. [Signature]  
nombre

3. [Signature]  
nombre

4. \_\_\_\_\_  
nombre

5. \_\_\_\_\_  
nombre

**A mi hijo más pequeño, Ernesto**

## AGRADECIMIENTOS

El tema de la presente obra fue delineándose a partir de las discusiones académicas que se llevaron a cabo durante los cursos y seminarios, impartidos en el Colegio de México, en el periodo 1985-1988, con la participación entusiasta y desinteresada de los profesores. Como toda investigación, es producto tanto del planteamiento teórico del autor, como de los múltiples conocimientos que sobre cada particular otros investigadores han ido acumulando y que forman una plataforma de la cual partimos. Quiero hacer una mención especial a aquellos maestros que colaboraron estrechamente conmigo con el fin de llevar este trabajo hasta su conclusión, y de formarme como historiadora, a través del apoyo constante que siempre me brindaron. La Doctora Clara Lida, directora de esta tesis, con su rigor metodológico fue un elemento clave para la realización del estudio, sus certeras críticas y sus aportaciones contribuyeron a estructurar y mejorar la investigación desde sus primeros pasos. La Doctora Josefina Vázquez, especialista en la historia de México en el siglo XIX, con su entusiasmo y gran conocimiento, dirigió esta tesis en sus primeras etapas y me alentó, a partir de los primeros seminarios de investigación que llevé en el COLMEX a incursionar en ese periodo. Además de proporcionarme constantemente su inapreciable ánimo y estímulo. Las discusiones con el Doctor Hira de Gortari acerca de la ciudad de México, tema del cual posee gran erudición, fueron de enorme valor. La maestra Cecilia Rabell, amablemente revisó y corrigió la sección sobre aspectos demográficos. Con sus sugerencias y observaciones fue

posible abordar los aspectos generales de la historia de la población de la ciudad. El maestro Carlos Echarri, demógrafo, colega y amigo, me brindó generosamente su ayuda en largas horas frente a la computadora, elaborando interminables cuadros y gráficas, así como asesorándome en complicadas estadísticas. Las consideraciones, críticas y apuntes del Doctor Manuel Miño, me hicieron reflexionar repetidamente sobre los aspectos teóricos fundamentales del trabajo. Su cuidadosa lectura me permitió corregir diversos errores. De igual manera agradezco al Doctor Carlos Marichal sus atinados consejos y recomendaciones. Muchos otros amigos escucharon y leyeron pacientemente lo que parecían ser innumerables cuartillas, en especial tengo una deuda de gratitud con Leticia Reina. A mis amigas María Eugenia Romero y Patricia Jones les doy las gracias por sus interés y ayuda.

Sin embargo, el apoyo y solidaridad de Ernesto, mi compañero, que colaboró conmigo en todo momento, me facilitó el trabajo, que de otra forma no hubiera podido concluir.

Gracias a la beca de estudios proporcionada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, fue posible realizar los cursos de doctorado en el Centro de Estudios Históricos, además de cubrir todos los gastos de impresión de esta tesis. El material gráfico estuvo a cargo de Nabor Zárate y las fotografías fueron tomadas por Jorge Acevedo.

No obstante el prestigio y capacidad de mis maestros, y de toda la ayuda que recibí, como siempre, la responsabilidad de este escrito es de mi exclusividad. El tema es interesante y controvertido de allí que espero que su lectura motive comentarios y valiosas críticas que serán bienvenidas.

Una manera cómoda de conocer una ciudad es la de investigar cómo se trabaja, cómo se ama y cómo se muere en ella.

Albert Camus, "la Peste".

## INDICE

LA DESIGUALDAD ANTE LA MUERTE: EPIDEMIAS, POBLACIÓN Y SOCIEDAD  
EN LA CIUDAD DE MÉXICO (1800-1850).

INTRODUCCIÓN	1
1.- Como se ha estudiado la enfermedad.	11
2.- Líneas de investigación.	19
3.- Estructura y contenido del estudio.	24

## PRIMERA PARTE

## CAPÍTULO I

LOS PRIMEROS PASOS: LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO (1790-1811).	30
1.- Antecedentes de estudios sobre la población de la ciudad de México.	35
2.- Cifras totales de población en la ciudad de México.	40
2.1- Problemas metodológicos.	42
3.- Tendencias demográficas.	51
4.- Estructura de la población de la ciudad de México.	55
4.1.- Composición por grupo étnico.	56
4.2.- Composición por sexos.	60
4.3.- Composición por edad.	68
4.4.- Estado matrimonial.	74
5.- Variables demográficas.	77
5.1.- La inmigración a la ciudad de México: el caso de 1811.	77
5.2.- Bautizos, matrimonios y defunciones.	84
5.2.1. Bautizos.	88
5.2.2. Matrimonios	90
5.2.3. Mortalidad en la ciudad de México.	92
5.2.4. Mortalidad por parroquias.	94
5.2.5. Crisis de mortalidad : 1813, 1825, 1830, 1833, 1848-1850.	95

## SEGUNDA PARTE

## CAPÍTULO II

LAS IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA PRIMERA  
MITAD DEL SIGLO XIX. 104

1.- Las causas de las enfermedades.	108
1.1.- Castigo de los dioses.	108
1.2.- Factores Físicos.	110
1.3.- Factores internos (constitucionales).	113
2.- Organización de las medidas contra las epidemias.	114
2.1.- Medidas contra el contagio.	115
2.2.- Aislamiento de enfermos en lazaretos, hospitales y casas.	117
2.3.- Cuarentenas.	121
2.4.- El Fuego.	122
2.5.- Fumigaciones y perfumes.	123
3.- Tratamientos.	126
3.1.- Pócimas, remedios, jarabes y otras recetas.	127
4.- Reacciones ante las epidemias.	129
4.1.- Abandono de la ciudad de gente de recursos durante las epidemias.	130
5.- La Medicina en los siglos XVIII y XIX.	131
6.- Fin del Protomedicato y el incipiente surgimiento de una medicina en manos del Estado.	134

## CAPÍTULO III

LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD: CONSIDERACIONES  
TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

1.- Determinantes de la mortalidad.	145
2.- La nutrición, el hambre, las infecciones y sus implicaciones sobre la mortalidad y morbilidad	148
3.- Acercamiento al análisis de la morbilidad y letalidad en 1813 y 1833 por grupo socioeconómico.	156
3.1.- Indicadores socioeconómicos.	159

## CAPÍTULO IV

EL ESCENARIO Y SUS ACTORES: LA CIUDAD DE MÉXICO EN  
LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XIX.

Condiciones de vida y salud en los cuarteles de la ciudad.	178
1.- El oriente: el área más insalubre.	180
2.- El sureste.	188
3.- El norte de la ciudad, otro sitio antihigiénico.	191
4.- El noreste.	199
5.- El Barrio de Santa María (noroeste).	205
6.- Arrabales en el poniente.	208
7.- El centro de la capital: lugar de los palacios.	212
8.- Los suburbios del sur.	221

## TERCERA PARTE

## CAPÍTULO V

## LA EPIDEMIA DE TIFO EN 1813.

1.- Antecedentes de epidemias de tifo en México.	228
2.- Etiología del matlazahuatl, tifo exantémico, tabardillo, o fiebre petequial.	233
2.1.- Aspectos epidemiológicos.	238
Distribución del tifo de acuerdo al clima.	240
3.- La epidemia de "fiebres misteriosas" en 1813.	242
3.1.- Las fiebres y el problema de los cementerios.	253
3.2.- Los hospitales y lazaretos.	258
4.- Entierros en las parroquias de la ciudad de México.	263
4.1.- Defunciones por edad, estado civil y grupo étnico.	263
4.2.- La enfermedad y la muerte en los cuarteles menores de la ciudad en 1813: una aproximación epidemiológica.	268

## CAPÍTULO VI

LA EPIDEMIA DE CÓLERA EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN 1833.	
1.- La ruta de la muerte.	296
2.- Medidas preventivas contra el cólera.	301
3.- ; Ahora si es en serio!. La llegada del cólera a la ciudad de México.	311
4.- Ambiente político.	319
5.- La población de la capital en 1833 y su mortalidad.	324
5.1.- Mortalidad por sexo y edad.	324
6.- Etiología del cólera.	327
6.1.- Agente etiológico.	327
7.- Mortalidad por cólera en las parroquias.	328
8.- Morbilidad y letalidad por cólera en los cuarteles de la ciudad en 1833.	334
8.1.- Formas de transmisión del cólera.	336
8.1.1- Tratamiento de desechos orgánicos o heces fecales.	336
8.1.2.- Abasto de agua potable.	338
Resultados de morbilidad.	346
Letalidad.	351
CONCLUSIONES	358
FUENTES	369
SIGLAS Y REFERENCIAS.	372

## ÍNDICE DE PLANOS.

1.-Plano de 1782 de D. Martín de Mayorga.	35a
2.- Demarcación de Parroquias.	35b
3.- Ciudad de México 1811 -Composición Étnica.	58a
4.- Basureros.	182a
5.- Traza que separa el casco de la ciudad de los barrios y garitas en el Siglo XIX.	186a
6.- Ciudad de México-1813. Valor promedio de la propiedad en los 32 cuarteles menores.	190a
7.- Ciudad de México. Cuarteles y parroquias.	201a
8.- Ciudad de México (S. XIX). Cuarteles menores y localización de algunas Plazas, Acequias, Garitas, etc.	204a
9.- Ciudad de México (1853). Dividida en 32 Cuarteles Menores.	211a
10.-Ciudad de México-1813. Incidencia de enfermos en los 32 cuarteles menores.	270a
11.-Ciudad de México-1811. Densidad de población por cuarteles.	285a
12.-Ciudad de México-1813. localización de hospitales	258a
13.-Ciudad de México-1813. Letalidad de "fiebres misteriosas en los cuarteles menores.	275a
14.-Ciudad de México, 1833. Distribución de la letalidad masculina en los 32 cuarteles menores.	352a
15.-Ciudad de México, 1833. Distribución de la letalidad femenina en los 32 cuarteles menores.	352b
16.-Ciudad de México. Siglo xix. Cuarteles menores. Acueductos, cañerías y cajas de agua.	336a
17.-Ciudad de México. 1823-1824. Porcentajes de mercedes de agua en los 32 cuarteles menores.	341a
18.-Ciudad de México. 1823-1824. Porcentajes de mercedes de agua privadas en los 32 cuarteles menores.	341b
19.-Ciudad de México-S.XIX. Red de atarjeas.	355a
20.-Ciudad de México. 1794. Calidad de los terrenos de los 32 cuarteles. Red de atarjeas.	

## ÍNDICE DE GRÁFICAS.

1.- Ciudad de México: 1790-1811. Comparación de grupos irregulares de edad.	51a
2.- Ciudad de México 1790 - 1838. Totales de población y Tasas anuales de Crecimiento.	52a
3.- Ciudad de México 1800 - 1838. Bautizos y Población Total.	52a
4.- Ciudad de México: 1800-1855. Bautizos.	53a
5.- Ciudad de México 1800 - 1838. Crecimiento natural.	53a
6.- Ciudad de México 1800 - 1838. Tasas brutas de Natalidad, Mortalidad y Nupcialidad.	54a
7.- Ciudad de México 1800 - 1855. Bautizos, Defunciones, Matrimonios.	92a

8.- Parroquias (Del Sagrario, de Santa Veracruz, de Santa Catarina, de San Miguel). Bautizos, entierros, matrimonios.	94a
9.- Parroquias (San José, Santa Cruz y Soledad, San Pablo, Santa María la Redonda). Bautizos, entierros y matrimonios.	94b
10.-Parroquias (San Sebastián, Santa Cruz Acatlán, Sto. Tomás la Palma y Santa Ana). Bautizos, entierros y matrimonios.	94c
11.-Salto del Agua 1800 - 1855. Bautizos, entierros y matrimonios.	94d
12.-Epidemia en la Ciudad de México 1813. (Sagrario, S. Miguel y Sta. Catarina).	262a
Epidemia en la Ciudad de México 1813. (S.Cruz y Sol. S. Sebastián y S. María).	
Epidemia en la Ciudad de México 1813. (S. Pablo, S. Cruz Acat. Sto. Tomás).	
Epidemia en la Ciudad de México 1813. (S. Veracruz, S. José, S. Ana).	
13.-Letalidad y Morbilidad en los 32 Cuarteles en 1813.	269a
14.-Cólera en la ciudad de México en 1833. (Parroquias: Sagrario, San Miguel, Santa Catarina).	317a
Cólera en la ciudad de México en 1833. (Parroquias: Santa Veracruz, San José, San Pablo).	
Cólera en la ciudad de México en 1833. (Parroquias: Santa Ana, Santa Cruz y Soledad, San Sebastián, Santa María).	
15.-Ciudad de México. Morbilidad por cólera en 1833 en los 32 cuarteles menores.	347a
16.-Letalidad en los 32 cuarteles:cólera 1833 (hombres y mujeres)	353a

#### ÍNDICE DE CUADROS.

1.- Totales de población y tasas anuales de Crecimiento. Ciudad de México, 1790-1838.	54
2.- Porcentaje de Población por Grupo Étnico en 1790.	56
3.- Población por Grupo Étnico.	57
4.- Ciudad de México 1811. Porcentaje por grupos étnicos por Cuartel Menor.	59
5.- Población por sexo en los Cuarteles Menores en 1811 y 1816.	62
6.- Ciudad de México: Índice de masculinidad por Cuartel Menor de acuerdo a los datos de 1811 y 1816.	64
7.- Composición de la Población. Ciudad de México 1753 - 1811.	69
8.- Población de la Ciudad de México por grupos de edad y sexo (1811).	69
9.- Porcentajes de la población por sexo y edad del Cuartel 20. Ciudad de México (1811).	70
10.- Población de 0 - 15 años.	71
11.- Porcentaje de Población por edades en 1824.	72

12.- Ciudad de México 1753, 1790 y 1811. Estado matrimonial de la población.	76
13.- Ciudad de México. Diferencias en el porcentaje de entierros en 1808 - 1812 y 1813.	96
14.- Ciudad de México. Diferencias en el porcentaje de entierros en 1828 - 1832 y 1833.	99
15.- Ciudad de México. Diferencias en el porcentaje de entierros en 1846 - 1847 y 1848.	101
16.- Cuartel menor No. 5. Distribución por grupo étnico y estado civil.	219
17.- Parroquia del Sagrario. Entierros por Estado civil en 1813.	264
18.- Parroquia de Santa Ana. Entierros por Estado civil en 1813.	265
19.- Parroquia de Santa Cruz y Soledad. Entierros por grupos de edad en 1813.	267
20.- Parroquia de Santa Ana. Entierros por grupo étnico en 1813.	268
21.- Ciudad de México 1813: Letalidad e incidencia de las "Fiebres Misteriosas".	272a
22.- Ciudad de México, 1813. Tasas de incidencia de enfermos, Mortalidad y letalidad.	273
23.- Cuartel No. 30. Población por grupo étnico, sexo y estado Civil.	281
24.- Reportes sobre el número de muertos por la epidemia de cólera en varias ciudades del país (1833).	300
25.- Ciudad de México. Mercedes de agua en 1823-1824.	342
26.- Ciudad de México, 1833. Morbilidad masculina en los 32 cuarteles menores.	348
27.- Ciudad de México, 1833. Morbilidad femenina en los 32 cuarteles menores.	350
28.- Ciudad de México. Tasas de letalidad en 1833.	352

#### ÍNDICE DE ESQUEMAS.

1.- Ciudad de México. Determinantes de las crisis de Mortalidad.	155a
2.- Esquema de transmisión del Tifo.	237

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer el papel que jugaron la organización social, económica y política de la población de la ciudad de México sobre las epidemias que aquejaron a los capitalinos, en 1813 a causa del tifo, y en 1833 por el cólera.

El enfoque de este trabajo es multidisciplinario, esto es, se relacionan los resultados de las estadísticas obtenidas en ambas epidemias con diversas variables, sociales, de índole demográfica, epidemiológica y de equipamiento urbano, utilizando metodologías propias de la historia, la demografía, la antropología, y la medicina. El núcleo de la investigación resalta, las causas de las desigualdades ante estas enfermedades, de acuerdo a sus características, tanto biológicas, como del medio en el cual el individuo se desarrolló a partir de un tratamiento de la enfermedad como fenómeno biosocial, analizando cuestiones de carácter epidemiológico y de salud pública, pues las determinaciones biológicas de las epidemias no pueden deslindarse del contexto en el que se produjeron.

Abordar el estudio de la enfermedad de esta manera, implica una toma de posición y de conciencia acerca de un aspecto que ha sido eminentemente manejado como fenómeno biológico. Este enfoque plantea que la mejora en los servicios sanitarios y los avances técnicos son elementos suficientes para mejorar la salud de los grupos humanos, pero se olvida que las condiciones de existencia,

trabajo y salud están determinadas por el modo de vida, por los hábitos y costumbres, por las labores que se realizan, por la alimentación que se tiene, por el lugar donde que se habita, etcétera, factores que en última instancia se relacionan con la organización de la sociedad y con los aspectos económicos, políticos e ideológicos.

Lo anterior no implica que neguemos la trascendencia de los factores somáticos en la presencia de las enfermedades, sino que entendemos que en la actualidad, se demuestra cada vez con mayor fuerza, que es posible clasificar algunas enfermedades de acuerdo a su causalidad social; para algunos padecimientos queda establecido, por ejemplo, el estrecho vínculo con la nutrición, como para la viruela, la tuberculosis, la mayoría de las enfermedades respiratorias, las parasitosis, la lepra, el herpes y el cólera, pero a su vez la nutrición en última instancia tiene que ver con la disponibilidad de recursos alimenticios, la posibilidad de adquirirlos y los hábitos dietéticos impuestos culturalmente.

El periodo en el que se sitúa el estudio, ofrece un panorama confuso y difícil de estudiar, pero a la vez muy interesante, pues el México de aquellos días se encontraba envuelto en conflictos por el establecimiento de un sistema de gobierno, por la lucha del poder político entre las múltiples facciones, por los pronunciamientos y levantamientos militares, por las rebeliones indígenas, por un sistema fiscal inadecuado, por la pugna entre los grupos dominantes, comerciantes, mineros, y terratenientes, entre otros problemas.

Los albores del siglo XIX en la ciudad de México se vieron caracterizados por innumerables cambios en el orden social, económico y político. Nuevas bases iban a marcar la organización de la ciudad, nuevas leyes establecerían la igualdad entre sus habitantes, ya fueran peninsulares, criollos, indígenas, mestizos o mulatos, términos que formalmente tendían a desaparecer.

La evaluación de las epidemias, -que son uno de los tipos de crisis de mortalidad, junto con el hambre, la guerra y las catástrofes naturales- enmarcado en las primeras tres décadas del siglo XIX en la ciudad de México, puede ser esclarecedor en varios sentidos, pues aun cuando los padecimientos pudieran ser los mismos, la forma de conceptualizarlos, y las medidas del gobierno y de las instituciones médicas, o eclesiásticas quizá variaron a raíz de una forma distinta de gobierno y ante ideas nuevas en torno a la medicina.

Decidí analizar detalladamente dos de las epidemias más importantes de la primera mitad del siglo XIX, la de 1813 y la de 1833, lo que fue posible gracias a que la ciudad en las primeras décadas del siglo presentaba condiciones relativamente estables de densidad urbana y asentamiento, pero distintas con respecto al período posterior a 1840. A partir de la cuarta década del siglo XIX, las condiciones respecto a la distribución de la población en la capital difieren. La apropiación del espacio urbano cambia y surgen varias colonias residenciales en los márgenes de la ciudad, donde empezaron a mudarse las personas con recursos económicos, por lo que para estudiar las otras epidemias ocurridas en ese periodo, se requeriría de análisis

poblacionales similares a los hechos para 1813 y 1833, que rebasan, por el momento, las posibilidades de esta investigación. No obstante, considero necesario presentar un panorama general de las crisis demográficas, así describo brevemente las epidemias ocurridas en ese lapso, en el estudio de la mortalidad general en el periodo 1800-1850.

1813 es un año significativo, pues en él se presentó una de las peores crisis de mortalidad que sufrieron los habitantes de la capital, a causa de la conjunción de varias enfermedades, entre las que parece haber tenido mayor impacto el tifo, por ello se analiza como los disturbios provocados por la Independencia, aunados a factores de urbanización y de condiciones de vida e higiene, al hambre, la inflación, y la carestía, tuvieron severas repercusiones en cuanto a elevar el número de enfermos y muertos.

También 1833 es otro momento favorable para valorar el impacto de las epidemias sobre los habitantes de la ciudad pues en esa fecha los capitalinos, vieron amenazadas su vida y salud por la llegada del cólera, que causó una severa epidemia, la cual nuevamente estuvo acompañada de grandes dificultades políticas que influyeron en las medidas organizativas tomadas por las autoridades para enfrentar el problema.

Padecimientos como el tifo y el cólera, cuando se presentan de manera epidémica son patologías cuyo estudio facilita la comprensión de las multideterminaciones de fenómenos como la enfermedad y la muerte, y de sus componentes sociales, políticos, económicos, y culturales, porque ayudan a demostrar el vínculo

entre ellos. A estas enfermedades se les reconoce una estrecha relación con las condiciones de vida, y particularmente con las condiciones higiénicas del espacio físico y de sus habitantes.

El análisis de los cambios en materia de salud puede mostrar el impacto diferencial que tuvieron las enfermedades sobre la población de la ciudad de México y el nexo entre la política de urbanización y la dotación de servicios, en especial las atarjeas y el agua potable, así como la insalubridad, con la presencia y distribución de ciertas patologías.

Las enfermedades siempre han estado presentes, pueden cambiar, transformarse, algunas incluso desaparecer, para dar paso a otras nuevas, pero la patología siempre será reflejo y resultado del ambiente y de las condiciones en que se vive. Ciertas patologías aparecen, se difunden y desaparecen por un conjunto de factores cuya explicación no es fácil de efectuar.

En nuestro caso nos propusimos conocer cuántas personas fueron atacadas durante las dos epidemias, y de éstas, cuántas murieron en cada cuartel de la gran urbe, con lo que obtuvimos algunos de los primeros resultados de investigación epidemiológica en nuestro país, de acuerdo al espacio urbano, para la primera parte del siglo XIX. Los resultados de este intento no son tan fáciles de interpretar en términos sociales, económicos o políticos, en particular por varios factores como son la falta de estadísticas específicas de las enfermedades por grupo socioeconómico, incluso por la dificultad para definir la distribución de la población, de acuerdo a estas categorías, en

los cuarteles de la ciudad; por la falta del conocimiento de la etiología de los padecimientos que permitiera un diagnóstico exacto en ese momento, en especial en la epidemia de 1813.

No obstante, de manera general, en el desarrollo del trabajo queda demostrado como la organización social y económica, y los hábitos y las costumbres repercuten en la manera en la cual la población enfermaba y moría en la Ciudad de México en la primera parte del siglo XIX.

La investigación partió de la definición de las líneas de investigación, y de la metodología que consideré útil para poder abordarlo. Así, centré la atención en aspectos demográficos, como la tendencia poblacional en la primera mitad del siglo XIX, y en el análisis más finos y detallados que tomaran en cuenta la composición de la población por edad y sexo, y por grupos étnicos, así como la distribución espacial de los individuos según ocupación. Examiné el impacto de las crisis de sobremortalidad ocurridas en ese período, a través del análisis de los cambios en las variables demográficas; es decir, por medio de la evaluación de las series de bautizos, matrimonios y defunciones en las parroquias de la ciudad. Especialmente traté de destacar las diferencias sociales y económicas que propiciaron a su vez diferencias en las condiciones de salubridad de los distintos espacios urbanos y que repercutirían en la distribución del impacto de las epidemias.

La larga descripción del aspecto físico de la ciudad en sus diversos sectores con respecto a su salubridad, así como el de sus habitantes y sus ocupaciones, es un aspecto relevante dentro

del trabajo y una incursión minuciosa dentro de la historia urbana de esos momentos. Esta área del estudio permite familiarizar al lector con la situación y tipo de vida que llevaban los capitalinos, según su inserción en la sociedad y nos acerca al análisis de la enfermedad como fenómeno social a partir de una diversidad de indicadores tanto biológicos, a los cuales podemos denominar como endógenos, como a los del medio o exógenos. Más aún, si lo que estamos buscando es conocer el proceso colectivo de la enfermedad y la muerte y cómo se manifiesta en un momento dado en cada sector de la población, es imprescindible situar los datos con los que contamos en su contexto, extraer las cifras del anonimato y darles color y forma.

Sin embargo, la sociedad que estudiamos no estaba claramente diferenciada en clases sociales, sino en un sistema de estratificación social donde se mezclaban las categorías sociales y económicas con las étnicas. Los criterios que utilizamos para diferenciar a los grupos fueron, entre otros, la zona de residencia, la ocupación y el grupo étnico; pero éstos no son categorías homogéneas, lo que implica una serie de problemas para interpretar la determinación social de la enfermedad. Al partir tan solo de atributos personales de los individuos para establecer los grupos sociales no es posible, por ejemplo, diferenciar de una manera clara y cualitativa al artesano pobre del rico, al español con recursos del desposeído, etcétera. De tal manera, la sociedad parece un todo estratificado donde cada individuo está ubicado de acuerdo a ciertas características, y

no como un conjunto donde los grupos se definen por las relaciones que guardan entre sí en la producción y reproducción social.

Para subsanar este problema utilicé variables que permitieran delimitar a los habitantes de la ciudad, por ejemplo indicadores como, el lugar de residencia y sus condiciones materiales, en especial los servicios, el grupo étnico y la ocupación, para agruparlos en el sistema de estratificación social. El análisis de cada sector de la ciudad y de los individuos que conformaban la sociedad de la capital se derivó de la investigación efectuada sobre padrones, registros parroquiales, descripciones de la ciudad, planos de servicios, novelas de la época, relatos de viajeros, etcétera, en un periodo y en un lugar determinados.

Seleccionamos las fuentes útiles para desarrollar esta línea de investigación y tratamos de utilizar todos los datos disponibles que permitieran elaborar los análisis demográficos y evaluar la incidencia de las dos epidemias de acuerdo al mayor número de variables como son: edad, sexo, grupo étnico, lugar de residencia, aún cuando no contamos con la misma información para las dos epidemias. Cuando no se tenía la información a partir de los registros del ayuntamiento, se acudió a los registros parroquiales para ver mortalidad por sexo, edad y grupo étnico en 1813, en las parroquias, donde se suponía habitaban grupos socioeconómicos contrastantes. En 1833 tenemos los datos de enfermos y muertos por cuarteles y por sexos, pero dado que las categoría étnicas habían desaparecido legalmente, las variables

que se pudieron analizar fueron sexo y lugar de residencia. Los datos sobre la mortalidad por edades se obtuvieron de otro estudio demográfico hecho sobre la epidemia de cólera de 1833.

Las fuentes documentales sobre número de enfermos y muertos no registran datos acerca del grupo étnico o las ocupaciones de los afectados. Así, la información con la que contamos para reconstruir el proceso de morbilidad diferencial proporciona cifras de enfermos y muertos por cuarteles, en 1813 y en 1833, de acuerdo a una división política y administrativa del espacio físico y no de acuerdo a categorías socioeconómicas. De ahí que conocer la complejidad biosocial de la enfermedad y la salud haya representado una empresa llena de vericuetos y recovecos.

El descuido de los servicios urbanos relativos a la salubridad y la higiene de grandes áreas de la ciudad fueron condiciones directamente responsables de la alta incidencia de una enfermedad como el tifo. La población que residía en cada uno de los cuarteles afectados más seriamente, se vió atacada por la enfermedad, debido a su posición dentro de la organización de la sociedad, que la determinaba a vivir en los lugares más infectos, expuestos a contraer cierta clase de padecimientos. La situación insalubre de algunos lugares era producto de la política de urbanización de la ciudad, que circunscribía la dotación de servicios de limpieza a las áreas donde residía la población con la mejor posición socioeconómica. Los sitios habitados por las personas de escasos recursos, con viviendas por demás insalubres y con escasos hábitos de higiene personal, por falta de agua y de instalaciones para la limpieza, como los baños, fueron los

medios idóneos para que estas enfermedades se mantuvieran latentes y activas de manera continua.

Varios pueden ser los aportes de este trabajo, para los interesados en los aspectos epidemiológicos y de salud pública uno muy relevante radica en la obtención de las primeras cifras estadísticas sobre enfermedades específicas, aún cuando muy burdas, y la manera en la cual se distribuyeron el tifo y el cólera en la población de la capital. Otro, la elaboración de las crónicas de las epidemias, ayuda a entender la forma en la cual se sucedieron las crisis de sobremortalidad. Sin embargo, la novedad de la investigación fue el aplicar metodologías surgidas en la actualidad, en los campos de la salud pública, de la epidemiología, de la demografía y de la antropología, a problemas tan antiguos, como los de la enfermedad y la salud, y sin embargo tan debatidos hoy en día.

Esta investigación tiene la ambición de invitar a la reflexión sobre la manera en la cual se ha abordado la problemática de los aspectos de salud y de enfermedad. Muchas veces se usa y abusa de las palabras, tratándolas como conceptos, pero sin que estos sean definidos, como es el caso de la palabra de moda en algunos ámbitos de investigación donde encontramos la reiteración de "salud-enfermedad", sin que en ningún momento se intente aclarar lo que se entiende por él.

El presente trabajo es pues un esfuerzo por integrar a la historia, algunos de los métodos y teorías utilizados en otras disciplinas. Es una incursión en la historia social y urbana a través de un tema viejo, como es el de las epidemias, pero con

ojos nuevos, donde la metodología se implementa de acuerdo a su objeto de estudio y los resultados invitan a adentrarnos en campos distintos y de manera diferente a la tradicional de cada disciplina.

Intentar sacudir nuestra investigación del enfoque puramente biológico, individualista de la enfermedad, marcó el desarrollo del trabajo desde el inicio hasta su conclusión. La explicación causal bajo la investigación histórica, buscó identificar los procesos sociales y descubrir cómo es que estos se traducían, por medio de mecanismos biológicos en "el proceso colectivo de salud-enfermedad", o en la "desigualdad ante la enfermedad y la muerte".

Como se ha estudiado la enfermedad: "los modelos".

Una vez que he planteado el objeto de estudio y la metodología que abordé en el análisis de las epidemias ocurridas en 1813 y 1833 en la ciudad de México, creo oportuno hacer un esbozo de los distintos enfoques que se han aplicado y se mantienen respecto a este temas y a otros afines.

El estudio particular de las enfermedades del pasado adquirió forma en las grandes epidemias que atacaron a las poblaciones. De ahí que los trabajos de historia de la medicina, de sociología de las enfermedades, o sobre el concepto de la patología en los grupos populares, opuestos a los dominantes, se constituyeron en torno a ellas.

La enfermedad ha sido un tema abordado por los historiadores

de todas las épocas. Varios enfoques o modelos de análisis han predominado en correspondencia a situaciones histórico concretas:

Historia de la medicina.

El de la historia de la medicina o historia natural de la morbilidad, que busca el origen, manifestaciones, número y tipo de padecimientos y que considera la enfermedad como un proceso biológico que ocurre en sujetos determinados. En esta concepción se hace resaltar fenómenos que crean una dicotomía entre el ser social y el ser biológico. Este tipo de historia, por lo tanto, se ha referido a los medios -tecnología, avances médicos, descubrimientos, descubridores- con los que ha contado la medicina en su enfrentamiento contra la enfermedad. El modelo construyó cuadros generales de las especies mórbidas, donde el enfermo y el médico quedaban abstraídos.<sup>1</sup> La medicina de finales del siglo XVIII y principios del XIX ponía como principio una dicotomía tajante entre el hombre y la enfermedad.

Sobre todo a partir de la clínica en que el cuerpo se convierte en un espacio observable; "que se abre a la mirada y al saber". Se vuelve objeto científico.<sup>2</sup>

La problemática principal para el estudio de la enfermedad a través de esta perspectiva de investigación radica en insertar la enfermedad dentro del discurso histórico de la medicina y el de las instituciones médicas. En otras palabras como ya dijimos,

---

<sup>1</sup> Foucault, 1986; Conti, 1972: 289.

<sup>2</sup> Revel y Peter, 1980:179.

reduce el cuerpo a su estricta corporeidad y convierte el infortunio en objeto de observación y contabilidad.<sup>3</sup>

Sociología de la enfermedad.

El estudio de la enfermedad, tomando en cuenta el plano socioeconómico y político, parte de un esfuerzo tendiente a vincular al individuo y a la sociedad dentro del problema que la teoría plantea acerca de ésta. Tuvo su origen en el campo del funcionalismo estructural y en particular de la psicología, la sociología y más concretamente, de la epidemiología. Sin embargo, lo social no ha sido fácil de integrar, pues a pesar de que se detectaban distribuciones específicas de ciertas enfermedades en ciertos grupos sociales, había una insuficiencia explicativa ya que el marco teórico necesita ser concretado.<sup>4</sup>

Peter y Revel llamaron a esta vía de análisis sociología de la enfermedad. En ella los historiadores trataron de incorporar categorías que les permitieran entender la presencia de la enfermedad en diferentes sociedades y las relacionaron con

---

<sup>3</sup> Lebrun ( 1971:5-6) y Biraben (1976), proponen el estudio de la historia de la población buscando los factores que expliquen la mortalidad dentro de un grupo social en una época determinada. Resaltan la importancia de encontrar las relaciones entre las condiciones alimenticias, sanitarias y médicas en las cuales vive el grupo.

<sup>4</sup> Para Vasco (1979:29), precisamente este origen es el que limita las probabilidades de integrar lo social, pues a nivel conceptual, sólo es posible aspirar a una formulación de las llamadas teorías de nivel intermedio. Primero, porque hay una insuficiencia explicativa en ella aun cuando utiliza el método de evaluar la distribución de las enfermedades en ciertos grupos sociales, sin embargo hace falta trabajar con un modelo teórico que permita comprender estos fenómenos.

datos demográficos. Este análisis evalúa el papel de las instituciones sanitarias, los procesos de marginación y segregación de los enfermos pobres, aspectos socioeconómicos - desempleo y hambre- tipos de viviendas, servicios públicos, el consumo de alimentos. Como sería el caso de las investigaciones de Lebrún, de Bardet, de Pérez Moreda,<sup>5</sup> entre otras, donde se intenta revelar el impacto de la presencia de la peste, de las enfermedades epidémicas o de las cotidianas -gripe, disentería-, no sólo desde el punto de vista cuantitativo, sino tratando de encontrar el significado de las distintas conceptualizaciones acerca de lo que eran las enfermedades. Estos son modelos de investigación mórbida más matizados, donde se diversifica el enfoque y se intenta integrar los datos de esta sociología de la enfermedad con un análisis más rico.

La enfermedad a través del enfermo.

Una corriente historiográfica relativamente nueva, representada por Herzlich y Pierret, es la que intenta estudiar la enfermedad, pero a partir del enfermo; ésta trata de dar cuenta de la vivencia del sujeto, en el cual la enfermedad adquiere convicción. Esta visión implica hacer hablar al enfermo, interrogarlo, dejar expresar al hombre que se ha mantenido mudo, porque al discurso médico sólo le importa el cuerpo del sujeto, como objeto científico. Esto ha hecho que los historiadores no puedan leer ese cuerpo silencioso que contienen los archivos en

---

<sup>5</sup> Lebrun, 1971; Bardet, 1983; Pérez Moreda, 1980.

sus relaciones de médicos, en la correspondencia administrativa de los hospitales, en los manuales eclesiásticos, en los tratados de los boticarios y cirujanos. En palabras de Revel y Peter (1980), el historiador debe tener una actitud distinta: "nuestros textos, tejidos de certidumbre, están llenos de silencios y de fugas [...]. Hay que estar atento a estos jalones alrededor de los cuales en el documento lo dicho y lo no dicho, solidarios se articulan".<sup>6</sup>

En cada época es el individuo el que está enfermo, pero lo está a los ojos de la sociedad, en función de ella, y dentro de las relaciones sociales del individuo. Hay que buscar bajo diversas formas, dar la palabra a aquéllos que habitualmente no la tenían.<sup>7</sup>

Dentro de esta corriente de hacer la historia con enfoques y temas nuevos, Revel y Peter plantean que la enfermedad puede ser un lugar privilegiado desde donde observar mejor la significación real de, por ejemplo, algunos mecanismos administrativos, prácticas, costumbres, relaciones entre los poderes y la imagen que la sociedad tienen de sí misma.<sup>8</sup> Esto implica rebasar la simple búsqueda de relaciones estadísticas entre fenómenos de índole biológica y las condiciones sociales, convertidas en variables que supuestamente explican su presencia,

---

<sup>6</sup> Revel y Peter, Op.Cit.:181-182.

<sup>7</sup> Herzlich y Pierret, 1984: 13-16; Revel y Peter, Op.Cit.:181-182; Ginzburg (1986: 195), aborda el problema de las clases subalternas a las que se mantiene en silencio y a las que es posible interrogar a través de una metodología adecuada.

<sup>8</sup> Herlizch y Pierret, Op.Cit.; Revel y Peter, Op.Cit.:177.

que es el objetivo de la sociología de la morbilidad. Se trata por tanto de abordar un aspecto cotidiano como el de las enfermedades, pero con ojos nuevos, partiendo de concepciones distintas, insertándolo en esa corriente historiográfica que no sólo plantea nuevas rutas, sino objetos de estudio no comunes.<sup>9</sup>

La enfermedad como producto de la forma de vida.

Otras investigaciones sobre la salud y la enfermedad, como la de Alberto Vasco, analizan la forma de vida, entendida como:

La materialización de un individuo relacionado de una manera históricamente determinada y específica, a otros individuos y a una organización que se expresa no sólo en conductas, actitudes, posiciones políticas e ideológicas, sino en situaciones subjetivas, sintomáticas que constituyen o determinen el comportamiento social del individuo.<sup>10</sup>

Este planteamiento es general, pero su autor lo propone como categorías comprensivas y con un cuerpo de proposiciones de igual nivel que quizá permitan tener una base más sólida de la cual partir. Tratando de concretar el concepto de forma de vida, Alberto Vasco propone que éste puede ser entendido como las condicionantes que hacen que ciertas personas y ciertos grupos tengan una forma específica de relacionarse con los demás, a nivel político, laboral, etcétera. Visto así, la enfermedad es una forma particular de vida, "resultante de las sobredeterminaciones que a partir de los conocimientos

---

<sup>9</sup> Revel y Peter, Op.Cit.: 173-195.

<sup>10</sup> Vasco, 1979:31.

científicos se han ido detectando".<sup>11</sup>

El "proceso salud-enfermedad".

Además de estas vías o canales de investigación surgidos de la crítica misma de los trabajos historiográficos y del quehacer del historiador, existen modelos de análisis que utilizando la dialéctica y el materialismo histórico como método, plantean el estudio de las enfermedades contemporáneas, como un proceso que han denominado "salud-enfermedad". Se entiende éste como un fenómeno histórico, como proceso biológico y social que se va a expresar en el individuo, pero cuyas características estarán sujetas al tipo de movimiento de la estructura de la sociedad en cada formación social históricamente determinada.<sup>12</sup>

Este modelo responde a un planteamiento fundamentado sobre las investigaciones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones actuales. Ha sido desarrollado en parte por especialistas en el campo de la salud pública y de la medicina social,<sup>13</sup> pero se encuentra en un alto grado de generalidad y a veces aislado del nivel geográfico de grupo -gente que vive en una misma región, clima, etcétera- y del nivel personal -edad, sexo, ingreso socioeconómico, ocupación, hábitos, costumbres, creencias. Por otro lado, se trata de categorías surgidas en otro campo y tomadas como patrón, pero que no han partido de una

---

<sup>11</sup> Op.Cit.

<sup>12</sup> Cuellar y Peña, 1985:12; Laurell, 1979:21.

<sup>13</sup> Vasco, Op.Cit.:28-29.

práctica concreta y por lo tanto no permiten derivar de ellas más conocimientos, más posibilidades, convirtiéndolas, muchas veces, en aplicaciones mecánicas. Así se abusa de términos y conceptos provenientes de la biología, la clínica y los conceptos de clase, modo de producción, lucha de clases, quedando como investigaciones con falta de rigor o mecanicistas.<sup>14</sup>

Los tres primeros modelos corresponden a estudios de carácter histórico y los otros a planteamientos dentro del campo de la epidemiología actual. Algunas de sus premisas son similares a las desarrolladas por historiadores en otros campos historiográficos pero parten de temas o áreas distintos, como es el caso de E. Hobsbwan, que propone una historia de la sociedad que intenta hacer una síntesis de las mismas, como la investigación de la estructura social y sus cambios. Para ello, dice:

se requiere si no de un modelo formal y elaborado de las estructuras sociales, si de un orden aproximado de prioridades de investigación y una hipótesis de trabajo sobre la que constituye la relación central o el complejo de ligas de nuestro trabajo.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Vasco ( Ibid.: 29-31), es un especialista en salud pública y epidemiología; analiza de una manera clara el desarrollo de las investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad. Para él " la inclusión de categorías como modo de producción, clases sociales (a la manera marxista, pues lo funcionalistas también hablan de clase) explotación [...] en el lenguaje de quienes se proponen estudiar la enfermedad y los enfermos, se ha traducido en la apertura de un nuevo camino, pero también en una serie de afirmaciones que, si bien pueden ser ciertas, correctas, se mueven en un tal grado de generalidad, que las hace poco utilizables en el quehacer cotidiano de los trabajadores de la salud".

<sup>15</sup> Hobsbawn, 1976: 78.

Líneas de investigación, a manera de hipótesis.

La perspectiva de nuestro trabajo no se relaciona con un modelo en particular, sino que trata de desarrollar varias líneas de investigación, con un orden de prioridades, a la manera propuesta por E.Hobsbawn, utilizando aspectos teóricos y metodológicos que se implementaron de acuerdo al objetivo del estudio. El tipo de historia que efectuamos forma parte de la corriente historiográfica ocupada en la historia de la población, que relaciona el análisis histórico de las poblaciones con la estructura social, cuyos exponentes son Peter Laslett, Nicolás Sánchez Albornoz, Vicente Pérez Moreda, Francois Lebrun, Jean-Pierre Bardet, Jean Noel Biraben, Witold Kula, por mencionar tan sólo a algunos y que analizamos al hablar de los "modelos" para el estudio de las enfermedades.<sup>16</sup>

Los planteamientos presentados en los modelos que analizan las condiciones de vida y salud, como el de Alberto Vasco, también me sirvieron de punto de partida para el estudio de las enfermedades en la ciudad de México. Si no de manera formal, sí, para elaborar el orden de prioridades de investigación y una hipótesis de trabajo, sobre todo al llamar la atención sobre la manera en la cual el modo de vida actúa para permitir la presencia y gravedad de algunas enfermedades.

De igual forma, la base teórica del análisis del proceso

---

<sup>16</sup> Bardet, Op.Cit.; Biraben, Op.Cit.; Kula, 1977; Laslett, 1976; Lebrun, Op. Cit.; Pérez Moreda, 1980; Sánchez Albornoz, 1973; 1977.

"salud-enfermedad", es útil para entender que la enfermedad no es un proceso únicamente biológico, sino que tiene determinaciones externas, que bien pueden ser sociales, económicas, ideológicas, etcétera, que es necesario tener en cuenta al momento de hacer las interpretaciones de nuestros resultados. Que no se trata de asociaciones causales estadísticas entre aspectos sociales y las enfermedades, sino que es necesario resaltar los factores que en última instancia originan las desigualdades sociales.

La línea central del estudio buscó encontrar las causas de los porcentajes diferenciales de enfermos y muertos, esto es, como fue que los habitantes de la ciudad de México, presentaron una distribución de la epidemia y una letalidad distinta entre ellos, tanto en la de tifo de 1813, como en la de cólera en 1833. Como estas diferencias se explican porque cada grupo o sector social participaba de condiciones de vida y salud heterogéneas producto de su situación histórico social concreta, lo que se ha dado en llamar la "desigualdad ante la muerte", y como los factores biológicos se combinan con otros factores para dar por resultado una distribución de la enfermedad y de la muerte distinta.<sup>17</sup>

Otra de las líneas de investigación está en relación con las

---

<sup>17</sup> "La distribución no igualitaria de los beneficios del desarrollo, generado por las diferentes formas que asume la organización política, social y económica tiene como una de sus consecuencias lo que se ha dado por llamar 'la desigualdad ante la muerte', es decir, una distribución diferencial de la morbimortalidad en los distintos grupos sociales", Cabrera, 1988: 22.

ideas acerca de la enfermedad. Así, examinamos como los discursos del gobierno, de las instituciones médicas, de las eclesiásticas y de la colectividad, eran diferentes entre sí y estaban acordes con los intereses particulares de cada grupo, con el nivel de conocimiento médico del momento, y relacionados con aspectos de índole cultural tradicional.

Desde el punto de vista de la ciencia médica, el siglo XIX estaba impregnado de nuevas ideas y descubrimientos que iban cambiando las concepciones mantenidas durante siglos sobre el origen de las enfermedades como castigo divino. A medida que los conocimientos científicos avanzaban, las grandes epidemias que asolaban a la humanidad dejaban de ser castigo de Dios por una conducta errada del hombre, y adquirían causas concretas: gérmenes, virus o bacterias. Los avances médicos llevaban a asociar la suciedad, hacinamiento, viviendas inadecuadas y falta de alimentación con la aparición de ciertas enfermedades. En ese siglo cobra vida y adquiere fuerza la idea de cambiar esas condiciones y el tema de la higiene y la sanidad, de tal manera que las autoridades se enfrentan también al problema de organizar y administrar los servicios de salud y tomar medidas sanitarias adecuadas.<sup>18</sup>

Tratamos de conocer las actitudes de las autoridades y de la colectividad respecto a los padecimientos, su reconocimiento social y las circunstancias que los provocaron. Las teorías, conceptos e ideas que los explicaban y que sirven de base para

---

<sup>18</sup> Sigerist, 1984:66-84.

la asistencia social. En este sentido fue útil la corriente historiográfica ocupada de la historia de las mentalidades, la cual propone el estudio de la enfermedad a partir del enfermo, como son los trabajos de Peter y Revel, tratando de buscar en las relaciones de médicos, en la correspondencia administrativa, en las encuestas judiciales, en los manuales eclesiásticos, en los tratados de los boticarios y cirujanos y en la literatura de la época, para poder ver la enfermedad con ojos distintos, con una actitud diferente, teniendo en cuenta que el lenguaje del enfermo se elabora en el lenguaje mismo de las relaciones sociales del individuo.

El concepto de epidemia se refiere a una patología que afecta a una población -o parte de ella-, en un momento determinado, y cuya característica principal es que ataca a un elevado número de sujetos, ya sea lenta o violentamente. A pesar de que las enfermedades son compañeras del hombre desde su pasado más remoto, son las enfermedades epidémicas las que han acaparado la atención, por su trascendencia, impacto y sobre todo por el enorme número de muertos que causaban. La realidad de cada época estuvo y está impregnada del temor a ciertas epidemias llámense éstas viruela, peste, tifo, cólera, lepra o SIDA.

En el siglo XIX, la epidemia aparece marcada por varios elementos: el elevado número de sujetos atacados, la impotencia para enfrentar la enfermedad, la muerte como peligro inmediato, o bien la exclusión y el rechazo social, una muerte en vida. Las epidemias son un fenómeno colectivo y social, durante su ataque no sólo el sujeto está enfermo, no es sólo el individuo el que

sucumbe, es también la familia, el barrio, la provincia o la ciudad. Precisamente por ello la representación que se forja de las epidemias es social, es colectiva, se les teme porque implican una forma de muerte, inmediata algunas veces, otras lenta y simbólica, llenas de rituales, como en el caso de la lepra o la sífilis, en las cuales la respuesta social, la socialización del mal, tomará la forma de reclusión y de aislamiento; las epidemias eran una manera de morir para el mundo. En el caso de la peste, palabra que todavía en esa época era utilizada para denominar a varias enfermedades de carácter epidémico, como el cólera o el tifo, éstas eran amenazas a la colectividad, de ahí el interés del momento por la enumeración de los atacados y muertos, pues uno de los efectos mayores fue el causado por la alta mortalidad.

El enfoque y la metodología que utilizamos es nueva en los estudios históricos sobre la enfermedades en México, tanto para este tipo de investigación, como para el período elegido. Se trata de un estudio interdisciplinario difícil, dado el tipo de fuentes con las que contamos, así como por la carencia de otros trabajos que permitan hacer comparaciones con otras ciudades mexicanas, a excepción del caso del cólera en 1833 en Guadalajara. Sin embargo, creemos que utilizando los documentos y la metodología adecuada, es posible lograr nuestro objetivo y mostrar algunas de las causas de esa "desigualdad ante la enfermedad y la muerte".

Estructura y contenido del Estudio

Los grandes apartados que contiene la tesis incluyen, desde diversos ángulos, los temas propuestos en la presentación a manera de hipótesis generales y concretas, o de preguntas sencillas o complejas según el caso.

En la introducción damos cuenta del planteamiento general del estudio, del método y de las técnicas en las que nos basamos. En nuestro caso decidimos no utilizar un modelo formal único, sino seguir varias líneas de investigación que tomaron como eje central la búsqueda de las causas de la epidemiología diferencial por grupos socioeconómicos. En la medida en la que no abordamos el análisis de la estructura económica y sólo tocamos someramente el de la organización social, me pareció inadecuado plantear el trabajo desde la perspectiva de los especialistas en el análisis del proceso salud-enfermedad, como son los estudios hechos sobre la enfermedad en México de Cristina Laurell.<sup>19</sup> Con el objeto de no aplicar mecánicamente ese modelo, preferimos trabajar una línea central de estudio, alrededor de ciertas prioridades de investigación.

El primer capítulo tiene como objetivo analizar los aspectos demográficos referentes al tamaño de la población capitalina, a su composición por sexo, edad y grupo étnico y su distribución dentro del espacio urbano.

Conocer la composición por sexos y grupos de edad es

---

<sup>19</sup> Laurell, 1979.

necesario en el trabajo epidemiológico ya que algunas enfermedades se presentan con mayor incidencia en la infancia o en el período adulto, otras tienen determinantes biológicos relacionados con la inmunidad, como en el caso de algunas enfermedades de origen europeo desconocidas en América antes de la conquista, de ahí la importancia de mostrar la composición de la población de acuerdo a esas variables. Estos datos son importantes en la medida en la que posteriormente podemos describir la apropiación de los mejores espacios urbanos por el grupo con mejores condiciones económicas y sociales y la reclusión en los suburbios, o en ciertas partes de los mismos edificios del centro, en general los pisos bajos, de la gente de escasos recursos. En estos lugares la deficiente dotación de servicios sanitarios incidieron directamente en la proliferación de enfermedades como el tifo y contribuyeron a la dispersión del cólera en 1833, al no existir una adecuada limpieza de las redes de agua potable.

También damos cuenta de los datos sobre la población y los registros parroquiales -como fuente de análisis para la demografía histórica- y de la información que se puede obtener de estos datos para evaluar el crecimiento de la población y los factores que influyen en su cambio y composición, como son la natalidad, la nupcialidad, la mortalidad y sus determinantes exógenos, así como la migración. Esta última, influyó en el crecimiento de la población al mantener un flujo constante de personas a la capital en busca de trabajo, que iban a residir en su mayoría, en los arrabales de la periferia. Algunas de estas

personas, sobre todo durante las epidemias, llegaban enfermas e ingresaban en los hospitales, donde en no pocas ocasiones morían, lo que elevaba las cifras de mortalidad para la ciudad.

Las ideas acerca de la enfermedad, del enfermo y las medidas sanitarias son el tema del siguiente capítulo. Aquí es importante entender la manera en que entre 1813 y 1833 se articularon los discursos imperantes sobre la morbilidad. Para ello consideramos cuatro niveles: 1) el del gobierno y las instituciones médicas; 2) el de la Iglesia; 3) el de la colectividad y 4) el del sujeto donde se concreta la patología: el enfermo.

A través del análisis de las teorías sobre la enfermedad en Europa, en el siglo XVIII y XIX, es posible evaluar cual fue la influencia de estas ideas en México en la primera mitad de la centuria pasada y como éstas se tejían con la realidad de nuestro país, tomando en cuenta que la población de la ciudad de México en ese momento estaba integrada por lo menos de un 25% de indígenas, 50% de españoles y un 25% de castas, donde las costumbres y pautas culturales se mezclaban.

En el siguiente apartado desarrollé los aspectos teóricos y metodológicos que utilicé en el análisis del porcentaje de enfermos y de las personas que fallecieron. Considero que esta sección del trabajo representa un punto clave para entender a un nivel concreto como se producen las diferencias en el proceso de la salud y la enfermedad, determinadas por aspectos específicos, como son las pésimas condiciones higiénicas, la suciedad, la mala alimentación, las políticas de dotación de servicios urbanos, etcétera y éstos a su vez como producto de la forma en la cual

estaba organizada la sociedad.

El cuarto capítulo está dedicado a la ciudad, sus habitantes y las condiciones de salubridad en los 32 cuarteles en los cuales, estaba dividida para su control y gobierno. Para ello, se hace una descripción del espacio urbano de la ciudad de México, de la distribución de la población, de su tamaño, composición y de las ocupaciones de sus residentes, tratando de encontrar las condiciones que puedan explicar las causas de las diferencias en la morbimortalidad en 1813 y 1833, del impacto e intensidad diferencial de la enfermedades; de lo que se ha denominado la "desigualdad ante la muerte", señalada como uno de los reflejos de la desigualdad social, que se manifiesta a través de las distintas condiciones de vida, condiciones de trabajo, alimentación, vivienda, higiene, hábitos y cuidados.

El capítulo cinco desarrolla varios aspectos relacionados con la etiología del tifo, que son de utilidad para comprender la relación de esta enfermedad con la salubridad e higiene. Además, efectuamos someramente la crónica de la epidemia de 1813, que de acuerdo con los especialistas se trató del tifo exantémico, padecimiento endémico en nuestro país por lo menos desde el siglo XVI. Se incluyen los cálculos acerca del porcentaje de enfermos y muertos en 1813, como parte del análisis central de este trabajo.

El capítulo seis lo dedique al análisis del primer ataque de cólera en nuestro país, ocurrido en 1833, cuando la ciudad se encontraba envuelta en disturbios políticos, cambios sociales y reformas. En este caso me interesa resaltar como fue que las

medidas referentes a la urbanización y servicios, influyeron en cuanto a la salubridad y gravedad de las enfermedades; 1833 fue uno de los años de elevada mortalidad en la ciudad de México, pero las repercusiones de la epidemia de cólera tuvieron consecuencias diferentes en los diversos sectores capitalinos. Las personas afectadas no fueron las mismas, en contraste con lo que lo ocurrió en 1813. Al parecer, la gravedad de la epidemia en 1833, estuvo relacionada con las redes de distribución de agua para consumo alimenticio, que al contaminarse con el microbio que produce el cólera diseminaron la epidemia. Durante el ataque de esta enfermedad quedó de manifiesto la relación entre los aspectos políticos y la salud. La manera en la cual éstos repercutieron de manera negativa en la ayuda que se debió prestar a la población, se puede apreciar también en los ataques de otras epidemias. Los mecanismos administrativos municipales se ponen a prueba y no salen bien librados, sobre todo se notan cambios en cuanto a la organización para hacer frente a este tipo de contingencias con respecto a lo que sucedía en el período colonial.<sup>20</sup>

El análisis de la epidemia de tifo de 1813, y la del cólera en 1833, fue revelador para el estudio de la relación entre condiciones de vida y salud y los aspectos relativos a la organización socioeconómica y política, a los hábitos, costumbres, y a los factores ideológicos.

---

<sup>20</sup> ver el trabajo de Cooper, 1980, en cuanto a la organización de los servicios de salud en el siglo XVIII durante las epidemias.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I  
LOS PRIMEROS PASOS: LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE  
MÉXICO (1790-1811).

- 1.- Antecedentes de estudios sobre la población de la ciudad de México.
- 2.- Cifras totales de población en la ciudad de México.
  - 2.1.- Problemas metodológicos.
- 3.- Tendencias demográficas.
- 4.- Estructura de la población.
  - 4.1.- Composición por grupo étnico.
  - 4.2.- Composición por sexos.
  - 4.3.- Composición por edad.
  - 4.4.- Estado matrimonial.
- 5.- Variables demográficas.
  - 5.1.- La inmigración a la ciudad de México: el caso de 1811.
  - 5.2.- Ocupación, lugar de origen y residencia en la ciudad.
  - 5.3.- Demarcación eclesiástica.
  - 5.4.- Bautizos.
  - 5.5.- Matrimonios.
  - 5.6.- Defunciones en la ciudad de México (1800-1850).
  - 5.7.- Defunciones por parroquias.
  - 5.8.- Crisis de mortalidad : 1813, 1825, 1830, 1833, 1848-1850.

## CAPÍTULO I

LOS PRIMEROS PASOS: LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE  
MÉXICO (1790-1811).

El estudio sobre la población de la ciudad de México durante la primera mitad del siglo XIX requiere de un balance previo del tipo de información con la cual contamos. En realidad poco sabemos sobre la dinámica poblacional y sobre la estructura por edades y sexos de la población. ¿Había una elevada mortalidad y natalidad?, ¿cuál era el comportamiento de estos procesos?. Cómo influía la migración en la estructura por sexo y edad, y a su vez, qué repercusiones tenía ésta sobre la organización social y productiva, cuál fue el efecto de las epidemias sobre los habitantes de la ciudad. ¿Afectó a todos los sectores socioeconómicos por igual o hubo algunos grupos más severamente castigados que otros?. Estas son algunas de las múltiples interrogantes a las que nos enfrentamos en el trabajo epidemiológico, y lo importante es la elección de las fuentes y de la metodología adecuadas para tratar de contestarlas.

Los estudios sobre la salud de las poblaciones urbanas tienen como premisa el conocimiento de una serie de aspectos demográficos que les servirán de base para evaluar el impacto diferencial de las enfermedades en los grupos humanos, al contar con los datos acerca del número total de habitantes, la

---

<sup>1</sup> la epidemiología es el estudio de la distribución de las enfermedades y de las determinantes de su prevalencia en el hombre. MacMahon y Pugh, 1978: 1.

distribución por sexo y edad, la natalidad, la nupcialidad, la mortalidad y las migraciones.

El punto clave del trabajo epidemiológico está representado por el énfasis en tratar de encontrar la relación entre los procesos demográficos y los aspectos que llamaremos exógenos como la organización social, política y económica, las condiciones de vida y salud, los hábitos culturales, entre otra multitud de elementos que se afectan recíprocamente.

Este tema ha sido poco investigado; el estudio sobre la historia de la población se ha dejado un tanto de lado sobre todo por lo que respecta a un enfoque integral del problema,<sup>2</sup> a pesar del reconocimiento de los especialistas, sobre el papel que los factores exógenos tienen sobre los fenómenos demográficos. Los demógrafos abordan principalmente temas como la natalidad, la mortalidad y la fecundidad; los historiadores enfocan sus trabajos sobre las instituciones y la política de salubridad y es relativamente poco considerada la relación entre la salud pública y la salud de la población, lo cual sería muy fructífero.<sup>3</sup>

Existen pocos estudios históricos en México, sobre las

---

<sup>2</sup> En general se ha dado énfasis a la descripción del tamaño de la población indígena y al impacto de las epidemias sobre este grupo. Cook y Borah, 1978; 1980; Gerhard, 1962; Miranda, 1962; Lerner, 1968; López Sarrelange, 1963; Rosemblat, 1967. Cabe aclarar que en su mayoría estos trabajos se refieren a la población de la Nueva España o de algunas regiones y de manera lateral se incluye a la ciudad de México.

<sup>3</sup> Koppes, Clayton y Norris, 1985:259; Hansluwka, 1974: 241-242; Pérez Moreda, Op.Cit.:51-56; Guagliardo, 1982: 383-389; Chávez y Martínez, 1982: 65-67.

condiciones de vida y salud, sobre la alimentación y la introducción de productos distintos con bases proteínicas mayores y las repercusiones que pudieron tener en la población indígena, o la incorporación de los alimentos autóctonos a la dieta del grupo europeo <sup>4</sup> ; sobre la higiene y medio físico y social que relacionen las condiciones insalubres como causantes directas de ciertas enfermedades,<sup>5</sup> no obstante ser generalmente aceptado que el tener mejores condiciones de vida y de higiene, implica un menor riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas.

La participación del gobierno en lo concerniente a servicios y mejoras en la salubridad e higiene de la ciudad y de sus habitantes debe ser evaluada en los estudios de historia de la población de la ciudad de México, ya que ésta incide en las tasas de natalidad y de mortalidad.<sup>6</sup>

En cuanto al estudio de la salud de la población de la capital, por grupos étnicos y socioeconómicos, a principios del siglo XIX, éstos no existen. En general los trabajos demográficos

---

<sup>4</sup> Entre los estudios sobre la alimentación en la época colonial podemos mencionar el de Cross (1981:101-115). El trabajo versa sobre la dieta y nutrición en el medio rural de Zacatecas y San Luis Potosí. Los principales obstáculos para la realización de estas investigaciones, como menciona el autor, son la falta de fuentes históricas apropiadas y la ausencia de una metodología científica aplicable. El estudio sobre la alimentación en la ciudad de México de García (1988) y el de Super (1980), también sobre la producción y consumo de pan en Querétaro.

<sup>5</sup> Koppes, Clayton y Norris (Op.Cit.:260-261) muestran al respecto que hay una asociación directa entre las condiciones insalubres y ciertas enfermedades.

<sup>6</sup> Más adelante veremos los aspectos metodológicos que se utilizaron con el fin de tener una aproximación a la epidemiología diferencial con variables socioeconómicas.

han resaltado los aspectos de la organización social, pero desvinculados de los sanitarios.<sup>7</sup> Sobre todo debido a la carencia de las fuentes adecuadas, así como por que las investigaciones responden a otro tipo de intereses y enfoques.

En particular, por lo que respecta a la distinción de la población por clases sociales, como dice Ciro Cardoso:

En el caso de América Latina, las fuentes, aún en pleno siglo XIX, si por una parte ya evidencian la aparición de la noción de clase social, por otra la persistencia de un vocabulario 'estamental' heredado de la Colonia hace difícil para el historiador, como es natural, llevar a cabo análisis de clases. Pero rehusar emprender la tarea, es condenarse a dejar escapar los aspectos esenciales del objeto de estudio...<sup>8</sup>

Este tipo de evaluación es muy difícil de efectuar para poblaciones tan grandes y heterogéneas como la de la ciudad de México, y es necesario contar con fuentes adecuadas y con un equipo de investigación amplio.<sup>9</sup> Creemos necesario mencionar algunas de las diversas dificultades que se presentan en estos casos.

a) La deficiencia en las fuentes de datos: padrones y

---

<sup>7</sup> Chance (1978: 195-196) al comparar las clasificaciones empleadas en el censo de 1792 de Oaxaca, con los registros matrimoniales de 1793-1797, encuentra una gran ambigüedad e irregularidad en el sistema de castas, como un sistema terminológico y cognocitivo. "La mejor explicación de contradicciones como éstas, es que se categorizó a la gente (o se categorizaban ellos mismos) de maneras diferentes, agrandando o elevando su status racial cuando y donde podían".

<sup>8</sup> Cardoso, 1977: 15.

<sup>9</sup> En el caso del padrón de 1811, el estudio se está efectuando por el Seminario de Historia Urbana del INAH. Al parecer pronto será publicado.

registros parroquiales.<sup>10</sup>

b) El gran tamaño de las poblaciones. En el caso de México, de 168,846 para 1811 y 200,000 aproximadamente para mediados del siglo XIX.

c) Desde finales del siglo XVIII la extensión de la ciudad hizo necesaria su división para el gobierno y administración en 32 cuarteles, a partir de los cuales se levantaban padrones y cuyo estudio requiere equipos amplios de investigación.<sup>11</sup>

d) La organización eclesiástica de la población en catorce parroquias, cuya jurisdicción no coincidía con la civil, impide relacionar los eventos como defunciones o bautizos a totales de población (número de efectivos) para obtener tasas de natalidad y mortalidad para cada parroquia.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Véanse Robinson, 1980; Moreno Toscano, 1978.

<sup>11</sup> En este punto queremos llamar la atención a la complejidad de los estudios efectuados a partir de padrones. Moreno (1978:11-20) explica de una forma muy clara los problemas teóricos y metodológicos relacionados con ellos.

<sup>12</sup> Véanse planos 1 sobre la división por cuarteles; 2 sobre la demarcación eclesiástica; 4 sobre los antiguos barrios indígenas en 1811. Esto representó el principal problema metodológico para nuestro trabajo, pues por un lado teníamos las estadísticas de los entierros en base a las jurisdicciones parroquiales y por el otro las cifras totales de población (que representan la base para el cálculo de tasas y porcentajes de mortalidad y morbilidad) de acuerdo a los cuarteles. Ambas jurisdicciones son diferentes. Las parroquiales por lo general son mayores y comprenden en los suburbios a los pueblos aledaños.

PLANO 1  
CIUDAD DE MÉXICO - 1782  
PLANO DE D.MARTIN DE MAYORGA



1.- Antecedentes de estudios sobre la población de la ciudad de México.

Las investigaciones históricas acerca de la población de la ciudad de México del período colonial e independiente tomaron dos vertientes principales. Por un lado las referentes a la Colonia se han centrado en determinar el tamaño del grupo indígena y el impacto de la colonización sobre él. Por otro, los del siglo XIX han enfrentado los temas del mestizaje, la migración, la composición de la población por edades, sexo, etcétera.<sup>13</sup>

En la historiografía demográfica resaltan las investigaciones tuvieron como objetivo conocer cuánta y qué tipo de personas vivían en la ciudad. Sobre todo en la segunda mitad del siglo XVIII.

Durante el siglo XIX, las autoridades civiles levantaron padrones (1753, 1793, 1811, 1824, 1842, 1848)<sup>14</sup> que han servido de punto de partida para diferentes investigaciones de carácter demográfico, social y urbano. De hecho los estudios poblacionales de la ciudad en ese siglo, los debemos dividir en una primera instancia entre los efectuados por los contemporáneos y los

---

<sup>13</sup> En este sentido es interesante señalar la existencia de padrones desde 1753 con información referente a la edad, sexo, grupo étnico, ocupación y residencia, en particular, porque este tipo de fuentes dieron la oportunidad de efectuar estudios sobre mestizaje, ocupación en relación al grupo étnico y conocer la estructura de la población por edad y sexo, véase el estudio de Vázquez, 1975.

<sup>14</sup> Para mayor información sobre padrones véase Aguirre y Sánchez de Tagle (1984) donde mencionan las características generales de cada padrón. Presentan los siguientes datos: año del padrón, archivo donde fue localizado, número de cuarteles mayores, menores y manzanas, datos sobre procedencia, ocupación, edad, estado matrimonial.

PLANO - 2  
 CIUDAD DE MEXICO -  
 DEMARCACIÓN DE PARROQUIAS.



PARROQUIAS

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 - SAGRARIO            | 8 - SAN SEBASTIAN        |
| 2 - SAN MIGUEL          | 9 - STA. MARIA           |
| 3 - STA. CATARINA       | 10 - SAN PABLO           |
| 4 - STA. VERACRUZ       | 11 - STA. CRUZ ACATLAN   |
| 5 - SAN JOSE            | 12 - STO. TOMAS LA PALMA |
| 6 - STA. ANA            | 13 - SALTO DEL AGUA      |
| 7 - STA. CRUZ Y SOLEDAD |                          |

Fuente: Según José Romero García, guía de la cd. de México. México 1910  
 Tomado de: Celso Maldonado, 1978 y Baez-Macias 1969

actuales.

Para esos años, hubo un interés por conocer los recursos humanos y materiales con los que contaba el país con fines políticos y económicos, así resaltan los trabajos de Alejandro de Humboldt, Manuel Orozco y Berra, Antonio García Cubas y José Gómez de la Cortina.<sup>15</sup>

Los extranjeros buscaban este tipo de información para sus países con objetivos de inversión y de explotación de recursos y dejaron escritas cifras sobre la población. Los viajeros en sus relatos hablan de la cantidad de individuos de la ciudad y de sus características.<sup>16</sup> El primer dato tenemos que tomarlo con grandes precauciones pues no se obtuvo de forma directa, sino basándose en otros trabajos estadísticos de los que desconocemos su procedencia y calidad; el segundo tipo de información puede servirnos para conocer como veían los extranjeros a México y a sus habitantes, las costumbres y algunas descripciones del entorno físico. De los datos proporcionados por estos autores los más utilizados han sido los relativos al grupo étnico, a la edad y al sexo, como en el caso del trabajo de Humboldt; García Cubas y Gómez de la Cortina, sólo hacen referencia a los totales de población.<sup>17</sup>

En la actualidad, la investigación sobre la población de la ciudad de México durante la primera mitad del siglo XIX,

---

<sup>15</sup> Humboldt, 1984; Orozco y Berra, 1973; García Cubas, 1862; 1885; Gómez de la Cortina, 1861.

<sup>16</sup> Mayer, 1953; Poinsett, 1950; Ward, 1981.

<sup>17</sup> García Cubas, 1862; Gómez de la Cortina, 1861.

tuvieron como objetivo principal conocer las tendencias poblacionales, a partir de las cifras sobre el tamaño de la población, éste es el caso de los estudios de Boyer y Davies,<sup>18</sup> donde analizan las tendencias de varias ciudades latinoamericanas, incluida la de México. Se trata de una buena recopilación de datos con el análisis crítico de las fuentes, tanto de las cifras generales como de las cifras de los padrones, incluyen una gráfica con el cálculo de la tendencia de la población. Otro trabajo de evaluación de historia de la población es el efectuado por John Kicza.<sup>19</sup>

Sin duda el esfuerzo más interesante en cuanto a la investigación poblacional de la ciudad de México, es el realizado por el Seminario de Historia Urbana del INAH, que dirigió Alejandra Moreno Toscano. Los trabajos allí publicados presentan gran versatilidad de temas y enfoques. Resaltan las investigaciones realizadas a partir del padrón de la ciudad de 1811, entre ellas el estudio sobre los gremios artesanales y la apropiación del espacio urbano de González Angulo, la relativa a las razas y la familia de Gabriel Brun y la de la estructura urbana y la distribución de la propiedad de Dolores Morales, por mencionar tan solo algunas de ellas.<sup>20</sup>

Un intento por integrar información sobre el tamaño y la composición de la población de la ciudad a partir de 1753 hasta

---

<sup>18</sup> Boyer y Davies, 1973; Davies, 1972:481-524.

<sup>19</sup> Kicza, 1981.

<sup>20</sup> Moreno Toscano, 1978.

mediados del siglo XIX fue realizado por Alejandra Moreno Toscano dentro de los trabajos de Información demográfica en México. En él, analiza las tendencias de la población, la composición por categorías étnicas, la estructura por sexo y edad, fenómenos como la migración, entre otros temas relevantes. La autora recopila los resultados del estudio de Irene Vázquez sobre el padrón de 1753, los del censo de Revillagigedo, los del barón de Humboldt y otros estudios. Alejandra Moreno elaboró una pirámide de población para 1811, a partir de una serie integrada por 2498 personas divididas por sexo y edad, con el número de migrantes y de nacidos en la ciudad.<sup>21</sup> Los resultados son muy sugerentes en cuanto a migración, tipo de familia de acuerdo a las categorías étnicas, estructura por edades y sexos y abre nuevos caminos a explorar en el estudio de las sociedades urbanas, en particular los de una tan compleja como la capitalina.

Dentro de la misma dinámica de los estudios de historia urbana, Silvia Arrom inició la investigación sobre la mujer mexicana capitalina del siglo XIX.<sup>22</sup> Eligió para su trabajo dos sectores de la población de la ciudad, a partir del padrón de 1811 y del de 1848, así como fuentes del archivo notarial y de otros acervos. Los resultados son interesantes por lo que respecta a los aspectos sociales y culturales y brinda un

---

<sup>21</sup> Moreno Toscano, 1977: 399, 400 y 404. De acuerdo a la autora el padrón de 1811 estaba almacenado en la computadora y para el momento en el que ella escribe se había recuperado un 10% con el sistema SIU desarrollado por el Seminario de Historia Urbana del INAH.

<sup>22</sup> Arrom, 1985. Este libro fue traducido al español (1988).

panorama novedoso del papel de la mujer. En cuanto a algunas afirmaciones sobre el estado matrimonial y a la estructura por edades, parece arriesgado aplicar los resultados a toda la población de la ciudad, ya que las características de las personas que habitaban los diferentes cuarteles en algunos casos eran francamente contrastantes.

Una mención aparte merece el trabajo publicado por Celia Maldonado<sup>23</sup> sobre el registro de matrimonios, bautizos y entierros ocurridos en las catorce parroquias de la ciudad durante el siglo XIX, que me sirvieron de base para conocer la tendencia de la población y las estadísticas vitales, en particular en los períodos de crisis de mortalidad asociados con las epidemias. Cualquiera que esté familiarizado con el trabajo de registros parroquiales encontrará en la labor de Celia Maldonado la paciencia y tesón que implica emprender dicha empresa.

Por último, es prudente mencionar las investigaciones sobre la población de la República Mexicana como son los trabajos de: Margarita Urias y Carlos San Juan que ofrecen una revisión crítica de las fuentes para el estudio de población en el siglo XIX en relación al desarrollo económico y el de Viviane Brachet que trata sobre la dinámica poblacional de la República, pero que por ser muy generales, sólo presentan datos globales sin especificar ciudades, lo cual impide su utilización en este estudio, no obstante que la metodología para la investigación

---

<sup>23</sup> Maldonado, 1976.

demográfica es de gran valor.<sup>24</sup>

En los últimos años se ha iniciado un estudio de demografía histórica sobre el matrimonio en la ciudad de México, a partir de los registros parroquiales de Santa Catarina, una de las parroquias de la capital. La mortalidad infantil, tomando en consideración documentos acerca de la casa de niños expósitos, también es un tema que se ha tocado en una de las reuniones nacionales de demografía.<sup>25</sup>

## 2.- Cifras totales de población en la ciudad de México.

Las fuentes para conocer el tamaño de la población de la ciudad de México, en la primera mitad del siglo pasado se dividen en dos tipos: a) los censos y padrones, el de 1793 del Virrey Revillagigedo y el de 1838 de la Junta Menor del Instituto Nacional de Geografía y Estadística de la República Mexicana, el padrón de 1811 del Juzgado de Policía, el de 1813, el de 1824, el de 1842 y el de 1848, levantados por el Ayuntamiento y b) los registros parroquiales.

Como ya mencionamos, los datos sobre el número de habitantes de la ciudad de México fueron obtenidos y a veces estimados con

---

<sup>24</sup> Urías y San Juan, 1982:129-145; Brachet, 1976.

<sup>25</sup> Javier Pescador presentó un trabajo en la reunión de demografía celebrada en El Colegio de México, en abril de 1990. En esa reunión también se presentó una ponencia sobre la mortalidad infantil, que pronto será publicada. Por otra parte, existen algunos trabajos que sin referirse directamente a la ciudad de México, aportan comparaciones y metodología valiosa para este tipo de estudios como son los efectuados por Robert McCaa, 1984:477-501.

distintos fines y procedimientos. En su mayoría fueron resultado directo de las enumeraciones elaboradas por la autoridades civiles, pero también a partir de ellas gente de la época - estudiosos, viajeros, extranjeros residentes o de paso- utilizó esta información para hacer sus propios cálculos y estimaciones del monto de la población, los que presentan múltiples imprecisiones que saltan a la vista desde el grueso redondeo de las cifras publicadas.

La administración de la ciudad necesitaba información sobre el número de sus habitantes, básicamente para la recaudación de tributos y la formación de cuerpos armados. La conformación del congreso representativo, en el México independiente, requería de conteos decenales de la población.<sup>26</sup> Los extranjeros estaban interesados en hacer evaluaciones de los recursos humanos y materiales del país con fines económicos y los había también quienes hacían estudios de población.

Esta variedad de objetivos y métodos explican en parte algunos de los problema metodológicos a los que nos enfrentamos al hacer uso de estas fuentes. Uno de los principales sería el subregistro diferencial de la población, ya fuese por un ocultamiento deliberado o por falta de interés del empadronador. Algunos autores intentaron subsanar estas diferencias haciendo ciertas estimaciones sin bases firmes, de lo que surge la multiplicidad de cifras del monto de la población de la ciudad

---

<sup>26</sup> Tena Ramírez, 1985: 155-156.

de México que se conocen.<sup>27</sup>

## 2.1.- Problemas metodológicos.

El primer paso que dimos para seleccionar los datos más confiables fue comparar las cifras reportadas para el mismo año o en diferentes fechas, e identificar cual era la fuente original del dato, de tal manera que excluimos las cifras que se repetían. En otros casos hacemos mención cuando la cifra fue producto de estimaciones en base a un padrón previo. Así decidimos utilizar los datos de los padrones: 1793, 1811, 1824 y 1838. Sin embargo, es necesario evaluar la información que presentan y los posibles errores que contienen debido a diversas causas:

a) Falta de instrumentos y procedimientos confiables de captación y procesamiento de datos de la población, tanto por la carencia de recursos económicos y humanos entrenados para esa función, como por las dificultades políticas del gobierno en esos años.<sup>28</sup> Orozco y Berra menciona que hacer un censo era muy caro, pues se necesitaba mucha gente para empadronar.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Ver, Gómez de la Cortina, Op.Cit.:11; Navarro y Noriega, 1943. Kicza (1981: 592) menciona que a partir de la Independencia cada Constitución de México clamaba por un censo nacional decenal, ya que el conteo de población era vital para la organización del congreso representativo, pero que la inestabilidad política impidió que los censos se realizaran en todos los Estados.

<sup>28</sup> Urías y San Juan, Op.Cit.: 129-145.

<sup>29</sup> Orozco y Berra, 1973: 72.

b) La extensión de la ciudad y el deficiente estado de la urbanización, sobre todo en los suburbios, lugares muchas veces lejanos e inaccesibles por estar en llanos y potreros con dispersión de casas, permite suponer que las partes peor registradas fueron precisamente las que estaban más distantes del centro, donde vivían las personas de menores recursos.

c) El ocultamiento de información por temor al uso que se hiciera de ésta, sobre todo por parte de los varones que trataban de eludir, ya fuera el pago de las contribuciones o el alistamiento en el ejército.

d) El subregistro de menores, de ancianos y de enfermos, por considerárseles inútiles para ese objeto, pues se trataba de enlistar gente para el ejército o para imponerles contribuciones económicas.<sup>30</sup>

e) La inmigración que estaba ocurriendo en la ciudad (1811) a causa de los conflictos bélicos en el centro del país y que provocaba la movilización de las personas hacia la capital.<sup>31</sup>

Sin embargo, a pesar de las deficiencias que pudieran tener estos padrones, la riqueza de información que proporcionan y la potencialidad para elaborar, a partir de ellos, un sinnúmero de investigaciones es enorme. Por lo tanto creo que de todas las cifras de población reportadas para la última década del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX, las de los padrones

---

<sup>30</sup> Navarro y Noriega, Op.Cit.: 68; Orozco y Berra, Op.Cit.: 72 y 73.

<sup>31</sup> Lo mismo apreció Kicza (1981:603), en los cinco años de la guerra de Reforma, como ejemplo de población magnificada por la migración de gente que huía de la guerra.

parecen ser las más útiles.

A continuación presentamos algunas de las principales características de los padrones levantados en la ciudad de México, con un énfasis mayor en el de 1811, por ser el que me sirvió con mayor amplitud en el análisis del porcentaje de enfermos y muertos por tifo y cólera, durante las epidemias de 1813 y de 1833, y por la cantidad de información que proporciona.

El padrón de Revillagigedo levantado en 1790, fue publicado en 1793, se le llamó "Censo de 1793".<sup>32</sup> Registró un total de 112,926 habitantes.<sup>33</sup> Sobre los datos del padrón, de acuerdo con Orozco y Berra el Ayuntamiento calculó en 1792, un déficit en el conteo por ocultamiento, pues la gente temía ser enlistada o que se le exigieran más contribuciones económicas, y llegó a la cifra de 130,602 personas.<sup>34</sup> Por su parte el barón de Humboldt también hizo cálculos tomando como base el padrón de Revillagigedo y llegó a un total de 137,000, pues también consideró que había un subregistro de población en el padrón de 1793.<sup>35</sup> En 1805 las "Noticias de Nueva España, publicadas por el Tribunal del

---

<sup>32</sup> Castro Aranda, 1977: 7. Según Kicza (1981: 592) este censo es la primer estimación confiable de la población de la Nueva España. Aunque no se contaron las provincias de Guadalajara, Veracruz y Coahuila.

<sup>33</sup> Orozco y Berra, 1973: 72. Recientemente se localizaron 19 de los volúmenes del padrón de la ciudad de México.

<sup>34</sup> Op.Cit.: 73.

<sup>35</sup> Humboldt, Op.Cit.: 129. De acuerdo con Kicza (1981: 592-594) en el censo de Humboldt, éste supuso tasas de crecimiento que no correspondían al momento; lo incrementó en un 10% para la población que supuso que faltaba y añadió un 20% para el crecimiento poblacional de la década, pero lo aplicó para todas las provincias sin distinción de las diferencias regionales.

Consulado", basándose nuevamente en el padrón de 1793, calcularon la población en 128,218 gentes: 112,926 según el censo de 1793 y 10% por los "escapados del padrón".<sup>36</sup> Francisco Navarro y Noriega, en 1810, usando el censo de Revillagigedo, pero valiéndose de registros parroquiales y de tributarios de 1807, critica las cifras de Humboldt. En este trabajo Navarro y Noriega hace observaciones interesantes respecto al subregistro:

muchos de ellos [ niños, ancianos y mujeres] no eran comprendidos en los padrones cuando su sexo o edad los hacía inútiles al objeto del alistamiento.<sup>37</sup>

Gómez de la Cortina revisó los datos publicados hasta ese momento y llegó a la conclusión de que la población real había sido aumentada inadecuadamente.<sup>38</sup>

La información del censo de Revillagigedo presenta además datos sobre las intendencias de Guanajuato, Valladolid, Puebla y Oaxaca, además de diversas estadísticas socioeconómicas, y contiene datos sobre la estructura por sexo y edad de la población y de cada uno de los grupos étnicos.

Como podemos apreciar, existen muchas cifras sobre la población para los años de 1790 a 1810, sin embargo todas tuvieron como origen el padrón de Revillagigedo, al cual se le hicieron diversos ajustes.

Recientemente (mayo de 1990) se localizaron los volúmenes del padrón de Revillagigedo, correspondientes a 19 cuarteles

---

<sup>36</sup> Orozco y Berra, 1973: 74. Para mayor información ver el trabajo de Lerner, 1968.

<sup>37</sup> Navarro y Noriega, 1943.

<sup>38</sup> Gómez de la Cortina, 1838: 11, citado en Kicza, 1981: 595.

menores de la ciudad de México, lo que abrirá una nueva posibilidad de investigación demográfica y de historia social para esos años.

En 1811 el Juzgado de Policía levantó un padrón de los habitantes de los 32 cuarteles menores, llegando a una cifra total de 168,846.<sup>39</sup> En este padrón quedaron incluidos 16,779 indios sujetos a las parcialidades de Santiago y San Juan y "las muchas familias emigradas de los pueblos que ocuparon los rebeldes".<sup>40</sup> De acuerdo con Orozco y Berra:

---

<sup>39</sup> Esta cifra ha sido publicada en los trabajos que hacen referencia a la población de la ciudad de México en ese año. Orozco y Berra, 1973:72; Boyer y Davies, 1973; Morales, 1986; Moreno Toscano, 1977. Los volúmenes correspondientes al padrón de 1811 existentes en el AGN, Padrones, Vols. 53 al 78, se refieren a los siguientes cuarteles:

volumen	cuartel menor	volumen	cuartel menor
53	1	66	21
54	5	67	22
55	9	68	22
56	10	69	26
57	11	70	28
58	13	71	29
59	copia del 13	72	31
60	14	73	4 manz.1
61	15	74	4 manz.4 y 5
62	16	75	4 manz.6 al 8
63	23	76	4 manz.11 al 13
64	18	77	2
65	20	78	30

Faltan los volúmenes correspondientes a los cuarteles 3,6,7,8, 12,17,19,24,25,27 y 32. Desconozco si se han localizado los volúmenes faltantes en algún otro archivo. Humboldt, (1984: 130) publicó datos de un padrón al que atribuye la fecha de 1816, pero cuyo total de población es idéntico al de 1811, por lo que creo que hay un error de edición, o en la fecha que Humboldt le atribuye y que el padrón realmente pertenece a 1811.

<sup>40</sup> Navarro y Noriega, Op.Cit.: 67.

En 1811 el juzgado de policía formó el censo, encontrando 168,846 individuos, más no era ésa la población cierta, porque estaban incluidas la multitud de familias que se habían refugiado de las provincias en la capital por temor de los insurgentes, lo cual la hacían aumentar de una manera momentánea; así fue que, cuando en 1813 el Ayuntamiento constitucional hizo el alistamiento por orden del gobierno, sólo se hallaron 123,907 personas. El demérito se atribuyó a la epidemia de fiebres que entonces se padecía, de que murieron 23,385 individuos; pero aun suponiendo ya faltar este número se echan todavía de menos 24,554 almas para llegar al censo de 1811; no eran todos los provinciales vueltos a sus casas porque aún ardía la guerra; de fuera vinieron muchos a morir a los hospitales a expensas de la caridad, lo que rebaja la pérdida de la población fija de México, y como el objeto del padrón era oneroso, debemos concluir que hubo una gran ocultación.<sup>41</sup>

Los mismos documentos de la época reiteran esta afirmación, por ejemplo la nota del editor (1822) al pie del cuadro del padrón de "1816" publicado por Humboldt, (1984: 130), es sugerente en este aspecto:

[...] este aumento no es de población estante y permanente, sino eventual, a causa de la gran seguridad que ofrecía aquella capital a los habitantes de todo el reino que emigraban huyendo de la guerra civil [...]. Pero en 1814, a causa de la pacificación de la mayor parte de las provincias, el aumento eventual de la población de la capital volvió a refluir a sus lugares de las respectivas provincias [...]

La llegada de familias de provincia en esos años, como parte del fenómeno migratorio, ha sido analizada por García Griego y por Moreno y Aguirre.<sup>42</sup>

El padrón de 1811 contiene información de calle, casa,

---

<sup>41</sup> Orozco y Berra, 1973;72-74. La información dada por este autor es muy importante en nuestra investigación, pues explicará en su momento las altas tasas de morbilidad (mayores del 100%), sobre todo en los suburbios del oriente y en los cuarteles donde se localizan las garitas de entrada a la ciudad.

<sup>42</sup> García y Griego, 1978: 109-141; Moreno y Aguirre, 1974: 1-26; Moreno Toscano, 1977: 400.

número, nombre del que la habita, calidad- español, indio, casta, lugar de origen, lugar de procedencia, edad, estado civil, si es "patriota", oficio y ocupación.<sup>43</sup> El registro se efectuó por cuarteles, manzanas y calles. Las viviendas se diferenciaban en alta y baja, vecindad, casa, accesoria, cuarto, covacha, jacal, convento, hospital, etcétera.

El padrón se levantó de acuerdo a un machote, pero la forma de presentar los totales siguió diferentes estilos dependiendo de los encargados del empadronamiento de cada cuartel.

La información contenida en el padrón de 1811, junto con los datos de Humboldt<sup>44</sup>, sirvieron como base para conocer el total de la población (número de efectivos) de los cuarteles. A partir de esos datos pude obtener las tasas de enfermos y muertos de las personas atendidas en los 32 cuarteles de la ciudad en la epidemia de 1813.

En 1813 el Ayuntamiento hizo el alistamiento y registró 123,907 personas. Sin embargo, según Navarro y Bustamante, dado que el objetivo de las autoridades era hacer el alistamiento para que tomaran:

las armas todos los varones que resultasen útiles. El mismo Ayuntamiento ocultó la población creyendo hacer con esto un beneficio al pueblo, los encargados de la formación del padrón y los mismos vecinos ocultaron otra parte, y si a esto se agrega el empeño con que se procuró abultar la mortandad producida por la peste que reinó aquel año en la capital, deberá suponerse con fundamento que la población de ésta era en 1814 poco más o menos la misma que en

---

<sup>43</sup> AGN, Padrones, Vols. 53 al 78.

<sup>44</sup> Humboldt, Op.Cit.:130.

1811.<sup>45</sup>

Gortari y Hernández localizaron un padrón de 1824.<sup>46</sup> Documento por demás interesante, pues ninguna de las investigaciones sobre la población de la ciudad de México hacen referencia a este padrón. Los datos publicados consisten en un resumen en el que se incluyen datos sobre la población de los 32 cuarteles de la ciudad, tanto por sexo y edad, como por estado civil. Además del número de eclesiásticos seculares y religiosos (as). La población total asciende a 114,084; 48,012 hombres y 66,072 mujeres.<sup>47</sup>

Navarro y Noriega<sup>48</sup> calculó para 1820 un total de población de 179,830, cifra muy alta si consideramos confiable el padrón de 1824, pues en cuatro años no pudo disminuir tanto el número de habitantes, de acuerdo a los registros de bautizos y defunciones.

Es así que creo en varias posibilidades al respecto, las cuales pueden haber actuado en conjunto: la primera, que nuevamente hubo un enorme ocultamiento en 1824, con un elevado subregistro, y la segunda, como afirman las fuentes, era el regreso a su lugar de residencia de las familias e individuos que

---

<sup>45</sup> Navarro y Bustamante, 1851: 50.

<sup>46</sup> AHCM, T.I ,s.p., en Gortari y Hernández, 1988, III: 268-269.

<sup>47</sup> Algunas de las sumas de los totales tienen varios errores, por lo que hicimos las correcciones con el fin de utilizar este padrón para analizar la morbilidad en los cuarteles en 1833.

<sup>48</sup> Navarro y Noriega ,1943.

migraron durante la guerra.<sup>49</sup>

Las condiciones políticas y bélicas de esos años hacen que tengamos que adoptar una actitud reservada ante las cifras de los padrones. Aun así, representan el único medio para efectuar aproximaciones demográficas.

En 1838 las autoridades, por medio de la Junta Menor del Instituto Nacional de Geografía y Estadística de la República Mexicana, fundada en 1833, levantaron un censo nacional, del que estuvo a cargo José Gómez de la Cortina.<sup>50</sup> Para la ciudad de México se obtuvo un total de población de 205,430 habitantes.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> El total de población del padrón de 1824 no se utilizó para hacer el cálculo de la tendencia poblacional, pues consideró un alto subregistro.

<sup>50</sup> Kicza, 1981: 595.

<sup>51</sup> En los estudios demográficos citados anteriormente se menciona esta cifra como una de las más confiables. Sin embargo, no he podido localizar la información pormenorizada similar a la de los del padrones de 1811, (AGN, Padrones. vols. 53 al 78) 1842, 1848 (AHCM, Padrones, vols. 3406 al 3409).

### 3.- Tendencias demográficas.

Para la obtención de la tendencia de la población del periodo utilizamos los siguientes datos<sup>52</sup>: el censo de Revillagigedo que reportó 112,926 habitantes para el año de 1790-1791 (publicado en 1793).<sup>53</sup> En 1811 el padrón arroja un total de 168,846 habitantes, aunque cabe la aclaración de que se trataba de población de facto.<sup>54</sup> Para 1820, Navarro y Noriega, basándose en el censo de Revillagigedo, e incorporando información proveniente de las parroquias y de las listas de tributarios, realizó estimaciones de la población que lo llevan a un total de 179,830 habitantes.<sup>55</sup>

Para 1838 el total de la población de la ciudad de México ascendía a 205,430 personas.<sup>56</sup> De acuerdo a Orozco y Berra, esta cifra, presentada por la Sociedad de Geografía y Estadística, es la más confiable del periodo por el esmero con el que fue obtenida.

A partir de los datos del censo de Revillagigedo, del padrón de 1811, de la estimación de Navarro y Noriega para 1820, y del

---

<sup>52</sup> En nuestro trabajo utilizamos únicamente los datos provenientes de las fuentes originales: censos y padrones y dejamos de lado las referencias de los viajeros.

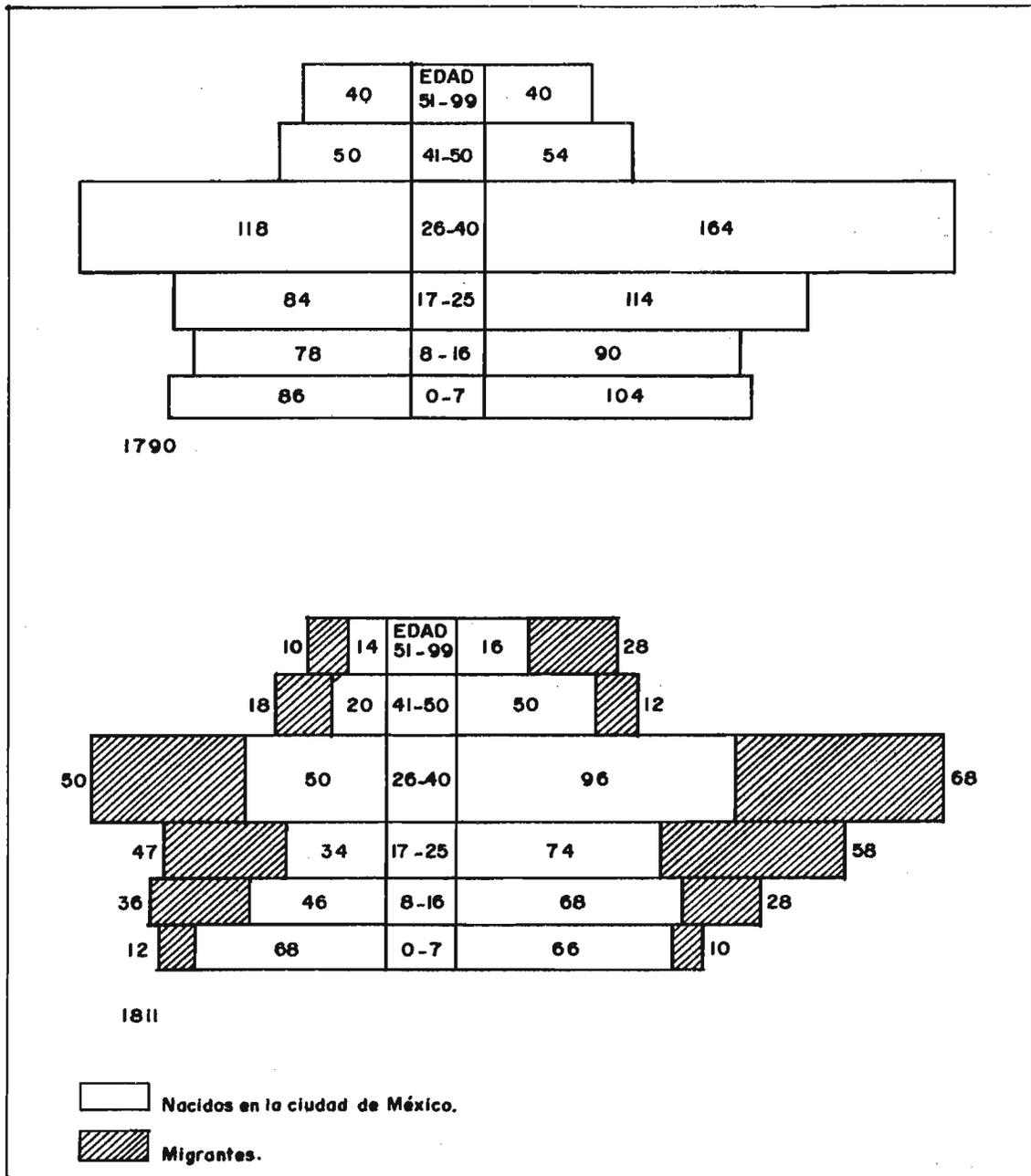
<sup>53</sup> Orozco y Berra, 1973: 71-75.

<sup>54</sup> La población de facto -o de hecho- se refiere a la población presente en un momento dado, sin importar su lugar de residencia, mientras que la de jure -o de derecho- incluye únicamente a los residentes habituales.

<sup>55</sup> Navarro y Noriega, Op.Cit.: 281-291.

<sup>56</sup> Navarro y Bustamante, Op.Cit.: 48-50; Orozco y Berra, OpCit.

GRÁFICA - I  
**CIUDAD DE MÉXICO: 1790 - 1811**  
 COMPARACIÓN DE GRUPOS IRREGULARES DE EDAD



Fuente: Moreno Toscano, 1978: 405

censo de 1838, que consideramos las mejores fuentes, y con los eventos anuales obtenidos de los registros parroquiales, se calcularon las tasas brutas de natalidad, mortalidad, nupcialidad y crecimiento natural.<sup>57</sup> Suponiendo un crecimiento exponencial entre los años considerados, se calculó la población para cada año, la cual fue utilizada como denominador para obtener las tasas brutas.<sup>58</sup>

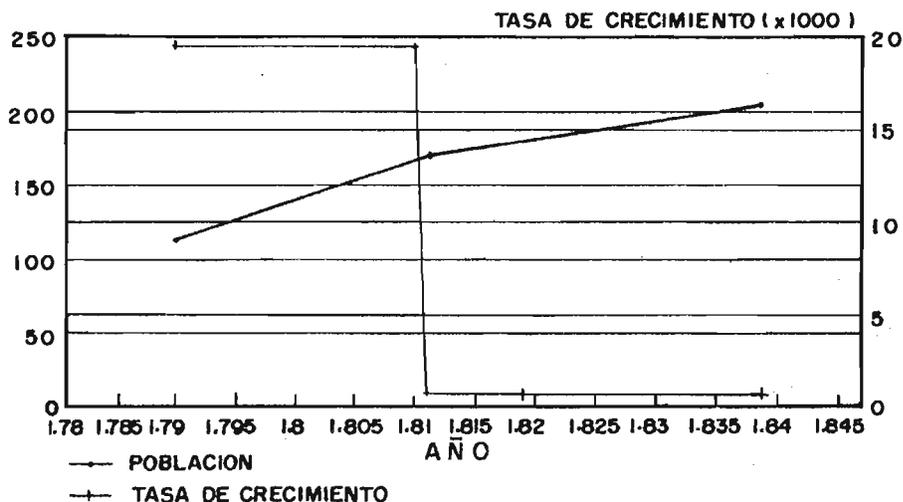
La curva general de crecimiento de la población puede ser dividida para su interpretación en varias secciones. El crecimiento de la población entre 1790 y 1811, utilizando las fuentes citadas se dio a una tasa de 1.93% anual. El ritmo de crecimiento fue de 0.70 en el lapso comprendido de 1811 a 1820. En el periodo siguiente de 1821 a 1838 casi no hubo cambio, la tasa fue de 0.74%. Para darnos una idea de lo que significan estos valores, se calcularon los tiempos de duplicación de la población para cada tasa; en el primer periodo se necesitaban 36.19 años para tener el doble de la población, mientras que en el segundo y en el tercero el lapso es de alrededor de 99 años,

---

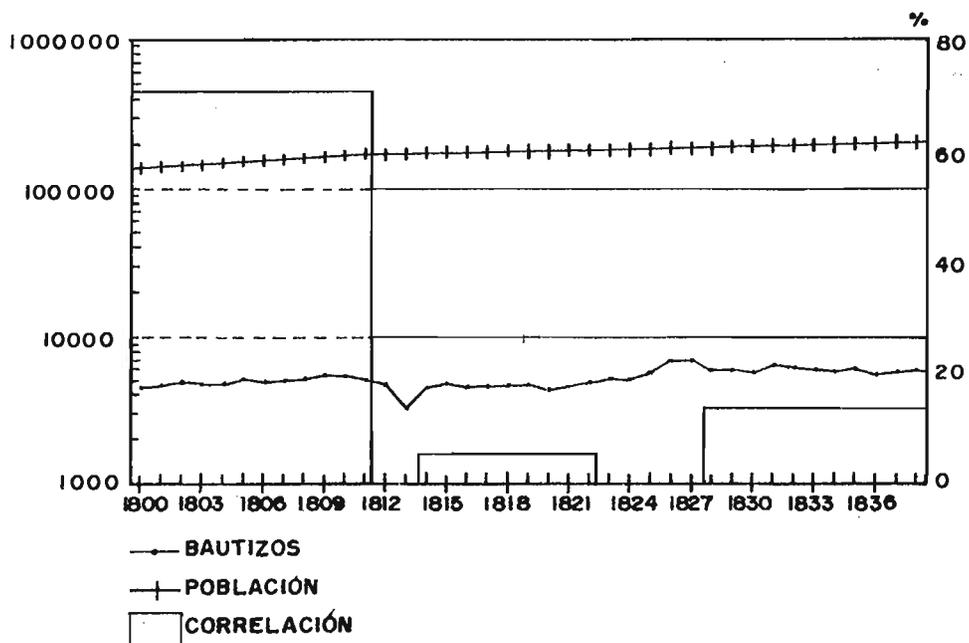
<sup>57</sup> Las tasas brutas refieren eventos a la población total, generalmente se expresan en unidades por mil. Así, una tasa bruta de natalidad de 25 por mil nos dice que en el año considerado ocurrieron 25 nacimientos por cada mil habitantes. La tasa bruta de crecimiento natural es la diferencia aritmética entre la natalidad y la mortalidad, se distingue de la tasa de crecimiento social porque no incluye la migración. Ver gráficas 2 a 6.

<sup>58</sup> Véase gráfica 6. El crecimiento exponencial es el que generalmente se encuentra en las poblaciones, ya sea humanas o de otras especies. Su fórmula es:  $pt+n = pt \cdot (1+r)^n$   
donde  $pt$  = población en el momento  $t$   
 $pt+n$  = población en el momento  $t+n$   
 $r$  = tasa de crecimiento para el periodo  $t-t+n$   
 $n$  = número de años transcurridos entre  $pt$  y  $5pt+n$

**GRÁFICA - 2**  
**CIUDAD DE MÉXICO: 1790 - 1838**  
 TOTALES DE POBLACIÓN Y TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO



**GRÁFICA - 3**  
**CIUDAD DE MÉXICO: 1800 - 1838**  
 BAUTIZOS Y POBLACIÓN TOTAL



lo que nos habla de volúmenes de población estacionarios.<sup>59</sup>

En la realidad no se trataba de una población estacionaria, donde el número de nacimientos y muertes se encontraba en equilibrio y no existía migración, lo que no ocurrió, pues el proceso de inmigración a la ciudad era un fenómeno constante desde años atrás, como veremos más adelante. Lo que seguramente sucedió es que hubo una selección en las personas empadronadas, de acuerdo a los fines del padrón y tenemos un alto subregistro. De ahí la importancia de conocer la finalidad de cada padrón, para poder descubrir sus puntos deficientes.

Revisando las cifras sobre la tendencia demográfica de la ciudad de México, y las de las parroquias del centro del país, vemos que éstas oscilan en torno al 2% para el siglo XVII. En la zona de Tula fluctúan entre 1.17 a 1.55% en los dos primeros tercios del siglo XVIII y baja a - 1.13% para los años de 1781 a 1810. En Acatzingo es de 1.98 en el lapso de 1650 a 1705 y baja fuertemente durante el siglo XVIII (0.33 entre 1706-1762; -0.77 entre 1763-1788; y -0.68 entre 1789-1810). Para Zacatelco los valores son igualmente bajos durante todo el siglo XVIII. En Cholula, para ese mismo siglo los valores apenas alcanzan el 0.83.<sup>60</sup> las cifras varían de un sitio a otro lo que nos obliga a plantear el estudio concreto de cada lugar independientemente.

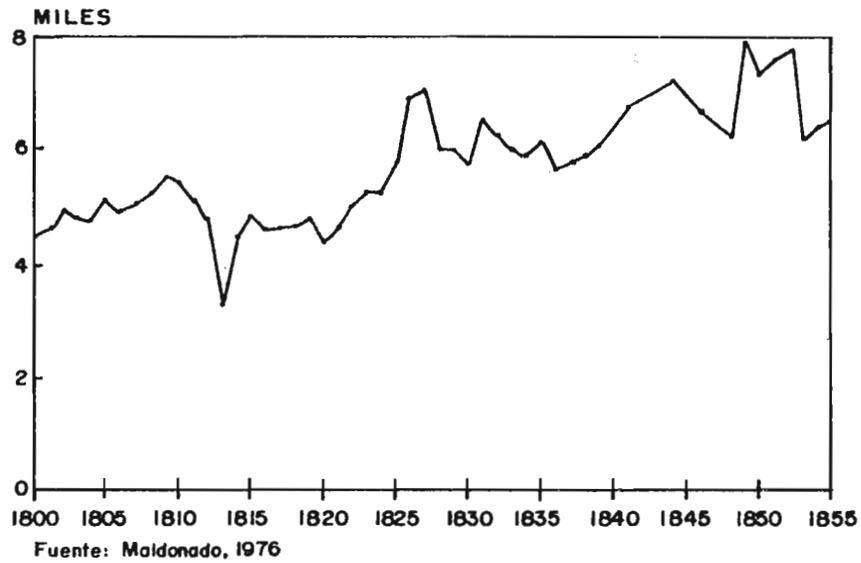
Las tasas de crecimiento de la población de la ciudad de México fueron utilizada para calcular el monto de la población

---

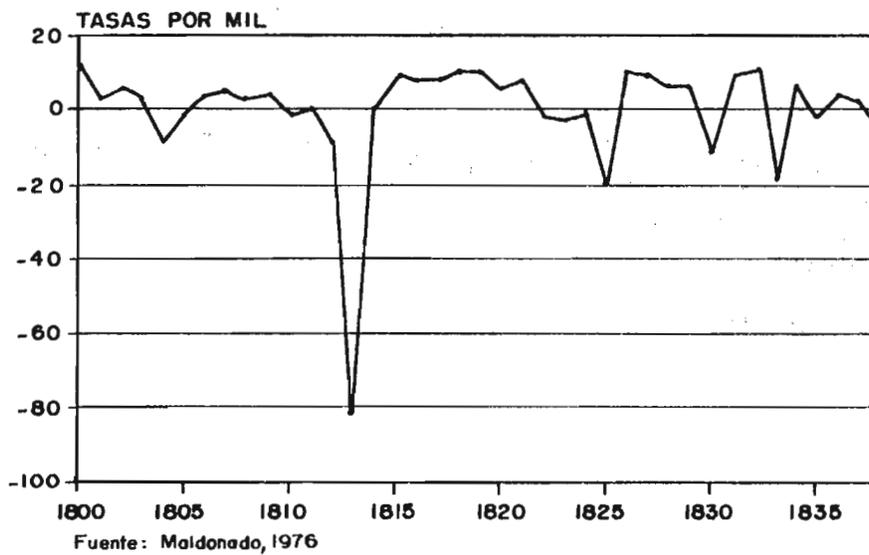
<sup>59</sup> Véanse cuadro 1 y gráficas 2 y 5.

<sup>60</sup> Los datos sobre el crecimiento demográfico en las diferentes áreas fue tomado de Rabell, 1984: 114-118.

GRÁFICA -4  
 CIUDAD DE MÉXICO: 1800 - 1855  
 BAUTIZOS



GRAFICA - 5  
 CIUDAD DE MÉXICO: 1800 - 1838  
 CRECIMIENTO NATURAL  
 BAUTIZOS - DEFUNCIONES



de 1813, a partir del padrón de 1811, con el fin de estimar el porcentaje de enfermos durante la epidemia de "fiebres misteriosas" de 1813, del total de población de cada cuartel. Para estimar la tasa de enfermos de la epidemia de cólera de 1833, utilicé el padrón de 1824, que proporciona información del número de hombres y mujeres que habitaban en cada cuartel, al que le calculé la tasa de crecimiento correspondiente al periodo 1820 a 1838.

Cuadro 1

TOTALES DE POBLACIÓN Y TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO  
CIUDAD DE MÉXICO, 1790-1838

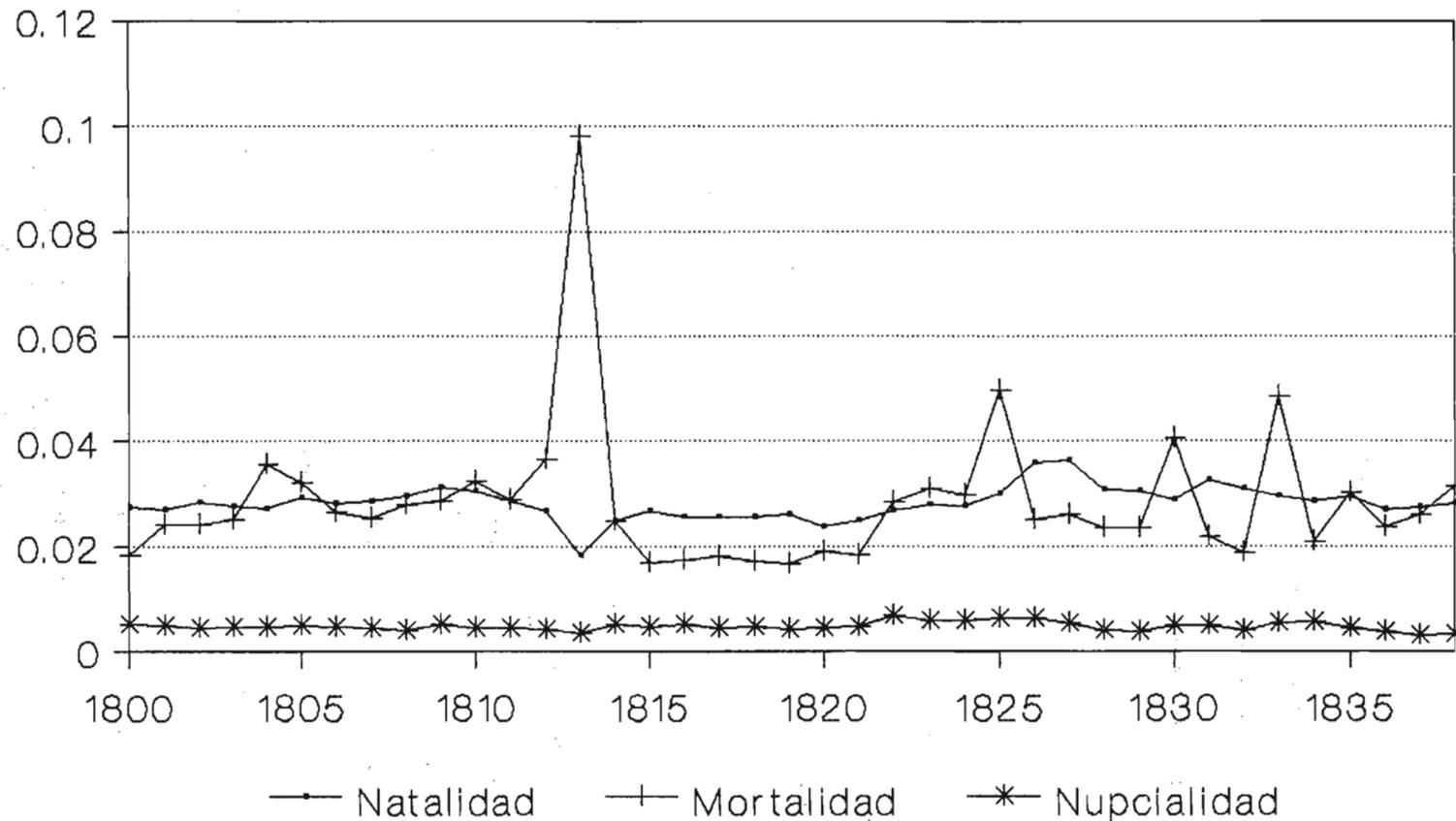
Año	Población	Tasa de crecimiento
1790	112,926	1790-1811 .019339
1811	168,846	1811-1820 .007027
1820	179,830	1820-1838 .007420
1838	205,430	

Las tasas de crecimiento se aplican a los periodos, y tienen una dimensión anual. Se calcularon suponiendo un crecimiento exponencial entre las fechas para las cuales se tienen los datos más confiables.

Fuente: Capítulo I, inciso 2.

Gráfica 6

Ciudad de México: 1800-1838  
Tasas brutas de Natalidad,  
Mortalidad y Nupcialidad



#### 4.- Estructura de la población de la ciudad de México.

Las investigaciones acerca de la estructura de la población en periodos históricos han sido generalmente relegadas, sobre todo por lo que se refiere a las grandes ciudades, tal vez porque el trabajo de recopilación, análisis e interpretación del tipo de datos concernientes a esta clase de estudio requieren del esfuerzo de equipos de investigación amplios, difíciles de integrar.

Para construir una pirámide de población ya sea por sexo, edad, grupo étnico, es necesario contar con listados completos de los habitantes de un lugar (padrones o censos). Como vimos arriba, para el período 1753-1838 tenemos varios padrones que han sido objeto de diversas investigaciones, a partir de las cuales se ha intentado conocer la estructura de la población de la ciudad de México.<sup>61</sup> Los estudios más minuciosos al respecto son el de Irene Vázquez<sup>62</sup> efectuado a partir del censo de 1753 y el de Alejandra Moreno, que integra los resultados de los padrones de 1753, 1790, y 1811. Gracias a estos trabajos se cuenta con información sobre la estructura de la población con respecto a la edad, al sexo y a la composición étnica, en

---

<sup>61</sup> Vázquez, 1975; Brun, 1978; Arrom, 1985; Moreno Toscano, 1977. Pressat (1977: 33-52) indica la importancia del conocimiento de la estructura por sexo y edad, ya que muestra la historia demográfica de varias generaciones. Además de ser uno de los elementos con mayor número de implicaciones socioeconómicas.

<sup>62</sup> Cabe señalar en este punto que el padrón de 1753 sólo corresponde a la parte central de la ciudad, faltando varios cuarteles de la periferia.

particular para 1753 y 1811.<sup>63</sup>

#### 4.1.- Composición por grupo étnico.

En 1793, según el censo de Revillagigedo había un predominio de población española, un 24.43% de indios y el resto eran mestizos y mulatos.

Cuadro 2

#### PORCENTAJES DE POBLACIÓN POR GRUPO ÉTNICO EN 1790.

	total	españoles	indios	mulatos	castas	otros
hombres	100.0	48.08	24.43	6.77	18.47	2.22
mujeres	43.41	20.36	10.72	2.82	7.47	2.02
	56.58	27.71	13.71	3.94	11.0	0.20

En estos porcentajes están excluidas 8166 personas del "estado eclesiástico". Los datos de Castro Aranda, a partir del cual nosotros obtuvimos los porcentajes, dan un total de población 104,760 al que se deben aumentar las 8166 personas del "estado eclesiástico", lo que da la cifra de 112,926, que es la reportada como total de población para el censo de 1790. Orozco y Berra, 1973: 73.

Fuente: Castro Aranda, 1977: 50.

Con base en los datos de Revillagigedo, Humboldt presentó cifras absolutas por grupo étnico, de las que nosotros calculamos los porcentajes respectivos:

<sup>63</sup> Vázquez, Op.Cit.; Moreno Toscano, Op.Cit. Los datos de 1753 y 1790 los incluimos como un punto de partida para el análisis detallado de la población en 1811. El censo de 1790-1793 presenta cifras generales de la población de la ciudad por sexo, edad y grupo étnico.

## Cuadro 3

## POBLACIÓN POR GRUPO ÉTNICO

Grupos étnicos	Porcentajes
blancos europeos 2,500	1.82
blancos criollos 65,000	47.44
indios 33,000	24.08
mestizos 26,500	19.34
mulatos 10,000	7.29
total 137,000	99.89

Fuente: Humboldt, 1984: 129.



A partir del padrón de 1811 tenemos un análisis más detallado acerca de la composición de la población por grupo étnico y su distribución en cada uno de los cuarteles. Resalta el predominio de la población española en la parte central de la ciudad, en particular en los cuarteles 1, 5, 9, 11, 13, 14 y 29. La población indígena se concentraba en los cuarteles 20, con un 73.88% de indígenas y los 22 y 28 con porcentajes alrededor del 50%. Las castas no rebasaban el 20% en los distintos cuarteles, a excepción del 30.

No existía una clasificación rígida en cuanto a los grupos étnicos. Brading afirma que los individuos en el México colonial eran muy sensibles a la designación racial que se les daba.

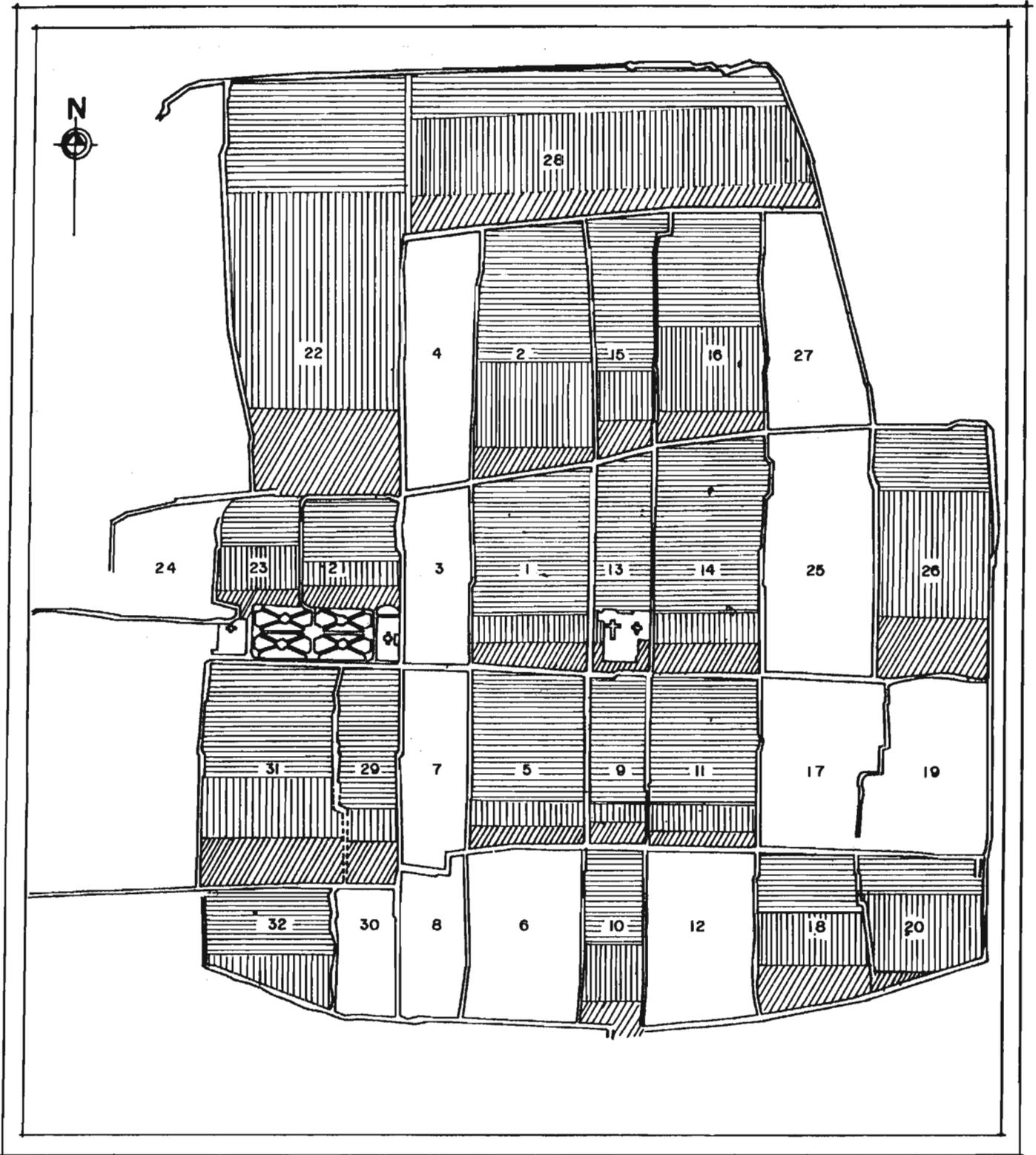
Los indios y los mulatos sufrían el estigma de una inferioridad social y, más que eso, tenían que pagar un precio por esa carga, en la forma de un impuesto de capitación especial. Es claro, pues, que los miembros de estos grupos [...] se esforzaban por introducirse en las filas de los mestizos y los españoles, cuando se presentaba la oportunidad.<sup>64</sup>

En la ciudad de México debió ser fácil engañar al empadronador, en cuanto al grupo racial al que se pertenecía, dado el tamaño de la capital, que impedía conocer los antecedentes familiares. Es probable que se basaran en el fenotipo para los grupos indio, negro y español, pero la distinción en cuanto a características físicas de las castas o de los mestizos como también se les llamaba, era cuestión muy

---

<sup>64</sup> Brading, op.Cit.: 461. Chance (1978: 196) menciona que para Oaxaca, "la distribución de edades en la categoría de los mulatos en el resumen del censo de 1793, sugiere que había mulatos que pasaban por criollos".

PLANO - 3  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1811  
 COMPOSICIÓN ÉTNICA.



**GRUPOS ÉTNICOS**  
 ESPAÑOLES  
 INDIOS  
 CASTAS

Fuente: AGN. Radiones, vols. 53 - 78.

difícil.<sup>65</sup>

Para los años siguientes no se cuenta con información por grupo étnico, ya que formalmente desaparecen estas categorías.

Cuadro 4

CIUDAD DE MÉXICO, 1811  
PORCENTAJES DE GRUPOS ÉTNICOS POR CUARTELES MENORES

Cuartel	Espanoles	Castas	Indios
1	66.22	16.97	16.80
2	47.80	19.18	34.34
5	71.44	13.78	14.78
9	69.68	16.74	12.75
10	49.44	17.85	32.70
11	67.0	13.99	19.01
13	73.67	11.63	14.70
14	67.20	16.37	15.86
15	57.53	19.61	27.85
16	43.83	19.16	33.94
18	42.23	20.28	37.65
20	17.01	7.97	73.88
21	56.51	19.85	23.62
22	30.68	16.23	53.09
23	49.35	20.79	29.85
26	32.52	20.54	32.52
28	34.37	17.90	47.72
29	66.64	16.48	16.86
30	46.56	17.90	35.53
31	51.14	32.0	16.85

Los cuarteles faltantes no se localizaron en el archivo. El del cuartel cuatro está incompleto.

El padrón del cuartel menor 22 tiene una nota al final que aclara lo siguiente:

<sup>65</sup> Brading (1972:478) analizando a la población de Guanajuato en 1792 concluye lo siguiente: "... entre el 85% de la población de Guanajuato que no ingresó a los sectores de los oficios calificados, el comercio o la administración, las categorías étnicas fueron apenas algo más que etiquetas arbitrarias, inercias sin sentido del pasado, perpetuadas sólo por el registro parroquial y las obligaciones fiscales".

Calidad , naturaleza, estado, oficio, y procedencia [datos ilegibles] se han apuntado por la confesión de los interesados , única [ilegible] de esta obra difícil, pero guía muy falsa en cuanto á la esencia de la calidad , por que [dos palabras ilegibles] engaña a los que se dicen hombres de razón y hace mentir a la multitud ignorante. México y Diciembre veinte de mil ochocientos once.

Firma. Joseph Vicente de Olloqui.

AGN,Padrones, vol. 68, f.122.

Fuente: AGN, Padrones, vols. 53 al 78, 1811.

#### 4.2.- Composición por sexos.

Una de las características de la población urbana de la ciudad de México, por lo menos desde mediados del siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XIX, fue el mayor porcentaje registrado de mujeres (véanse cuadros 2, 5 y 6), que concuerda con lo sucedido en otras ciudades mexicanas.<sup>66</sup>

El índice de masculinidad indica la relación entre hombres y mujeres.<sup>67</sup> Para los datos de 1811 el índice se mantuvo entre un 81.71 a un 89.50 en los cuarteles 9, 10, 16, 20, 22, 26, 28 y 31 y entre un 65.61 a un 75.72 para los cuarteles 1, 2, 5, 11,

---

<sup>66</sup> Moreno Toscano, 1977; Arrom, Op.Cit.; Borah y Cook (1975: 122) analizan a la población de Antequera para 1771 y encuentran un número claramente mayor de mujeres en los grupos de 10 a 34 años de edad. Estos autores plantean la inmigración del campo a la ciudad de jóvenes mayores de edad, sobre todo mujeres, dado que la principal oportunidad de trabajo era el servicio doméstico. Kula ( 1977: 321 y 327) plantea que a nivel general existe una cierta superioridad en el número de mujeres, pero que es necesario tomar en cuenta los porcentajes respecto a la edad. Además que entre más grande sea la ciudad el aumento de población es más bien el resultado de la inmigración.

<sup>67</sup> El índice de masculinidad o relación de hombres por cada 100 mujeres se obtiene dividiendo el número de hombres por el de mujeres y multiplicando el resultado por 100. Henry, 1983: 21.

13, 14, 15, 21, 23 y 30, como se ve en el cuadro 6. El cuartel 18 presenta un índice mayor de varones (115.43). Las cifras cambian un poco, sobre todo en la relación entre los hombres y las mujeres para los cuarteles 11, 18, y 20. Para los cuarteles sin datos directos del padrón de 1811, utilizando los publicados por Humboldt, el índice es mayor para hombres en los cuarteles 8, 11, 20 y 27.<sup>68</sup>



---

<sup>68</sup> A pesar de que la fuente es limitada no queremos renunciar a la posibilidad de acercarnos al problema de conocer la composición por sexos de la población aun cuando nuestros datos presenten imprecisiones.

Cuadro 5

## POBLACIÓN POR SEXO EN LOS CUARTELES MENORES EN 1811 Y 1816.

	1811		total	"1816"		total
	hombres	mujeres		hombres	mujeres	
1	4559	6146	10705	4612	6145	10757
2	3210	4299	7509*	2806	3948	7696
3	-	-	-	1543	2530	4073
4	-	-	-	1672	1951	3623
5	4150	5480	9630	4159	5471	9630
6	-	-	-	3030	4054	7084
7	-	-	-	2025	3114	5139
8	-	-	-	1162	1026	2188
9	1715	1916	3631	1820	2034	3854
10	1738	2127	3865	1740	2185	3925
11	3253	4958	8211	4608	4248	8856
12	-	-	-	1761	2147	3908
13	1723	2489	4212	1819	2627	4446
14	4457	6129	10586	4492	6526	11018
15	1446	1950	3396	1345	1945	3290
16	1425	1731	3256	1438	1923	3361
17	-	-	-	2795	3394	6189
18	810	935	1745	954	1060	2014
19	-	-	-	3414	3626	7040
20	845	1012	2772**	1488	1452	2940
21	1218	1829	3047	1202	1801	3003
22	1661	1918	3579	1634	1931	3565
23	1453	2010	3463	1327	2011	3338
24	-	-	-	814	1493	2307
25	-	-	-	2271	2634	4905
26	2086	2510	4596	2409	2914	5323
27	-	-	-	380	355	735
28	1353	1530	2883	1362	1527	2889
29	1442	1931	3373	1469	1931	3400
30	1201	1681	2882	1201	1681	2882
31	2993	3475	6468	2904	3519	6423
32	-	-	-	1423	2116	3539
Parcialidades						
Santiago	-	-	-	1640	1742	3382
San Juan	-	-	-	6290	6507	12797
				-----	-----	-----
				75009	93838	168847

\* En el resumen del padrón del cuartel menor 2 la suma vertical de los totales esta equivocada para las manzanas 1a, 4a, 5a y 6a.

La suma que aparece en el padrón es de 7583, mientras que la suma horizontal da un total de 7509 individuos, cifra que es la correcta.

\*\* a los totales de hombres y mujeres del cuartel 20 se deben aumentar 915 párvulos.

Fuente: Los datos del 1811 fueron obtenidos de los volúmenes 53 al 78 de ramo de padrones, del AGN.

Los datos que aparecen como procedentes de 1816 fueron publicados en el Ensayo Político de Humboldt. Dos de las cifras, las de los cuarteles 5 y 30 y el total de población (168 847) llamaron mi atención, pues son casi idénticas (168 846 según el de 1811) a las del padrón de 1811, por lo que supongo que hubo un error en la edición, o en la fecha, que llevó a suponer que se trataba de un padrón distinto. Sin embargo, no se desecha la posibilidad de que en efecto, se hubiera levantado un padrón en 1816 cuyas cifras por cuarteles nos indicarían el poco cambio ocurrido en el lapso de los cinco años, pero que me parece improbable que resultara en un cifra total casi idéntica a la de 1811. De tal manera que para algunas de nuestras estimaciones, como por ejemplo el índice de masculinidad, utilizamos los datos reportados en el trabajo de Humboldt para aquellos cuarteles de los cuales carecemos de información, con la salvedad de que las cifras no son estrictamente confiables.



## Cuadro 6

CIUDAD DE MÉXICO: ÍNDICE DE MASCULINIDAD POR CUARTELES  
 MENORES DE ACUERDO A LOS DATOS DE 1811 Y 1816

Cuarteles	1811	1816
1	74.17	75.05
2	74.66	71.07
3	-	60.98
4	-	85.69
5	75.72	76.01
6	-	74.74
7	-	65.02
8	-	113.25
9	89.50	78.99
10	81.71	79.63
11	65.61	108.47
12	-	82.02
13	69.22	69.24
14	72.71	68.83
15	74.15	69.15
16	82.32	74.77
17	-	82.35
18	115.43	90.0
19	-	92.87
20	83.49	102.47
21	66.59	66.74
22	86.60	84.61
23	72.28	65.98
24	-	54.52
25	-	86.21
26	83.10	82.38
27	-	107.04
28	88.43	89.19
29	74.67	76.07
30	71.44	71.44
31	86.12	82.52
32	-	67.24
Santiago		94.14
San Juan		96.66

Valor medio para los 32 cuarteles y las parcialidades 76.63.

Para 1811 no se localizaron algunos de los volúmenes, por lo que carecemos de la información correspondiente.  
 Para los datos de 1816 ver pie de cuadro 5.

Fuente: Cuadro 5.

Al analizar la inmigración a la ciudad de México se encontraron algunas de las causas de esta desproporción entre hombres y mujeres. De acuerdo al sector de la población del padrón de 1811, analizada por Moreno y Aguirre<sup>69</sup> la mayor parte de los que migraban era gente adulta, con un predominio de mujeres. La alta inmigración femenina a la capital, de mujeres entre los 15 y 29 años, se relacionaba con el servicio doméstico o bien eran empleadas como nodrizas. Este fenómeno era antiguo pues ya Villarroel, en el siglo XVIII, menciona entre las calamidades de la ciudad de México la gran cantidad de:

indias, mulatas, coyotas, lobas, otras tantas son la familias que se inutilizan para el público y el erario, llevados de este pretexto se salen los parientes de sus pueblos y se vienen a esta capital donde se quedan a vivir a la sombra de la hija de la hermana o prima que cría al niño del señor don fulano, robando aquella todo lo que puede para mantener a los animados parientes....<sup>70</sup>

La enorme inmigración de mujeres jóvenes que venían a emplearse como trabajadoras domésticas procede de mucho tiempo atrás y se continúa hasta el siglo XIX y aún después.<sup>71</sup>

La estructura por sexo y edad de los nacidos y migrantes en la ciudad en 1811, muestra claramente la alta proporción de

---

<sup>69</sup> Moreno Toscano y Aguirre, Op.Cit.: 1-26

<sup>70</sup> Villarroel, 1982: 249. Por otra parte Kula (1977: 321) lo menciona como un fenómeno general que se produce en las grandes ciudades.

<sup>71</sup> Bataillon y Rivière (1979: 53-54) muestran para la segunda mitad del presente siglo como estas trabajadoras atraen a la ciudad a sus parientes temporal o definitivamente para trabajar o estudiar, buscándoles colocación gracias a su red de conocidos.

mujeres entre los 17 y 40 años, asociada al proceso migratorio.<sup>72</sup> Seguramente otros factores intervinieron en la conformación de esta estructura, en particular deben haber influido las terribles epidemias de finales del siglo XVIII: viruela en 1779-1780; hambre y viruela en 1784-1787; nuevamente viruela en 1797-1798.<sup>73</sup> Los estragos de estas enfermedades se reflejan en los grupos de edades correspondientes a 1811 para los nacidos en la ciudad, o sea los comprendidos entre los 17 y 25 años de edad. Además se nota un déficit en el grupo masculino que se encuentra muy disminuido. Otro de los factores que condicionan la forma de la estructura por sexo y edad está íntimamente relacionado con problemas en el levantamiento del padrón.<sup>74</sup>

Al estudiar a la mujer mexicana, Silvia Arrom encontró una más alta proporción de mujeres que de hombres. Ella explica esta desigualdad entre los sexos, tanto por el ocultamiento de varones en los padrones, como por la mayor inmigración de mujeres, así como por la salida de hombres para emplearse como arrieros o en las minas.<sup>75</sup>

Por nuestra parte al revisar el padrón de 1811 y los datos publicados por Humboldt para "1816", obtuvimos el índice de masculinidad para cada uno de los cuarteles, como se vé en el

---

<sup>72</sup> Moreno Toscano, 1977.

<sup>73</sup> Cooper, 1980.

<sup>74</sup> Véase cifras totales de población de la ciudad de México.

<sup>75</sup> Arrom, Op.Cit.: 105-110.

cuadro 6. Para 1811 el índice fluctuó entre 71.44 y 89.50, lo que indica claramente el predominio femenino. En los datos de "1816" encontramos una proporción mayor de hombres en los cuarteles 8, 20 y 27, localizados en los suburbios del oriente y sur, y en el cuartel 11 que albergaba los conventos de Jesús María y San José de Gracia.<sup>76</sup>

Para años posteriores contamos con el dato sobre el número de hombres y mujeres a partir del padrón de 1824, en el cual tenemos un total de 114,084 habitantes: 48,012 hombres (42.08%) y 66,072 mujeres (57.91%). También en esta fecha se aprecia el predominio femenino en la población.<sup>77</sup>

En 1833, de acuerdo a los cálculos hechos por Pilar Velasco, la población ascendía a 129,248 habitantes, de los cuales 63,523 eran hombres (49.1%) y 65,725 mujeres (50.9).<sup>78</sup> En este caso el predominio femenino no era muy acentuado. Sin embargo, creemos que no se trata de la distribución real por sexos, sino que los resultados se deben al tipo de estimación que se hizo de la población, pues no se contaba con un padrón correspondiente a ese año. La carencia del padrón que incluya información de los 32 cuarteles, para 1833, restringe el análisis, de tal manera que la información para ese año es aproximativa.

---

<sup>76</sup> Báez Macías, 1969.

<sup>77</sup> Fuente: padrón publicado por Gortari y Hernández, Op.Cit.: T.III:268-269.

<sup>78</sup> Velasco, 1984: 119.

#### 4.3.- Composición por edad.

La composición por edad es uno de los datos con mayor dificultad de análisis, tanto por lo deficiente de la información censal o del padrón, como por el subregistro infantil tan común en esa época.

El censo de 1790 presenta diferencias considerables en las edades, dependiendo del grupo étnico. Los españoles y los indígenas con un 15.94% entre los 0 y 6 años de edad, los mulatos y los mestizos con un porcentaje de 30.67% y 22.76% respectivamente. Para el grupo que va de los 7 a los 15 años, los porcentajes entre los españoles y los indígenas son similares, sobre todo en las mujeres, lo mismo que los otros dos grupos (mulatos y mestizos). De los 16 años en adelante los valores se incrementan en todos los grupos étnicos a excepción de los mulatos. En general los valores más altos se encuentran entre los 25 y 39 años tanto para hombres como para mujeres. Después de los 40 años las cifras disminuyen considerablemente.

Para 1753 y 1811 contamos con el estudio de Alejandra Moreno sobre la estructura de la población por sexo y edad.

Cuadro 7

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN.  
CIUDAD DE MÉXICO: 1753-1811

	Población 15-65 años		Población adulta	Población 0-15 años
	porcentaje			
	Hombres	Mujeres	Total	Total
1753	26.9	39.5	66.5	33.5
1790	21.9	38	66	34
1811	26.7	42.3	69.1	30.9

Utilizó las cifras relativas pues son datos que muestran las diferencias reales.

Tomado de Moreno Toscano, 1977: 400.

Cuadro 8

POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO (1811)

Edades	Hombres	Mujeres	Total	Porcentajes
0-9	49.46%	50.53%	26970	20.04
10-14	47.98%	52.02%	14590	10.84
15-49	38.16%	61.84%	77470	57.56
50 y +	-	-	15630	11.61
totales			134570	

Calculamos los porcentajes de acuerdo a las cifras reportadas por Moreno Toscano, 1981: 309.

Resalta el mayor porcentaje de población adulta mayor de 15 años que concuerda con la pirámide de población con una base angosta. Los datos del censo de 1790 dan una cifra de 58.22% para los individuos comprendidos en el grupo de edad de 16 a 49 años, cifra muy parecida a la de 1811 (57.56%).<sup>79</sup> La pirámide de

<sup>79</sup> De la información de 1790 resalta lo importante que es el análisis por edad y sexo para cada grupo étnico, ya que muestran valores diferentes. Los datos sobre 1790 por sexo, edad

población de 1811 muestra variaciones que deben asociarse al ocultamiento de hombres, al subregistro de niños y ancianos, a la migración y a otros problemas de las fuentes, sobre todo en el levantamiento del padrón.

La estructura por edades y sexos no era igual en todos los grupos étnicos. Como un ejemplo de la distribución por edades en un sitio con porcentaje alto de población indígena tenemos los datos de 1811, del cuartel menor 20. En este cuartel el 42% de la población era adulta mayor de 25 años, y el grupo de 0 a 1 años se elevaba alrededor del 33 %.

## Cuadro 9

PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD DEL  
CUARTEL 20. CIUDAD DE MÉXICO:1811

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
0 - 11	35.28	30.95
12 - 24	22.43	26.63
25 y más	42.28	42.41

Fuente: AGN, padrones, vol.65, f.106, 1811.

La estructura por sexo y edades en los cuarteles con un predominio de españoles o de castas debió ser un tanto distinto.

En otros lugares de la época Borah y Cook encuentran, en el censo de 1777, la siguiente relación :

y grupo étnico fueron obtenidos del cuadro de Castro Aranda, 1977:50, en el cual excluyó al "estado eclesiástico: 8166 personas). A partir de ellos calculamos los porcentajes.

## Cuadro 10

## POBLACIÓN DE 0 a 15 AÑOS

---

Obispado de Oaxaca	44.9%
Obispado de Puebla	45.3%
Obispado de Durango	45.3%
Antequera	38.6%
Ciudad de México	33.9%

---

Fuente: Borah y Cook, 1975.

Los porcentajes más altos de población en los centros urbanos se encuentran en el grupo de 15 a 35 años de edad, como se ve en el censo de 1790, con un predominio de mujeres, que también concuerda con los datos obtenidos por nosotros en el padrón de 1811.<sup>80</sup>

La forma de la pirámide de 1811 se explica por la gran inmigración a la ciudad que venía ocurriendo desde finales del siglo XVIII y por la enorme mortandad provocada por las continuas epidemias que aquejaron a su población.

En 1824 vamos a encontrar los siguientes porcentajes de población por grupos de edad:

---

<sup>80</sup> Véase el índice de masculinidad por cuarteles. cuadro 6, las cifras más altas de 100 indican la mayoría masculina.

## Cuadro 11

## PORCENTAJES DE POBLACIÓN POR EDADES EN 1824

Años	Total	Porcentaje
1 a 7	21399	18.75
7 a 14	14041	12.30
14 a 25	27249	23.88
25 a 50	41515	36.38
50 a 100	9189	8.05
sin edad	691	0.60

El cálculo de población por grupos de edad lo efectué a partir de los totales de población por edades del padrón de 1824. Nótese que los grupos de edad no son homogéneos. Los dos primeros abarcan lapsos de siete años, mientras que el siguiente comprende 11 o 12 años dependiendo si partimos de los 14 años o de los quince. En el siguiente grupo el lapso es mayor, y así el último.

Fuente: AHCM, t.I, s.p., en Gortari y Hernández, 1988, T.III:268-269.

En 1824 vamos a encontrar que los porcentajes mayores de población se localizan en los grupos de 14 a 25 años (23.88%) y en el de 25 a 50 años de edad (36.38%), lo que indica el predominio de adultos, similar a los que encontramos en la composición por edades en 1811.

La importancia de conocer la estructura por edades y género se debe a que en cada enfermedad los grupos de riesgo pueden estar relacionados con estas variables, además con las condiciones de vida, de salud, con las características genéticas, etcétera.<sup>81</sup> Por ejemplo, en términos generales, la viruela atacaba más a la población indígena, que no contaba con elementos

<sup>81</sup> La distribución de las enfermedades y de sus determinantes en el hombre se estudian a través de la epidemiología. MacMahon y Pugh, *Op.Cit.*. Timio (1980), por ejemplo, estudió la relación entre clases sociales y enfermedad y encuentra asociaciones significativas.

inmunológicos contra esta enfermedad y es un padecimiento que se presenta sobre todo en la infancia. Por el contrario, enfermedades como el tifo, el cólera y la tifoidea asociadas a condiciones insalubres comunmente tienen una mayor incidencia en grupos de escasos recursos cuyas condiciones higiénicas son malas. Al respecto Mario Timio menciona:

El cólera, tal como otras enfermedades infecciosas mucho más difundidas en Italia ( fiebre tifoidea, hepatitis viral, enteritis simil-colérica, brucelosis, tuberculosis, etcétera), es una afección de la indigencia, que golpea a personas en lamentables condiciones higiénicas, que viven bajo el signo de la suciedad, de las inmundicias, de los desechos, en casas privadas de agua potable y de servicios higiénicos.<sup>82</sup>

En cuanto a la edad, desde el punto de vista epidemiológico, el tifo muestra preferencia por los adultos.<sup>83</sup> Por otra parte, es una enfermedad infecciosa que se encontraba latente y se presentaba de manera cíclica.<sup>84</sup> Es por eso que es necesario conocer la estructura por sexo y edad y la relación entre estas variables y las enfermedades, para poder hacer una interpretación

---

<sup>82</sup> Timio, Op.Cit.: 94.

<sup>83</sup> Ver el estudio de Suarez (1945a, : 133-148) sobre la epidemiología del tifo exantémico, y los datos sobre distribución e incidencia del tifo en Colombia de Montoya (1945: 125-132). Los datos de los cuarteles, sobre los enfermos y los muertos en la epidemia de 1813, cuya causa fue el tifo, no tienen la información sobre las edades. Las actas de defunción de algunas parroquias proporcionan información de la edad, aunque muchas veces no en años, sino en categorías como párvulos, adultos, y doncellas. Sin embargo, no tenemos el padrón de la parroquia para poder relacionar la estructura por edad con el número de enfermos y fallecidos en ellas.

<sup>84</sup> Se mencionan posibles epidemias de tifo desde el siglo XVI y quizá desde antes. Fernández del Castillo, 1982: 127-135, en Florescano y Malvido, 1982.

epidemiológica, ya que ésta refleja la historia demográfica de varias generaciones.<sup>85</sup>



#### 4.4.- Estado matrimonial.

El estudio del estado matrimonial de la población de la ciudad de México presenta algunas dificultades causadas por la deficiencia en la información de los padrones, así como en los registros parroquiales.

El primer ensayo sobre este tema fue hecho por Irene Vázquez para la población de 1753. Esta investigadora encuentra que de

---

<sup>85</sup> Véase el estudio de Malvido, (1972) sobre los factores de despoblación en Cholula y el trabajo de Kula, 1977: 315-335.

la gente adulta de los cuarteles estudiados, el 48.6% se registró como casado, un 39.6% como soltero y el 11.7% como viudo.<sup>86</sup>

Para 1790 la proporción de casados era de 52.7%, la de solteros de 28.2% y la de viudos de 19%. Si comparamos a los distintos grupos étnicos resalta la diferencia de estado matrimonial entre el español peninsular y el criollo, mientras el primero tendía a mantenerse soltero, el criollo, tanto hombres como mujeres, preferían el matrimonio. Los indígenas presentaron valores más altos para solteros y alrededor de un 20% de casados.<sup>87</sup> La población negra se declaró en su mayor parte soltera, en particular las mujeres. Las diferencias en el estado matrimonial entre los distintos grupos étnicos es explicable en base a patrones socioculturales y económicos específicos de cada grupo y de la estructura por edad.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Vázquez, 1975.

<sup>87</sup> Moreno Toscano (1977: 406-410) presenta varios cuadros con los porcentajes del estado matrimonial de acuerdo a los grupos étnicos de la población de la ciudad de México para estas fechas.

<sup>88</sup> Véanse los estudios de Carmagnani (1972: 419- 459); Brading (Op.Cit.:460-480); Chance (Op.Cit.). Respecto a la capital de México, la investigación sobre el matrimonio a partir de los datos de la parroquia de Santa Catarina, que se están efectuando en el Centro de Estudios demográficos de El Colegio de México, dirigida por Javier Pescador, pronto se contará con resultados esclarecedores sobre este tema.

## Cuadro 12

CIUDAD DE MÉXICO, 1753, 1790, 1811.

## PORCENTAJES DEL ESTADO MATRIMONIAL DE LA POBLACIÓN.

	1753	1790	1811
solteros	39.6	28.2	33.4
casados	48.6	52.7	47.7
viudos	11.7	19.	18.7

Fuentes: Vázquez, 1975; Revillagigedo, 1790, Padrón de 1811. Cuadro tomado de Moreno Toscano, 1977: 406, 408,410.

Con respecto a los tipos de unidades familiares, Gabriel Brun en su estudio del padrón de 1811 propone varias modalidades.<sup>89</sup> Los españoles peninsulares que casi no formaban familias de tipo nuclear, sino que vivían solos compartiendo su casa con parientes y empleados (los sirvientes eran generalmente indios y negros) que venían de paso para ocupar un puesto en el gobierno, para ayudar como dependientes o para hacer fortuna.

Los españoles criollos que presentaban una tendencia a la familia nuclear (padre, madre e hijos), aunque en algunos casos también albergaban en su casa a otros parientes.

Los indios, cuya unidad familiar se organizó en forma extensa, incluyendo en la casa paterna a los hijos mayores casados, con su mujer e hijos.

Los mestizos cuya unidad familiar más numerosa fue la nuclear con dos variantes: una, aquellas familias que se perpetuaban en las tradiciones del matrimonio y la herencia y la

<sup>89</sup> Brun, 1978: 113-123.

otra, las que se descomponían fácilmente, porque el parentesco no era tan importante económica y socialmente, tal y como lo han explicado Doris Ladd y John Kicza al estudiar a la sociedad de la ciudad de México en el siglo XIX.<sup>90</sup>

#### 5.- Variables demográficas.

En cuanto a los eventos que determinan la dinámica demográfica -migración, natalidad, nupcialidad, y mortalidad- su análisis se realiza a través de los registros parroquiales, que anotaban los bautizos, entierros y matrimonios, y de los padrones.

##### 5.1.- La inmigración a la ciudad de México: el caso de 1811.

Las migraciones constituyen un fenómeno de gran interés por ser resultado y a su vez afectar a los factores socioeconómicos, culturales y políticos de cualquier región. El tamaño y la composición poblacional además de estar determinada por la natalidad, la nupcialidad y la mortalidad, se ve influenciada por la migración. Sabemos que el crecimiento detectado en la población de la ciudad de México entre los años de 1800 a 1838 se debió fundamentalmente a la inmigración, ya que la mortalidad provocó caídas muy severas y, aparentemente, la natalidad no era alta.

En las ciudades preindustriales generalmente la población

---

<sup>90</sup> Kicza, 1986; Ladd, 1984.

tenía casi siempre un crecimiento natural negativo, esto es, más muertes que nacimientos.<sup>91</sup> La población crecía sólo a consecuencia de la inmigración.

La migración es una de las variables más difíciles de estudiar, de hecho para la ciudad de México tan solo contamos con el estudio hecho para 1811 y que se refiere al proceso de llegada de personas a la capital (inmigración), en cambio no tenemos estudios sistemáticos acerca de los emigrantes, que permitan hacer un balance integral del fenómeno migratorio, aunque por otras fuentes sabemos que salían personas para ocuparse en el trabajo de las minas, como arrieros y no pocos que eran alistados en el ejército.

La inmigración a la ciudad de México tuvo importancia en la conformación de la dinámica demográfica. La población de la ciudad de México no hubiera podido aumentar al ritmo que lo hizo sin ese flujo continuo de personas. La inmigración produjo alteraciones en la composición por sexo, edad y ocupación, aumentando el número de adultos mayores de 25 años en especial mujeres.

El estudio de la inmigración a la ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX fue iniciado por Alejandra Moreno y Carlos Aguirre. Revisaron un sector de la ciudad para 1811, que

---

<sup>91</sup> Borah y Cook, 1975: 113 a 131. Estos autores analizan el proceso migratorio en Nueva España. Plantean como la ciudad es un foco para la inmigración. Jorge Hardoy en su estudio sobre ciudades latinoamericanas indica que en México hubo una inmigración de indígenas rurales a las ciudades, constituyendo un porcentaje importante de la población total de esos lugares. Hardoy, s/f.

incluyó los cuarteles 14, 11, 12, 17 y 18. Este sector fue caracterizado en tres zonas:

El oriente, alrededor de San Antonio Tomatlán.<sup>92</sup> Otra zona de este mismo sector, asociada a vecindades con una alta densidad de población. La parte centro, aledaña a la Plaza Mayor, caracterizada por contener numerosas "casas grandes" con muchos sirvientes domésticos.<sup>93</sup>

El espacio urbano estudiado tenía alrededor de 20,000 habitantes (recordemos que la población de 1811, de acuerdo al padrón, era de 168,846 personas), de los cuales el 38% resultaron migrantes. De éstos, eligieron 430 unidades familiares para ver procedencia, ocupación y sitio de residencia.<sup>94</sup> Las causas de la migración en este período estaban asociadas, fundamentalmente, al conflicto armado, así como a factores económicos. Al parecer la mayor parte de los migrantes de esos sectores fueron "expulsados" por las circunstancias específicas del desarrollo de sus regiones.<sup>95</sup> Algunas personas huían de los disturbios políticos, otras, a causa de los mismos quedaban sin empleo e

---

<sup>92</sup> Esta zona se caracterizaba por la existencia de viviendas tipo jacal o de casas pequeñas diseminadas entre corrales de vaqueros y salitrerías. Moreno y Aguirre, 1974: 3 y 4.

<sup>93</sup> Los resultados de este estudio no pueden ser aplicados a toda la ciudad, sin embargo, su importancia estriba en ser los primeros de este género que llaman la atención a diversos aspectos relevantes en cuanto a la migración, causas de la misma, tipo de migrantes, ocupación, edades, lugar de residencia, de origen y ocupación.

<sup>94</sup> Moreno y Aguirre, Op.Cit. : 5.

<sup>95</sup> Anna, 1981: 163-164; Kicza, 1986: 603; Moreno y Aguirre, 1974: 1, 2, 22 y 23.

intentaban buscar otros derroteros en la gran ciudad, los menos venían a la capital para ocupar algún puesto que representara un ascenso social o económico. Había también inmigrantes permanentes, como era el caso de ciertos burócratas peninsulares, que representaban el 35% de los empleados virreinales.<sup>96</sup> En otros casos se trataba de enfermos que llegaban a buscar auxilio en los hospitales y que en no pocas ocasiones morían allí, lo que hace que la mortalidad resultara más alta.<sup>97</sup> La capital fue refugio de los grupos más desvalidos en las épocas de violencia política y engrosaban las filas de desempleados, vagabundos y "malentretidos", como también se le llamaba que abundaban en ese tiempo. Sólo el 30% de la población total de la ciudad de México tenía acceso a una ocupación más o menos estable, el 50% de la población en edad de trabajar carecía de empleo fijo.<sup>98</sup>

Entre los años de 1810 y 1815 llegaron a la ciudad miles de refugiados buscando albergue y protección, presionando con esto los recursos de la ciudad. Las crisis agrícolas habían dejado sin empleo a grandes cantidades de trabajadores rurales y mineros,

---

<sup>96</sup> Arnold, 1979: 281-310.

<sup>97</sup> Orozco y Berra, 1973: 281-310. Bardet (*Op.Cit.*: 349) explica la gravedad de la mortalidad en una ciudad francesa, en el siglo XVI, por la inmigración masiva de enfermos y gente sana, que provocaba una mayor promiscuidad, con lo cual el bacilo encontraba más víctimas.

<sup>98</sup> Moreno Toscano, 1981: 312; Lombardo, 1987: 60. Para 1849 Shaw (1979:399-400), muestra que el 25% de la población masculina se ocupaba como trabajadores no calificados, sirvientes domésticos, y vendedores ambulantes. Los artesanos constituían el 38% de la muestra de población y el 65% de las dos categorías ocupacionales más bajas. El 60% de ellos eran zapateros, carpinteros, panaderos, pintores.

por lo que emigraron a la ciudad provocando mayor delincuencia, inflación -tanto por falta de recursos como por acaparamiento- y un mayor hacinamiento. De 1808 a 1813 hubo aumentos de precio de un 300%.<sup>99</sup>

El lugar al que los inmigrantes llegaban a instalarse estaba en relación con su ocupación y con su procedencia. Las personas de menores recursos que carecían de una preparación tanto en oficios como en otros trabajos, se dedicaban a los servicios, a empleos relacionados con la construcción y a las actividades agropecuarias. De tal manera que las ocupaciones de más baja remuneración eran cubiertas por individuos que procedían de localidades cercanas. Estos se asentaban en la zona periférica, en particular en los sitios de entrada de la ciudad. Habitaban chozas y jacales miserables e insalubres, en este caso, de la parte oriente de la ciudad. La mayoría de los residentes de estas viviendas provenían de lugares muy cercanos a la capital.

Los artesanos inmigrantes se instalaban en las vecindades, donde podían alquilar algún cuarto, sin embargo, es posible que no les fuera tan fácil integrarse al artesanado de la ciudad, teniendo dificultades de tipo social y económico. Lo anterior se ve apoyado, ya que sabemos que durante las tres primeras décadas del siglo XIX, menos de la mitad del total de artesanos de la ciudad de México podía encontrar trabajo de tiempo completo con un maestro en su taller. Incluso pocos de estos artesanos ganaban

---

<sup>99</sup> Anna, Op.Cit.: 163. La inmigración a la ciudad fue un fenómeno constante que se agravó con la guerra. Villarroel (1982: 247) afirmaba desde finales del siglo XVIII que la llegada de inmigrantes producía escasez, carestía y desorden.

lo suficiente para mantener a su familia, convirtiéndose en esa masa de gente miserable, que no se distinguía de los trabajadores no calificados, y de los vendedores ambulantes.<sup>100</sup> Los artesanos que migraban a la ciudad, procedían de las regiones suroeste de la zona de influencia de la capital, con orígenes en el área de Puebla, Tlaxcala, Chalco, Amecameca, Texcoco y Mineral del Monte. Algunas pocas personas quizá encontraban empleo como operarios en los talleres artesanales, pero más bien deben haber producido en sus domicilios y después ofrecían los productos en las "rinconeras" que colocaban afuera de las vecindades o como vendedores ambulantes.<sup>101</sup>

La producción artesanal a mediados del siglo XIX en la ciudad, daba empleo a unos 28,000 trabajadores y se calcula que estaban registrados 2,000 talleres.<sup>102</sup> Tan solo la fábrica de puros y cigarros ocupaba a destajo a un total de más de siete mil trabajadores.<sup>103</sup>

Los poblados cercanos a la ciudad resultaban ser los proveedores de los trabajadores urbanos no calificados y de servidores domésticos. Los centros alejados, que tuvieron un desarrollo más autónomo frente a la ciudad, proporcionaban

---

<sup>100</sup> Shaw, 1979:408.

<sup>101</sup> Shaw, (Op.Cit.:404-405) describe como funcionaban estas "rinconeras" y el comercio ambulante.

<sup>102</sup> López Monjardín, 1979:176.

<sup>103</sup> Ros, ( 1978:48-49, en Moreno Toscano, 1978) indica que los cigarreros que laboraban a finales del siglo XVIII en la ciudad, constituían el 11.59% de la población en edad de trabajar.

trabajadores calificados. Tacuba, Tacubaya, Aztecapozalco, Mixcoac y San Angel, eran regiones densamente pobladas y sus habitantes se iban integrando al desarrollo de la ciudad, existiendo un movimiento constante de población.

Los inmigrantes procedentes de ciudades grandes, como por ejemplo Puebla, eran profesionistas liberales, gente relacionada con labores administrativas, comerciales y artísticas. Habían llegado de Puebla, Jalapa, Morelia y Querétaro; se ocupaban en actividades distintas a las del artesanado y los servicios ya que se empleaban en trabajos de mayor rango social. En general migraban familias completas que residían en viviendas mejores, localizadas en la parte central de la ciudad.<sup>104</sup>

Como vemos, 1811 es uno de los años para él cual contamos con la información más amplia y completa, en particular por la cantidad de estudios que se realizaron a partir del padrón de 1811. Para los años subsecuentes, o bien los padrones no son tan ricos, o no se han localizado los volúmenes con los datos de los cuarteles, o todavía no se han trabajado con el ahinco del de 1811. Lo anterior obliga necesariamente a que se aprecie un desbalance en cuanto a la información de 1813 y la de 1833, fechas específicas de nuestro interés, que escapa a nuestras posibilidades.

---

<sup>104</sup> Moreno y Aguirre, 1974: 7-12.

## 5.2.- Bautizos, matrimonios y defunciones.

El estudio de los perfiles demográficos para poblaciones antiguas se realiza a partir, como ya mencionamos, de los registros parroquiales. Sin embargo existen varios inconvenientes para la obtención de estadísticas exactas, entre ellos podemos mencionar: el cambio de residencia de una parroquia a otra, el registro de eventos en parroquias que no correspondían al domicilio de los feligreses, así como las migraciones. Estos son los principales obstáculos para este análisis. Sin embargo, los registros de las parroquias de la ciudad de México, usados con toda la precaución necesaria, son la única fuente que permite la aproximación al conocimiento de la dinámica de la población.

Conocemos los totales de población para algunos años, derivados de los datos de los padrones, cuyas cifras corresponden a la división de la ciudad por cuarteles, delimitación que es diferente de la eclesiástica, lo que restringe, en un primer nivel, a hacer análisis agregados de la mortalidad, natalidad y nupcialidad general a través del registro eclesiástico de los bautizos, matrimonios y defunciones de todas las parroquias. De ahí, resaltan los años con elevada sobremortalidad que correspondieron con ataques de diversas epidemias, a los que hemos abordado con el nombre de crisis de mortalidad. Por último, efectuamos el análisis de la mortalidad de cada una de las parroquias, contrastando el promedio de la mortalidad "normal" ocurrida en los cinco años anteriores a cada una de las crisis, con la del año de la epidemia, para evaluar su impacto y gravedad.

Las parroquias abarcaban un espacio mayor y muchos de ellas tenían integrados barrios de indios, localizados fuera de la delimitación administrativa de los cuarteles de la ciudad.<sup>105</sup>

Las actas de entierro contienen información sobre el lugar y fecha de ceremonia, la identidad si el individuo era adulto, el estado civil, la calidad, la edad, la ocupación y el domicilio. Al margen la enfermedad que causaba la muerte, si bien durante las epidemias se eliminaba este último dato. La calidad de la información variaba dependiendo de la dedicación del encargado del registro y del tipo de asunto.<sup>106</sup>

#### Demarcación eclesiástica.

La ciudad de México para la segunda mitad del siglo XVIII tenía dos clases de demarcación del espacio urbano: la eclesiástica y la civil. Cada una de éstas regulaba parte de la vida de la capital. Ver planos 1 y 2.

La Iglesia, con el fin de normar sus actividades dentro de la ciudad, desde la Colonia, había establecido una delimitación del espacio por medio de jurisdicciones parroquiales. Servicios correspondientes a sacramentos como el bautizo, el matrimonio y los entierros estaban a cargo del clero, el cual llevaba un

---

<sup>105</sup> Para un análisis detallado acerca de los barrios indígenas de la ciudad de México remitimos al lector al estudio de Lira, 1983. En especial véase el plano 1 "Barrios indígenas de la ciudad de México y la mancha urbana en la primera mitad del siglo XIX", p.30.

<sup>106</sup> En no pocas ocasiones los libros se extraviaron. Es así que se desconocen los datos para algunos años.

registro de estos acontecimientos. La Iglesia, a petición de las autoridades civiles, también registraba el número de enfermos correspondientes a sus parroquias y a los hospitales a su cargo, en los casos de epidemia.<sup>107</sup>

En 1769 había diez parroquias en la ciudad de México: cuatro de españoles: Sagrario, Santa Catarina, Santa Veracruz y San Miguel, y seis de indios: San José, Santa Cruz, San Pablo, Santa María, Santiago Tlatelolco y San Sebastián.

En 1772 se reformó la división parroquial de la ciudad y se abolieron las diferencias entre las parroquias de indios y parroquias de españoles. Se crearon así catorce jurisdicciones siguiendo un criterio territorial. Las nuevas eran Santa Ana, que sustituía a Santiago Tlatelolco, Santa Cruz Acatlán, Nuestra Señora del Salto del Agua, Santo Tomás La Palma y San Antonio de las Huertas.<sup>108</sup> La ciudad había crecido a expensas de los barrios indígenas,<sup>109</sup> incluso en 1820 las parcialidades de San Juan y Santiago fueron suprimidas legalmente y el Ayuntamiento

---

<sup>107</sup> AHCM, Policía y Salubridad, vol. 3676, f.2. Es precisamente esta clase de información la que brinda la posibilidad de obtener las tasas de morbilidad (número de enfermos con respecto a la población) y las tasas de letalidad (número de muertos respecto a la población enferma).

<sup>108</sup> Véase plano 2 con las demarcaciones eclesiásticas. La delimitación de la jurisdicción de las parroquias no es muy exacta, pues las fuentes para esos años no lo permitieron, pero Celia Maldonado intentó hacer la demarcación utilizando la información de 1910 que localizó en la Guía de la ciudad de México, de José Romero, México, 1910, en Maldonado, 1974: 150. No se incluye en el plano elaborado por Maldonado la parroquia de San Antonio de las Huertas, ya que estaba fuera de la ciudad, por lo que el número de parroquias estudiadas fue trece.

<sup>109</sup> Véase plano publicado por Lira, 1983:30.

de la ciudad se encargó de su gobierno y administración.<sup>110</sup> Así, los barrios constituían parte de la urbe,<sup>111</sup> no obstante que los indígenas trataran de mantener el sentido de sus parcialidades y de oponerse constantemente al nuevo orden que se les trataba de imponer. Los pobladores de los barrios pretendían conservar sus bienes de comunidad, sus costumbres y "hasta donde les fue posible, la integridad de los gobiernos que suprimió el régimen constitucional".<sup>112</sup>

La capital había desbordado el límite de la traza original y se extendió hacia las áreas de Peralvillo, San Antonio Abad, San Cosme y San Lázaro, donde se formaron las nuevas parroquias.<sup>113</sup> Las condiciones sanitarias de estos lugares eran casi nulas,<sup>114</sup> no había agua, ni drenajes y el tipo de vivienda era en su mayoría jacales, sobre todo en las parroquias de Santa Ana en el norte de la ciudad, la de Santa Cruz y Soledad y San

---

<sup>110</sup> Lira ( Op.Cit.: 21-28, 29 y 33), explica de una forma muy detallada la estructura de las parcialidades y los conflictos entre la ciudad y los barrios indígenas en el siglo XIX y como la expansión de la mancha urbana provocó la incorporación de tierra de la comunidades.

<sup>111</sup> Avila Méndez, (1974: 155-180) en el plano de la ciudad que analiza, para 1811, muestra como los barrios habían sido integrados al asentamiento urbano. Plano 4.

<sup>112</sup> Lira, Op.Cit.:39.

<sup>113</sup> traza urbana se le llamo a la delimitación del espacio hecha por los españoles. Al respecto Lira (1983: 29) dice: "los conquistadores eligieron el centro de la destruida Tenochtitlan para repartir, en las calles trazadas a cordel, los solares en que habrían de asentarse las casas de los pobladores españoles y los edificios públicos de la ciudad, destinando las tierras aledañas a la población indígena".

<sup>114</sup> Lombardo, 1974: 64.

Antonio Abad en el oriente, la de Santo Tomás La Palma y Santa Cruz Acatlán en la región sureste y Santa María La Redonda en la parte noroeste. Las parroquias centrales como el Sagrario, Santa Catarina, Santa Veracruz, San José y San Miguel estaban ubicadas en los lugares con mejores condiciones relativas de salubridad.<sup>115</sup> En esa zona se encontraban las mejores fincas, las calles empedradas, con alumbrado, servicio de limpia y una gran cantidad de fuentes particulares.<sup>116</sup>

#### 5.2.1- Bautizos.

La tendencia en la curva de los bautizos muestra un aumento pequeño pero constante con varias caídas. Al empezar el año de 1800 el número de bautizos es de 4,409 (véanse gráficas 3 y 4 ). A partir de 1810 la curva de bautizos muestra un ligero descenso que adquiere su valor más alto en 1813. Al año siguiente notamos una recuperación constante para alcanzar valores cercanos a los 7,000 bautizos anuales en 1825 y 1826. Del periodo comprendido de 1828 a 1850 la gráfica muestra ligeras fluctuaciones encontrando su punto más alto en 1848, año en el cual se concluyó la invasión norteamericana a nuestro país.

La tasa bruta de natalidad se mantuvo en valores alrededor de 31 nacimientos por cada mil habitantes hasta 1811, para

---

<sup>115</sup> Moreno Toscano, 1981: 310.

<sup>116</sup> AGN, Empedrados, vol.882, T.3, exp. 173, f.63. Dolores Morales (1976: 363-402) presenta algunos planos interesantes respecto al valor de las propiedades, que pueden ser utilizados como referencia para hablar de las condiciones de urbanización de la ciudad.

después caer hasta 18 por mil en 1813, como consecuencia directa de las epidemia del mismo año (gráfica 6). En los años posteriores hay una tendencia ligeramente ascendente hasta que encuentra una franca subida en el año de 1826, con un máximo de 36 por mil y a partir de allí encontramos ligeros descensos, sin verse mayormente afectada por las dos últimas epidemias.

En el caso de la epidemia de viruela de 1825, el hecho de que esta enfermedad afecte a la población infantil, conlleva una tendencia a recuperar a los hijos fallecidos, lo que eleva la tasa de natalidad de 35 por mil y 36 por mil en 1826 y 1827 respectivamente.

Con el fin de encontrar el significado de las cifras mencionadas antes, presento aquí los datos reportados para la población de San José Tula, San Luis de La Paz, Santa Inés Zacatelco, en particular para el siglo XVIII, que es el periodo del que se tiene información. Las tasas oscilan entre 50 y 60 por mil.<sup>117</sup> De acuerdo con Cecilia Rabell " los valores de estas tasas son aceptables [presentan] límites altos pero compatibles con poblaciones de estructura joven y fecundidad alta. En poblaciones donde no se practica el control natal esta tasa oscila entre 35 y 55 p. 1000".<sup>118</sup>

En el caso de la ciudad de México los valores no sobrepasan la tasa de 34 p. 1000, lo que puede haber estado asociado con las sucesivas crisis de mortalidad de ese periodo que afectaron el

---

<sup>117</sup> Rabell, 1984, 18-19.

<sup>118</sup> Op.Cit.

valor de la tasa de natalidad de manera significativa.

Haciendo una correlación entre la población total y los bautizos por periodos en el lapso de 1800 a 1838, encontramos una alta correlación entre 1800 a 1811; entre 1813 y 1822 no existe correlación y en el último lapso, de 1828 a 1838, aumenta ligeramente (gráfica 3). Lo anterior revela el escaso vínculo, en este caso, entre los bautizos y la población total a causa tanto de las crisis demográficas, como por el fenómeno migratorio que se estaba produciendo en la ciudad de México de acuerdo a la estructura por sexo y edad de la población nacida en la ciudad y la inmigrante (véase gráfica 1).

#### 5.2.2.- Matrimonios.

El número de matrimonios ocurridos en la ciudad de México en el periodo 1800-1855 presenta valores que van de 623 a 2151. Los años de mayor nupcialidad los encontramos entre 1822 a 1827 y de 1848 a 1852.

Las tasas brutas de nupcialidad muestran cifras que fluctúan entre 3 y 7 por mil en el periodo 1800-1838 (gráfica 6). Este fenómeno demográfico estuvo afectado por las cuatro grandes epidemias que azotaron a la ciudad en el mismo lapso: 1813, 1825, 1831 y 1833. De acuerdo a los demógrafos, la nupcialidad juega un importante papel en las poblaciones expuestas a las continuas crisis demográficas y donde no existe ningún mecanismo de regulación de la fecundidad (régimen de fecundidad no dirigida), hay un proceso de autoregulación de la población por medio del

matrimonio.<sup>119</sup> La nupcialidad es también sensible a las crisis económicas. En algunos de los lugares estudiados por los demógrafos históricos se ha encontrado que la nupcialidad disminuye durante los años de crisis.<sup>120</sup>

La población de la ciudad de México fluctuaba entre 168,000 a 200,000 habitantes, de los cuales alrededor del 66% eran mayores de 15 años, de acuerdo a los padrones de 1753, 1790 y 1811, por lo cual esperaríamos encontrar tasas de nupcialidad mayores. Sin embargo sabemos que había una gran cantidad de uniones libres, gente viviendo en barraganería o concubinato. En los registros se han encontrado varios casamientos del mismo individuo en diferentes parroquias. Por ejemplo el primer matrimonio en 1736 en Santa Veracruz y un segundo matrimonio en 1748 en San Miguel, por supuesto sin haber enviudado. Abundan también casos de mulatos, de esclavos y de indios que fueron acusados de poligamia.<sup>121</sup> Al parecer prevalecían las uniones consensuales entre los mexicanos de "clases populares", en el siglo XIX.<sup>122</sup> El registro de matrimonios tiene más

---

<sup>119</sup> Ibid.. De hecho, en la actualidad, donde el objetivo en México es bajar la tasa de fecundidad, los especialistas plantean que esto sólo se podrá lograr si se retrasa la edad a la primera unión; si se alargan los intervalos entre nacimientos y si se elevan los niveles educativos y de la participación femenina en la actividad económica (Zavala de Cosío, 1989:7).

<sup>120</sup> Rabell, Op.Cit.:20.

<sup>121</sup> Valdés, 1978: 196-203.

<sup>122</sup> Kuznesof, 1988:11; Kuznesof y Oppenheimer, 1985: 215-234; Lavrin, 1978:23-59; Mc Caa, 1983:47.

condicionantes sociales<sup>123</sup> que el de bautizos, sin embargo, como vimos, la tasa de natalidad tampoco era alta.

### 5.2.3.- Mortalidad en la ciudad de México (1800-1850).

Las defunciones en la ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX registran la mortalidad y sus fluctuaciones. Los datos sobre el número de muertes fueron agrupados y graficados por año para cada una de las trece parroquias (gráficas 7 a 11).

La gráfica 7 presenta el número de muertes o mortalidad efectiva general (o sea la normal y la de las crisis). Resaltan diversos años con una elevada proporción de muertes, que se pueden asociar con las epidemias, las hambrunas, la desnutrición crónica y los conflictos bélicos.

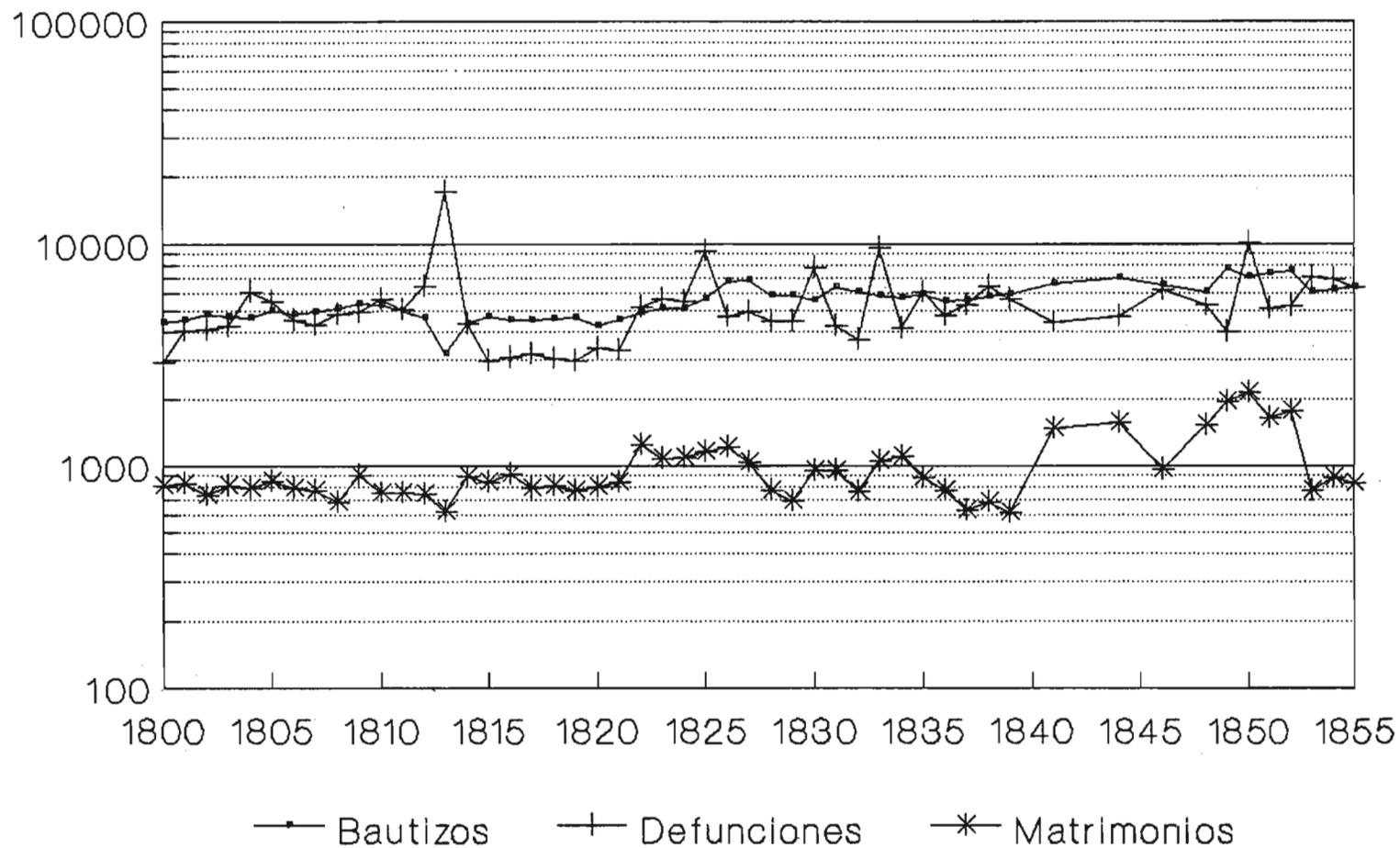
Las gráficas correspondientes a las parroquias presentan diferencias radicales en cuanto a los años de crisis de mortalidad. Los entierros de las parroquias en el lapso de 1800 a 1850, en la curva general, tienen distintas tendencias: de 1800 a 1803 entre 3,000 y 4,000 entierros, para subir a 6,602 en 1804 a causa de la epidemia de influenza de ese año; de 1806 a 1812 los entierros oscilan de los 4,339 a los 6,406 (para 1812), esta última cifra relacionada quizá con el inicio de la epidemia del año siguiente. En 1813 los habitantes de la ciudad de México vivieron una de las peores crisis de mortalidad del siglo XIX.

---

<sup>123</sup> No abundaremos en los factores que condicionan el análisis adecuado de los matrimonios, pues implica otra problemática, que rebasa los objetivos de este trabajo. Pero quiero mencionar que los demógrafos históricos han desarrollado metodologías minuciosas para su estudio. Por ejemplo Hollingsworth, 1983; Rabell, 1978: 419-432.

Gráfica 7

# Ciudad de México, 1800-1855: Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

Los entierros se elevaron a 17,267 (cifra subvalorada de acuerdo a los reportes que registraron un número de muertos mayor de 20,000), lo que da una idea de la magnitud del desastre. Los bautizos que se habían mantenido una década atrás entre los 4,500 y 5,000, van a bajar hasta los 3,207. En el periodo de 1814 a 1821 las defunciones descendieron y se mantuvieron alrededor de las 3,000 anuales. En el lapso de 1822 a 1824 los entierros aumentaron a los 5,000 para llegar en 1825 a 9,268 a causa de la viruela y el sarampión. En 1830 la viruela afectó a la población de la ciudad y el número de entierros ascendió a 7,826. Para 1833, el cólera que había estado atacando en otros países llegó a México ocasionando casi 10,000 defunciones. A partir de ese año los fallecimientos oscilan entre los 4,000 a 6,000 anuales, para volverse a elevar por la presencia de varias enfermedades que se presentaron de manera simultánea como el tifo y la tifoidea junto con el cólera, que atacó nuevamente a los capitalinos, en 1849-1850.

Las tasas brutas de mortalidad muestran variaciones correspondientes a las crisis. En los años en los cuales no se presentaron epidemias las tasas fluctuaron entre 16 p. 1000, lo que muestra lo severo de la sobremortalidad en los años de 1813 100.84 p.1000; en 1825, 49.67 p. 1000; en 1833, 48.53 p. 1000 (véase gráfica 6).

## 5.2.4.- Mortalidad por parroquias.

El análisis de la mortalidad general en las trece parroquias de la ciudad de México en el periodo 1800 -1850 se realizó en base a los registros de entierros mensuales y anuales publicados por Celia Maldonado.<sup>124</sup>

En el análisis de los entierros del periodo 1800 a 1850 resaltan años de una elevada mortalidad, que se asocian con periodos de crisis,<sup>125</sup> que pueden deberse a las epidemias, a las guerras y a las crisis agrícolas -con la consecuente escasez, carestía e inflación de los productos alimenticios-,<sup>126</sup> que en muchos de los casos se presentaron en forma combinada, acumulando sus efectos negativos en detrimento de la población.

El estudio de la mortalidad general del periodo 1800 a 1850 es interesante, sin embargo se puede efectuar un análisis más fino al describir las gráficas de las defunciones en cada una de las parroquias de la ciudad, para las crisis registradas en 1813; 1825; 1830; 1833; 1848-1850.

En este apartado se da un peso relativo mayor a las crisis provocadas por las epidemias de tifo en 1813 y de cólera en 1833,

---

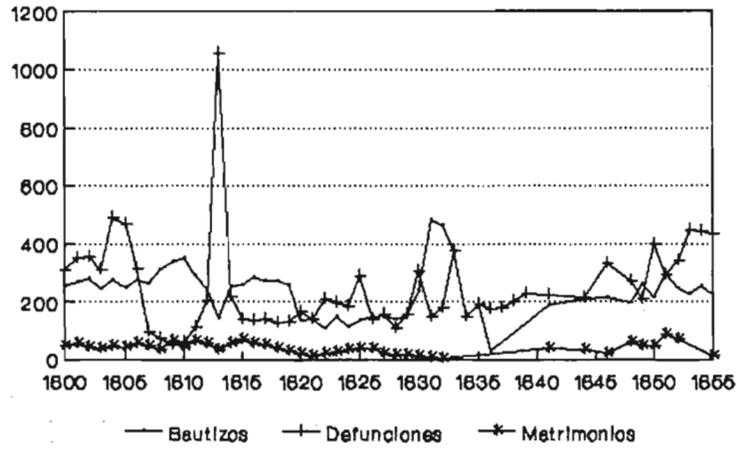
<sup>124</sup> Maldonado, 1976.

<sup>125</sup> Florescano, 1969. Malvido (1972: 58-106) al analizar las series parroquiales de Cholula, habla de dos tipos de comportamiento demográfico que ha denominado como: de crisis y de estabilidad relativa. Véase el estudio que Pérez Moreda, (1980) realizó sobre las crisis de mortalidad en España. El de Charbonneau y Théré, 1989 y el de Panta y Livi Bacci, 1977.

<sup>126</sup> Anna, Op.Cit.: 160-163; Lebrun, Op.Cit.: 329-387; Wrigley, 1969: 72; Sánchez Albornoz, 1973: 81-86.

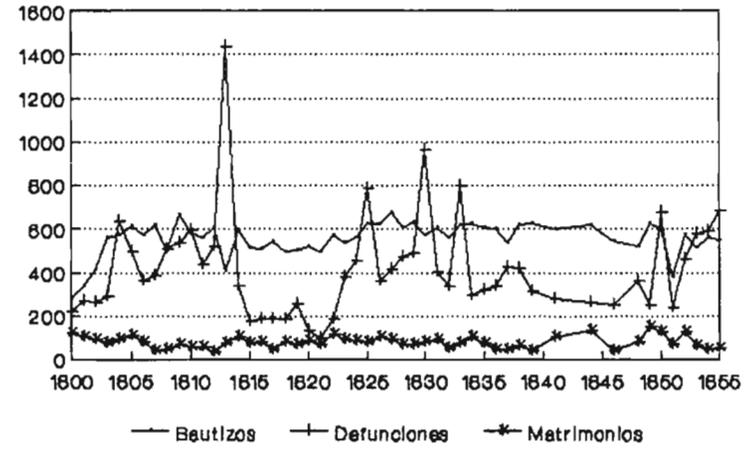
Gráfica 8

Santa María la Redonda 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



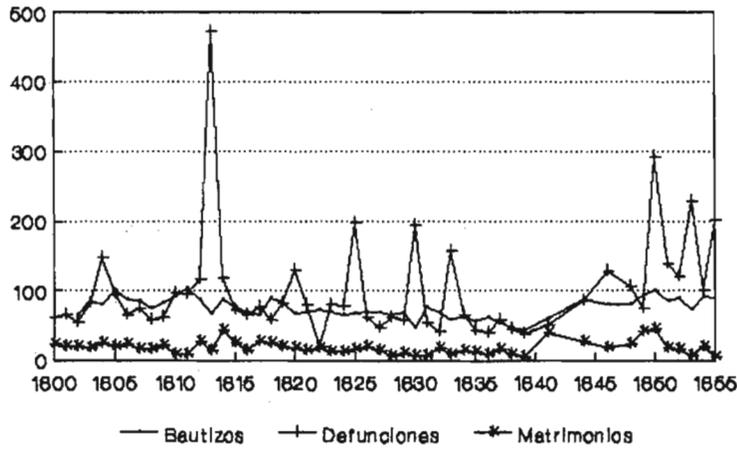
Fuente: Maldonado, 1976

Parroquia de San Pablo 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



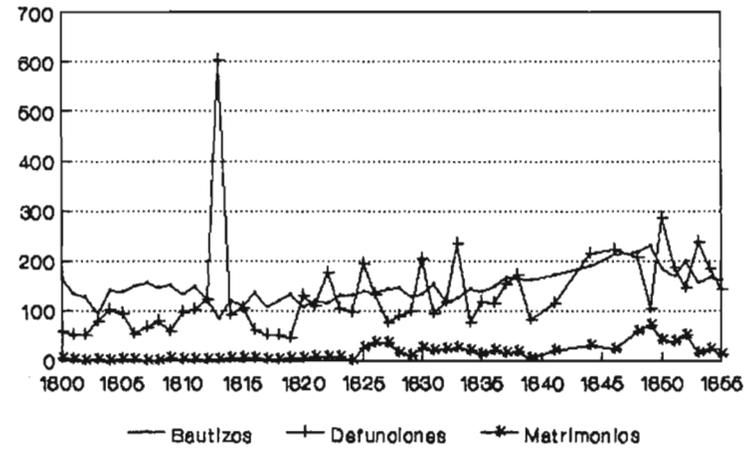
Fuente: Maldonado, 1976

Santa Cruz Acatlán 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

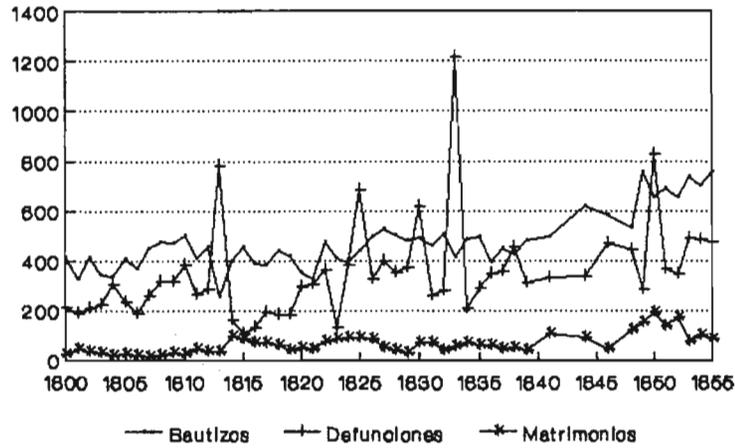
Santo Tomás la Palma 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

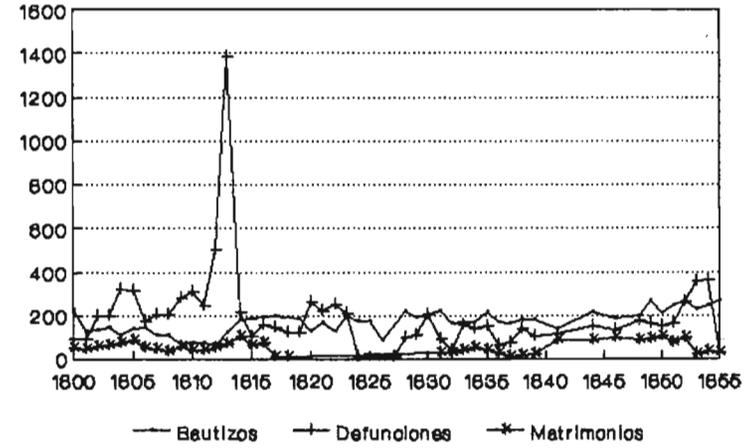
Gráfica 9

Parroquia de San José 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



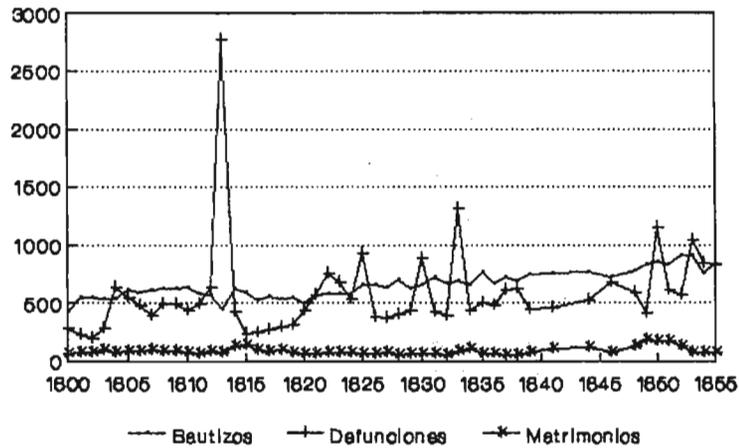
Fuente: Maldonado, 1976

Parroquia de Santa Ana 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



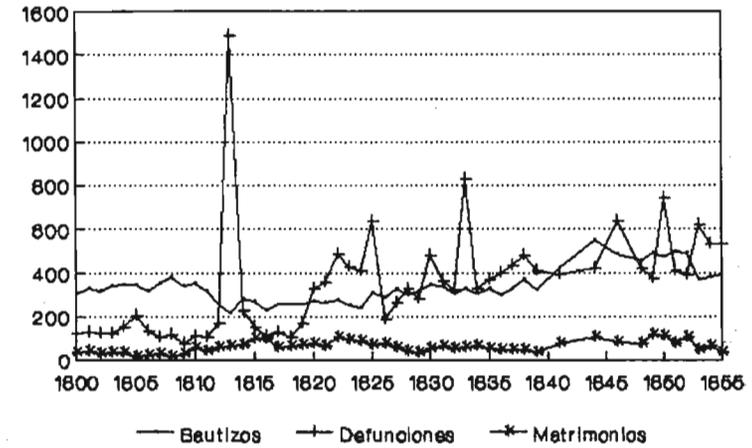
Fuente: Maldonado, 1976

Santa Cruz y Soledad 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

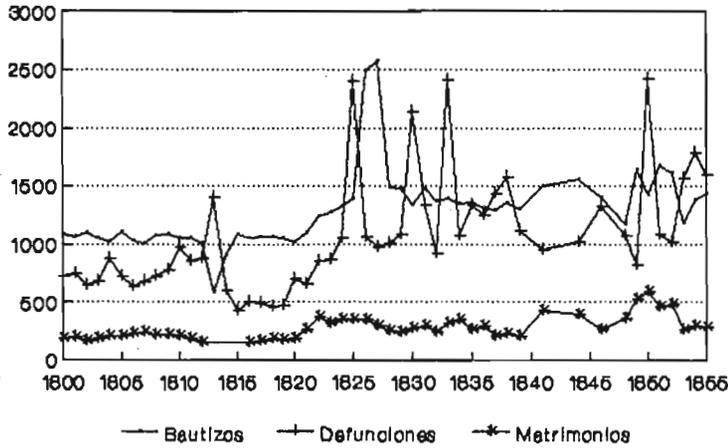
Parroquia de San Sebastián 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

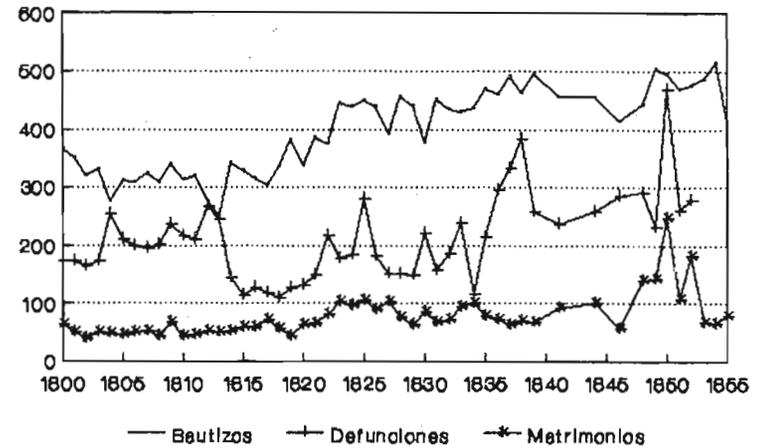
Gráfica 10

Parroquia del Sagrario 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



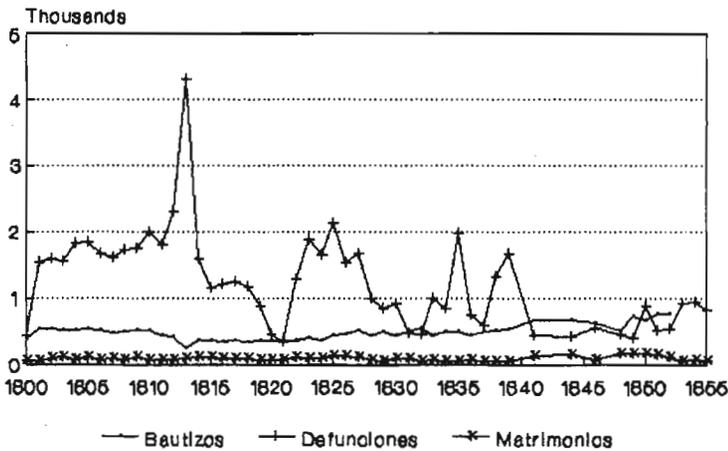
Fuente: Maldonado, 1976

Parroquia de San Miguel 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



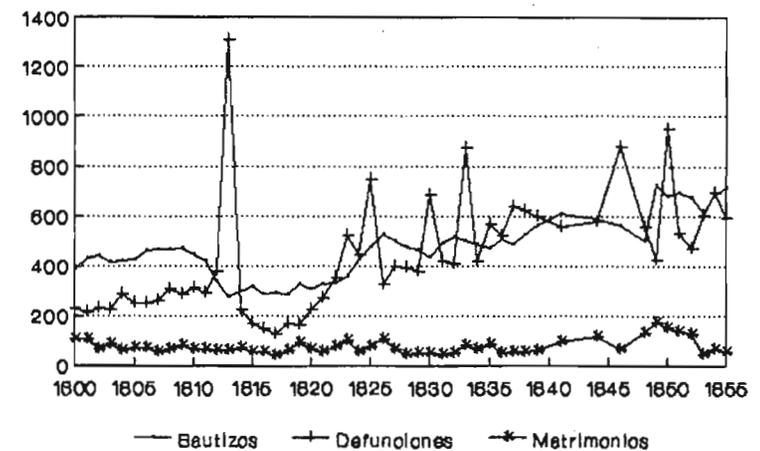
Fuente: Maldonado, 1976

Parroquia de Santa Catalina 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



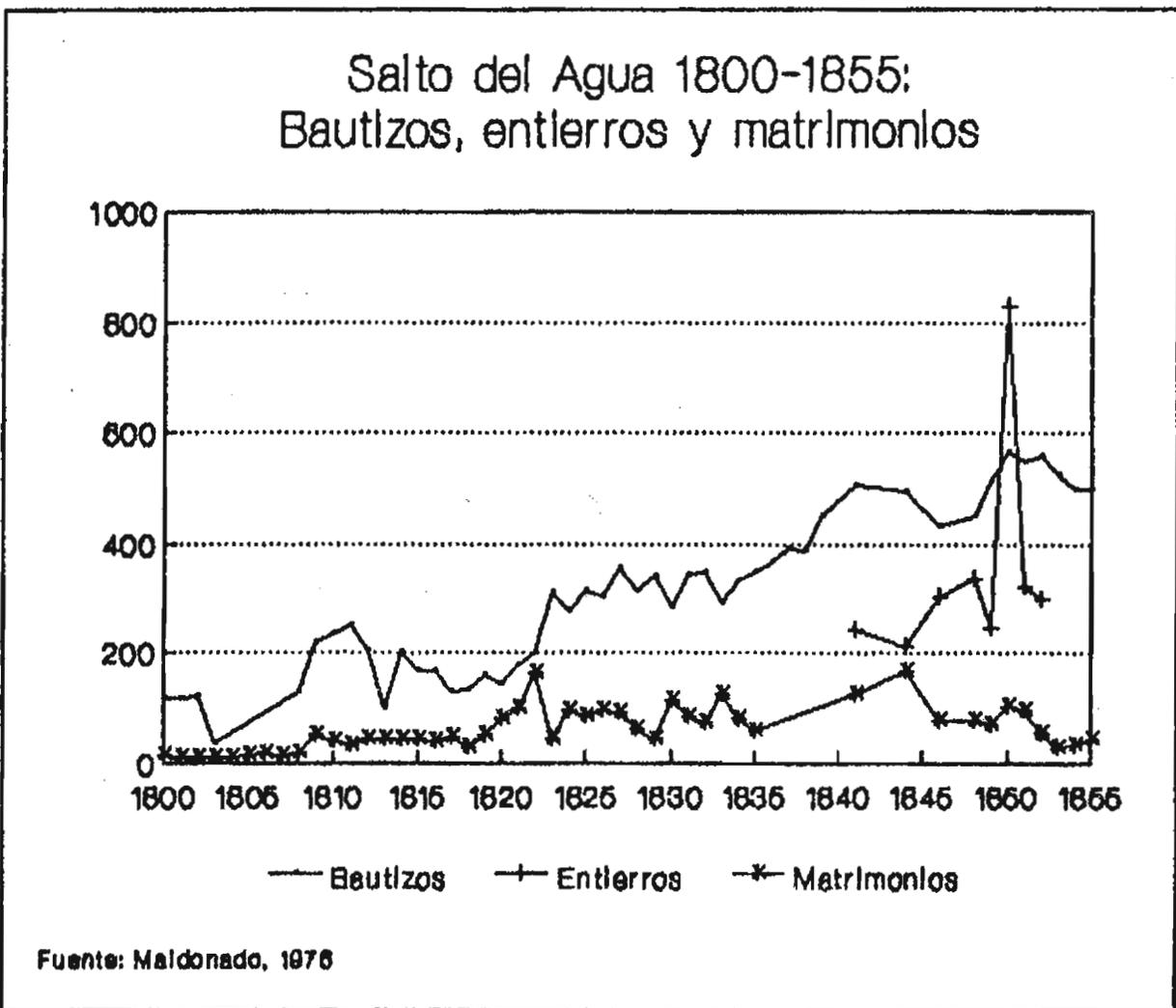
Fuente: Maldonado, 1976

Parroquia de Santa Veracruz 1800-1855:  
Bautizos, defunciones y matrimonios



Fuente: Maldonado, 1976

Gráfica 11



como centro del estudio de la incidencia y gravedad de estos dos padecimientos, pues es para esos años contamos con los registros de enfermos y muertos durante esas epidemias. Además, porque el análisis de la causalidad de las enfermedades en relación a las condiciones urbanas sanitarias y sociales sólo es válido para ese lapso de veinte años, donde consideró que la situación de la ciudad no había variado significativamente, lo que no sucede para las epidemias posteriores en particular para la de 1848-1850, donde tanto la ciudad había sufrido transformaciones importantes en cuanto a la asignación del espacio y redistribución de los grupos sociales en ella, como por los factores introducidos por la guerra con los norteamericanos, cuyas circunstancias precisarían de otro análisis urbano y social para esos años, en relación a las enfermedades y a la muerte.

5.2.5.- Crisis de mortalidad: 1813, 1825, 1830, 1833, 1848-1850.

**Crisis en 1813.**

La primer crisis severa que se aprecia en las gráficas corresponde al año de 1813. Como no contamos con la información sobre los totales de población para cada parroquia, para poder evaluar el impacto de la epidemia, promediamos el número de entierros registrados en los cinco años anteriores, con los de 1813. Utilicé cifras relativas además de las absolutas, pues estas últimas pueden confundir en cuanto a la valoración real del impacto de la epidemia. Si comparamos las cifras de porcentajes de incremento de entierros del periodo 1808-1812, con las de 1813, en las parroquias de el Sagrario, de San Miguel, de Santa

Catarina y de San José, resaltan las diferencias en la incidencia de la sobremortalidad, con lo que muestran las ocho parroquias restantes. Los porcentajes de menor incremento variaron de 8.84% en San Miguel a un 147.61% en San José. En las parroquias de la Santa Veracruz, Santa Ana, Santa Cruz y Soledad y Santo Tomás, los incrementos subieron y oscilaron entre 320.90% a 552.26%. Las parroquias más seriamente afectadas fueron la de Santa María la Redonda y la de San Sebastián, donde los porcentajes se elevaron a 949.70% y 1175.85% respectivamente. Ver cuadro 13.

Cuadro 13

CIUDAD DE MÉXICO  
DIFERENCIA EN EL PORCENTAJE DE ENTIERROS EN 1808-1812 Y 1813.

Parroquias	Entierros 1808-1812	Entierros 1813	Diferencia	Porcentaje
S. Miguel	226	246	20	8.84
Sagrario	882	1402	520	58.95
S. Catarina	1862	4315	2453	131.75
S. José	315	780	465	147.61
S. Pablo	521	1437	916	175.81
S. Veracruz	311	1309	998	320.90
S. Ana	310	1389	1079	348.35
S. Cruz y Soledad	513	2769	2256	439.98
S. Cruz Acatlán	86	472	387	450.0
S. Tomás	93	604	511	552.26
S. María	101	1056	955	949.70
S. Sebastián	117	1468	1371	1175.85

Fuente: Porcentajes calculados a partir de los datos de entierros publicados por Celia Maldonado, 1976.

La parroquia del Sagrario era una de las más grandes, con alrededor de 20,000 feligreses. Sin embargo tan solo alcanzó un incremento porcentual de 58.95. El débil incremento en la mortalidad de una parroquia tan populosa se explica en relación a la calidad de los servicios urbanos de esa área: mejores construcciones, calles empedradas, atarjeas, recolección de basura, etcétera, que presentaban ventajas higiénicas frente a las existentes en las parroquias de los suburbios, en especial cuando se trataba de una epidemia de tifo.<sup>127</sup>

#### **Crisis en 1825.**

En la epidemia de 1825 se combinaron enfermedades como la viruela y el sarampión, Las defunciones del Sagrario se elevaron casi al doble que las registradas en 1813: de 1050 a 2395. En San Miguel aumentaron de 184 a 280 y en la parroquia de San José, de 383 a 685. Santa Catarina muestra el fenómeno inverso, con un baja en las defunciones de más de 4,000 muertes, en la epidemia anterior (1813), a 2,128. Para 1825, igual fenómeno apreciamos en Santa Veracruz, San Sebastián, San Pablo y Santa Cruz Acatlán. En la parroquia de Santa Cruz y Soledad, al parecer esta epidemia no tuvo tan graves repercusiones, de 539 entierros aumentaron a 927, algo similar sucedió en las parroquias de Santa Ana y Santa María la Redonda (gráficas 8 a 11).

---

<sup>127</sup> Con el fin de no duplicar información, en esta sección daremos apenas un esbozo sobre la explicación causal de la mortalidad diferencial por parroquias, en 1813 y en 1833. Sobre este particular abundaremos mucho más ampliamente en el apartado sobre la ciudad y la morbilidad y la letalidad diferencial registrada en los cuarteles.

**Crisis en 1830.**

La sobremortalidad de este año se debió a una epidemia de viruela.<sup>128</sup> En la parroquia del Sagrario rebasó las 2,000 defunciones, casi tan alta como en la crisis anterior. En San José llegó a los 617 muertos, cuando el año anterior no alcanzaron los 374. En Santa Cruz y Soledad las defunciones fueron alrededor de 885, cuando un año antes apenas registraron los 439 decesos. En las restantes parroquias el número de defunciones fluctuó entre las 200 a las 800 aproximadamente (gráficas 8 a 11).

**Crisis en 1833.**

Este fue otro de los años de elevada mortalidad en la ciudad de México, a causa de la llegada al país del cólera. También en esta ocasión las repercusiones de la epidemia tuvieron consecuencias diferentes sobre los habitantes, evaluadas a partir de los entierros en cada una de las parroquias. Al promediar el número de entierros en los cinco años anteriores al año de la crisis, obtenemos una cifra de la mortalidad "normal" y la comparamos con lo ocurrido el año de la crisis, así, la diferencia en porcentaje es reveladora del impacto de las crisis, como vimos en la epidemia de 1813 y en este caso en la de 1833.

---

<sup>128</sup> Sedano, ( 1880:203) presenta una lista de las epidemias de viruela ocurridas en el siglo XVIII.

## Cuadro 14

CIUDAD DE MÉXICO  
DIFERENCIA EN EL PORCENTAJE DE ENTIERROS EN 1828-1832 Y 1833

Parroquias	Entierros 1828-1832	Entierros 1833	Diferencia	Porcentaje
S. Catarina	746	994	248	33.28
S. Miguel	173	238	65	37.57
S. Ana	110	159	49	44.54
S. Pablo	536	798	263	49.10
Sagrario	1298	2406	1107	85.28
S. Veracruz	457	874	417	91.24
S. Cruz Acatlán	82	157	75	91.24
S. Tomás	121	236	115	94.72
S. María	181	378	197	108.83
S. Sebastián	355	832	477	134.36
S. Cruz y Soledad	510	1317	807	158.23
S. José	369	1218	849	230.08

Fuente: Calculé los porcentajes a partir de los datos de entierros publicados por Celia Maldonado, 1976.

La parroquia más afectada fue la de San José con un incremento de 230.08 por ciento con respecto al promedio de los ocurridos en los cinco años anteriores (cuadro 14). A pesar de ser un incremento alto, no se compara con las cifras alcanzadas en 1813. En la zona sureste se encontraban las parroquias de Santa María la Redonda, cuya población se vió afectada en un 108.83 por ciento más, que el valor medio de los cinco años anteriores a 1833. Las poblaciones de las parroquias de Santo Tomás, Santa Cruz Acatlán, Sagrario y Santa Veracruz, oscilaron alrededor del 90 por ciento.

Hubo sitios donde la epidemia de cólera no fue tan severa, entre ellos estaban, Santa Catarina, San Miguel, Santa Ana y San Pablo, casi todas ubicadas en el centro de la ciudad, algunas muy

populosas como era el caso de Santa Catarina y de Santa Ana (antiguo Tlatelolco).

**Crisis en 1848-1850.**

Los registros de los entierros en este periodo son difíciles de interpretar a causa de diversos factores: la guerra con los norteamericanos (1847) evidentemente elevó el número de muertos, en los años anteriores, además de que no todos los fallecimientos fueron anotados, de ahí que el promedio de defunciones de los años 1846-1847 no puede ser considerado "normal".

El cólera volvió a atacar a la población en 1848, en combinación con el tifo, enfermedad de soldados, de gente en campaña, y de condiciones insalubres, y con la tifoidea aunada a otros padecimientos infecto contagiosos.

Por otra parte hacia este periodo, la ciudad había sufrido modificaciones respecto a la distribución de la población. Empezaban a surgir zonas residenciales en las afueras de la capital y las personas con posibilidades económicas empezaban a abandonar el centro. Es así que no es posible interpretar con claridad las cifras con respecto a las posibles causas de la mortalidad diferencial en las parroquias, sin embargo tratando de seguir una descripción sistemática de las tres grandes epidemias ocurridas en la primera mitad del siglo XIX, presento los siguientes datos.

## Cuadro 15

CIUDAD DE MÉXICO  
 DIFERENCIA EN EL PORCENTAJE DE ENTIERROS EN 1846-1847 Y 1848

Parroquias	Entierrros 1846-1847	Entierros 1848	Diferencia	Porcentaje
S.Veracruz	439	557	118	26.87
S.Sebastián	319	420	101	31.66
S.Catarina	279	456	177	40.31
S.Miguel	143	291	148	51.74
Sagrario	663	1079	416	62.74
S.María	166	274	108	65.06
S.Cruz Acatlán	64	106	42	65.62
S.Cruz y Soledad	341	587	246	72.14
S.Tomás	111	207	96	86.48
S.José	236	445	209	88.55
S.Ana	67	177	110	164.17
S.Pablo	127	364	237	186.61

Fuente: los porcentajes se calcularon a partir de los datos de defunciones publicados por Maldonado, 1976.

Los resultados muestran que en parroquias como Santa Veracruz, San Sebastián y Santa Catarina la epidemia fue menos severa. Alcanzó incrementos del 51% al 88% en las parroquias de San Miguel, Sagrario, Santa María. Santa Cruz Acatlán, Santa Cruz y Soledad, Santo Tomás y San José. Los valores mayores se localizaron en las parroquias de Santa Ana y San Pablo (cuadro 15).

La incidencia diferencial de las defunciones por parroquias resulta sugerente si planteamos la existencia de condiciones de vida, trabajo y salud distintas para las personas asignadas a cada jurisdicción, pero que quedarían enmascaradas si solo efectuamos el análisis general de las curvas de defunciones, sin

explicar la causalidad.

Para acercarnos al objetivo central de la investigación fue necesario hacer un análisis más fino y detallado y evaluar la incidencia del tifo, y la letalidad debida a esta enfermedad en 1813, en cada uno de los 32 cuarteles menores en los que estaba dividida la ciudad para su control y gobierno, así como la ocurrida durante la epidemia de cólera en las parroquias y cuarteles, de acuerdo a una metodología diseñada específicamente para ello, como veremos en otro capítulo y que fue posible gracias a que contabamos con fuentes documentales sobre enfermos y muertos en cada cuartel para 1813 y 1833.

Salta a la vista, que con mucho la crisis más severa de mortalidad que se vivió durante la primera parte del siglo XIX se debió al ataque de tifo principalmente; la segunda fue el del cólera de 1833. Los resultados de estas dos epidemias que hemos analizado con profundidad, nos indican la necesidad de efectuar estudios específicos de cada contexto histórico particular para poder comprender las causas de la presencia de las epidemias y del impacto diferencial que estas producen de acuerdo a cada condición específica. Los datos permiten describir los fenómenos, pero no es posible derivar explicaciones casuales tan sólo de ellos. De ahí que dediquemos todo un apartado a la situación de las condiciones de vida y de salud de la población de la ciudad durante las primeras décadas del siglo XIX, describiendo con detalle su situación y la de sus habitantes.

## SEGUNDA PARTE

## CAPÍTULO II

## LAS IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX.

- 1.- Las causas de las enfermedades.
  - 1.1.- Castigo de los dioses.
  - 1.2.- Factores Físicos.
  - 1.3.- Factores internos.
  
- 2.- Organización de las medidas contra las epidemias.
  - 2.1.- Medidas contra el contagio.
  - 2.2.- Aislamiento de enfermos
  - 2.3.- Cuarentenas
  - 2.4.- El Fuego
  - 2.5.- Fumigaciones y perfumes
  
- 3.- Tratamientos
  - 3.1 Pócimas, remedios, jarabes y otras recetas.
  
- 4.- Reacciones ante las epidemias.
  - 4.1.- Abandono de la ciudad de gente de recursos durante las epidemias.
  
- 5.- La Medicina en los siglos XVIII y XIX.
  
- 6.- Fin del Protomedicato y el incipiente surgimiento de una medicina en manos del Estado.

## LAS IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX.

En cada época es el individuo el que está enfermo, pero está a los ojos de la sociedad, en función de ella, y dentro de las modalidades que ella fija. El lenguaje del enfermo se elabora dentro del lenguaje mismo de las relaciones sociales del individuo.<sup>1</sup>

En la antigüedad los conceptos de enfermedad estaban insertos en la causalidad mágico-religiosa. Las enfermedades se atribuían a las fuerzas sobrenaturales, a los dioses, a las catástrofes físicas, a los cataclismos, a los aires, a ciertos grupos, etcétera. Estas ideas poco a poco se fueron diversificando de acuerdo a cada contexto histórico social específico.<sup>2</sup>

En cada época ha habido enfermedades que son vistas como el "mal absoluto", por su frecuencia y el daño que causan pero también porque de diversas formas la enfermedad materializa las condiciones de vida, las concepciones de la existencia y los

---

<sup>1</sup> Herzlich y Pierret, Op.Cit.:13.

<sup>2</sup> La enfermedad es una realidad construida y el enfermo es un personaje social, por lo que es necesario tomar en cuenta las experiencias del enfermo y las concepciones que ellos mismos tienen con el discurso de la medicina oficial. Las concepciones "profanas" de la enfermedad no son separables del desarrollo de la medicina, y dentro de un primer momento analizan la manera en que en cada época, entre las diversas encarnaciones del mal, una enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las representaciones. En sentido inverso esta enfermedad remite al conjunto de condiciones de vida, de valores y concepciones de la existencia del momento. El enfermo debe en un principio estar situado en relación a estas diferentes configuraciones del mal, que son en particular las epidemias de otros tiempos, matlazahuatl, cólera, viruela; y cáncer o síndrome de inmunodeficiencia adquirida hoy. Herzlich y Pierret, Op.Cit.:15-18. Pérez Tamayo, 1985:11-15; Pérez Tamayo, 1988:15-20.

valores del momento.<sup>3</sup> No existe una concepción homogénea acerca de la enfermedad. La imagen corresponde en su mayoría, al producto de la ideología dominante, sin que muchas veces sea posible definir si la información procede del lego o del especialista.<sup>4</sup> En el caso de la medicina, como toda ciencia particular, dice Gastón Bachelard, "produce, en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad".<sup>5</sup> De acuerdo con Canguilhem, cada ciencia se desarrolla en lo que él denomina "su marco cultural", o sea "el conjunto de relaciones y de los valores ideológicos de la formación social en la que se inscribe".<sup>6</sup>

El impacto de las epidemias era profundo en el ámbito de las mentalidades. Las oleadas de la muerte eran repentinas, casi siempre inexplicables y angustiosas, ocasionando grandes perturbaciones en el entorno psicológico de la época; sobre todo porque las epidemias representan un fenómeno colectivo y social. No es el individuo el que se ve amenazado, es la aldea, el pueblo, la ciudad. Una de las impresiones mayores es la causada

---

<sup>3</sup> Herzlich y Pierret, Op.Cit.: 23. El temor a las epidemias continúa aún en nuestros días a pesar de la difusión acerca de los métodos preventivos y curativos. En la actual epidemia de sarampión que sufre el país en algunos de los estados de la república, la prensa publicó grandes titulares: "Pánico en Coahuila por el sarampión". Es tal el temor de la gente, ante una enfermedad que puede ocasionar la muerte de los niños que incluso los exponen a la vacunación hasta por tres veces, con lo que provocaron escasez de la vacuna. El Imparcial, Oaxaca, 2 de junio de 1990.

<sup>4</sup> López Austin, 1984:7 y 8.

<sup>5</sup> Citado por, Canguilhem, 1978: ix.

<sup>6</sup> Op.Cit., : XIII.

por el número de muertes, de ahí que muchas veces se tratara de esconder la realidad del número de atacados.

Esa situación acrecentaba el antagonismo entre los grupos sociales y producía tensiones que invariablemente desembocaban en las mutuas acusaciones. No faltaba quien culpaba al otro de haber envenenado el agua, de contaminar los alimentos, de respirar incluso cerca de la gente sana contagiando el aire. Otras veces se acusaba a grupos políticos de ser los provocadores de la ira de Dios y por tanto de introductores de la epidemia. Los odios aumentaban y adquirían formas diversas, algunas violentas. Durante la epidemia ocurrida en la ciudad de México en 1576 la mayoría de los indígenas contrajeron la enfermedad, mientras , se dice, los españoles gozaban de buena salud, sin embargo, los indios fueron acusados de haber procurado "pegarla a los españoles", ya fuera echando a las acequias los cuerpos de las víctimas de la enfermedad o "amasando el pan con la sangre de estos".<sup>7</sup>

Las minorías también eran las más susceptibles de ataque ya fueran los leprosos, o los sifilíticos, a los que se aislaba y mantenía en constante observación. Esto era un tipo de respuesta de la sociedad , "la socialización del mal", que se traducía en la reclusión y el aislamiento. Desde el siglo VI diversos concilios recomendaban el aislamiento de los enfermos; sin que la idea del contagio fuera claramente conocida. A los leprosos se les reconocía como peligrosos, se les condenaba con

---

<sup>7</sup> Venegas, 1973: 24.

una "sola sentencia, la muerte para el mundo". El leproso era rechazado por la comunidad, despojado de todos sus bienes y solo podía vivir de la caridad.<sup>8</sup> Muchas veces bastaba ser simplemente pobre, para ser acusado por los ricos de originar la enfermedad y contagiar a los demás, incluso para algunos bastaba ser mujer:

yo lo creo en mi conciencia  
que le basta ser mujer  
para ser la pestilencia<sup>9</sup>

No todos los conceptos son como el anterior e incluso desde los siglos XIV y XV ya se hablaba de la asociación entre la enfermedad y la falta de alimentos, o del consumo en tiempos de carestía de productos en mal estado. De igual manera se empezaba a reconocer que las condiciones de pobreza provocan algunas enfermedades. Para finales del siglo XVIII en Europa la mayoría de los médicos ilustres<sup>10</sup> están convencidos de que la pobreza estaba asociada a las enfermedades. En una leyenda de oriente del siglo XVIII, citada por Biraben se dice:

Oh peste maudite, lui reprocha-t-il plus tard, tu m'as trompie, il en est mort plus de vingt mille. Je t'affirme, répondit la Peste, que; 'ai tenu parole et n'ai fait que mille victimes, les dix-neuf mille autres, c'est la Peur qui les a tués.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Herzlich y Pierret, Op.Cit.: 24-25.

<sup>9</sup> Hernández Rodríguez, 1982: 226.

<sup>10</sup> En este período el crecimiento de la población era importante como medio de producir riqueza, pero la gente debía estar sana. De ahí la promoción de la salud. La filosofía de la Ilustración marcó una tendencia nueva en materia de salud pública. "El hombre se enferma porque es ignorante; la civilización lo ha corrompido apartándolo de la naturaleza. la condición natural del hombre es gozar de salud y felicidad, y la educación es el medio de iluminarlo". Sigerist, 1984: 81-82.

<sup>11</sup> Citado por Biraben, Op.Cit., T.II:36-37.

1.- Las causas de las enfermedades.

1.1.- Castigo de los dioses.

Las primeras ideas con respecto a las enfermedades buscan su origen en una acción de castigo o de venganza enviada a los humanos por las fuerzas sobrenaturales o por los dioses ofendidos. En los textos abundan las alusiones de este tipo de castigos.

En el cristianismo, una de las causas de las epidemias era el descontento de Dios por la conducta equivocada de los hombres por lo que la manera de desagraviarlo era a través de acciones religiosas. Aparecen los amuletos y los talismanes para prevenir y combatir a la enfermedad. Surgen los charlatanes ofreciendo milagros y remedios. Muchas veces se invocaba a la virgen para que intercediera y ayudara en las calamidades. Se le ofrecían novenarios, se le rezaba, o bien se llevaban al cabo procesiones.<sup>12</sup>

En una reunión médica de principios del siglo XIX el mismo presidente del Protomedicato, José Ignacio Jove atribuyó la epidemia de 1813 al flagelo divino, para lo cual citó varios textos de la Sagrada Escritura.<sup>13</sup> Durante esa epidemia, al igual que en muchas de las anteriores, se celebraron varias novenas y

---

<sup>12</sup> En 1736 y 1756 a causa del matlazahuatl se invocó a la virgen de Guadalupe, a la que se nombró Patrona de la ciudad en 1737. Tanck de Estrada, 1981: 27.

<sup>13</sup> Cooper, Op.Cit.: 218.

se hicieron súplicas a San Sebastián Mártir, que era el mediador en los casos de peste. No podía faltar la intervención nuevamente de la virgen de Guadalupe a la que se acudió como último recurso con el fin de detener la epidemia.<sup>14</sup>

A causa del cólera que se expandió por Europa entre 1832 y 1833, y el temor de que atacara en México, el Obispo de Puebla dirigiéndose a sus fieles decía:

La espantosa mortandad, que ha causado la cholera morbus en tantas partes del globo, no es aun todavía para nosotros mas que un chasquido del terrible látigo con que la justicia de nuestro celestial Padre castiga á nuestra vista á otros hermanos nuestros, para que procuremos con tiempo desarmarlo y aplacarle. Es aquella señal que el Profeta nos dice suele dar el Señor á los que le temen, para que huyan oportunamente antes de que arme y aseste contra ellos el arco que dispara sus rayos.[...] los males que suelen afligir á las ciudades, á las provincias, ó á las naciones enteras, como las hambres, las guerras y las pestes; semejantes castigos vienen siempre por los pecados de los ciudadanos<sup>15</sup>

Tampoco faltó en esta ocasión el consabido novenario, y la procesión esta vez dedicados a "nuestro Padre Jesus y la Santísima Virgen de la Soledad, cuyo patrocinio tiene tan experimentado esta ciudad [Puebla] en todas las tribulaciones y calamidades que la han afligido". Se ofreció además un "triduo" a la virgen de Guadalupe, patrona principal de la República.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Ibid.:206.

<sup>15</sup> Vázquez..., 8 de junio de 1833: 3 y 14.

<sup>16</sup> Ibid.: 16. Desafortunadamente ni las novenas, ni las oraciones, ni procesiones pudieron evitar el terrible avance de la epidemia, que se extendió en varias ciudades mexicanas. Pérez Tamayo (1988,I: 15) menciona a manera de ejemplo que en las sociedades prehispánicas, entre los aztecas, también se debió haber acudido al auxilio de alguno de los dioses, tratando de desagraviarlo. Ver el estudio de Aguirre Beltrán sobre Medicina indígena, 1987: 36-54.

1.2.- Factores físicos.

Además de las ofensas a los dioses, por medio de una conducta errada, y del castigo consecuente, se pensaba que existían otras causas de las enfermedades como eran los factores astrológicos, los cataclismos, terremotos, inundaciones, climas, aires o la atmósfera.

a) Los fenómenos astrológicos podían ser motivo de epidemias. La conjunción de planetas, el paso de un astro era suficiente para infectar el aire y producir una enfermedad. El Coloquio de González de Eslava, en el siglo XVI, es un buen ejemplo de estas ideas.

"El Saber considera que las causas de las enfermedades fueron:

Aire pésimo y corrupto,  
que la muerte lo sembró  
por coger vidas por fruto  
El Celo  
La pésima corrupción  
¿de qué nació y en qué peste?  
El Saber  
Nació, por extraño arte,  
de sólo una conjunción  
de Saturno y el Dios Marte.  
El Saber concluye:  
La salud y las dolencias  
muchas veces son causadas  
del cielo y sus influencias.<sup>17</sup>

b) Los cambios de temperatura eran una de las cuestiones a las que se les dedicaba mayor atención como medios para evitar

---

<sup>17</sup> Hernández, Rodríguez:228. se trata de unos versos escritos con motivo de la epidemia de 1576.

la propagación de las enfermedades.<sup>18</sup>

En el método preservativo para el cholera morbus publicado por el Ayuntamiento se hace hincapié en estos aspectos:

- 1.- Deben evitarse los cambios repentinos de temperatura, y principalmente la acción del aire húmedo y frío.
- 2.- Las habitaciones deben estar ventiladas, pero sin que se produzcan en ellas fuertes corrientes de aire, que hagan notar á los que las ocupan repentinas variaciones de temperatura.
- 3.- La hora mas acomodada para renovar el aire en las piezas, es cuando ya han pasado tres ó cuatro horas de la salida del sol y la niebla de la mañana se ha disipado.
- 4.- Por la misma razón la hora menos dañosa para salir de las casas, es cuando ya no se advierte diferencia en la temperatura, ni vapores húmedos en la atmósfera.
- 10.- Habiendo en muchos de los cuartos bajos de México una excesiva humedad, y aun agua debajo de las vigas que forman el piso, deberán no ser habitadas si no se les remedia este defecto.<sup>19</sup>

Respecto a este último punto es difícil que se cumpliera dada la escasez de vivienda que siempre ha caracterizado a las grandes ciudades. En particular los pisos bajos de las casas debido al alto nivel friático del suelo de la ciudad de México se mantenían en completa humedad. La rentas de estas habitaciones por lo tanto no eran tan costosas y las podían pagar las gentes de pocos recursos económicos, que son las que las habitaban.

En Europa se denunciaba el peligro de los pisos bajos y sótanos, ya que estaban sometidos a las emanaciones del suelo y privados de la necesaria circulación del aire.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Desde Hipócrates encontramos un tratado acerca de Aires, Aguas, lugares. Sigerist, Op.Cit.: 25.

<sup>19</sup> "Método preservativo que debe observarse durante la epidemia de chólera morbus ..1849: 5-7.

<sup>20</sup> Corbin, 1987:115.

c) La atmósfera como causa de enfermedad.

El Sr. Juan Nepomuceno Bolaños atribuyó el cólera de 1833 a la alteración de la "electricidad atmosférica".<sup>21</sup> En 1825 hablando de la epidemia de sarampión que azotaba a la capital, la Junta de Sanidad dictaminó que él [sarampión]

se manifiesta en todos los climas bajo determinadas constituciones atmosféricas favorables a su desarrollo, si se declara al principio del invierno, aumenta hasta el equinoccio de primavera, y desaparece enteramente ácia el solsticio de estío.<sup>22</sup>

En general los aires, los miasmas, los olores son interpretados como causantes de enfermedades. A los terremotos se les teme además de por el daño que causaban, por creerse que de ellos se desprenden emanaciones perjudiciales.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> "Exposición hecha por D. Juan Nepomuceno Bolaños sobre la epidemia del cólera morbus... 1850: 3.

<sup>22</sup> Método directivo para la curación del sarampión..., 1825: 3.

<sup>23</sup> Sedano, Op.Cit.:164-167 hace una exposición de los temblores ocurridos en el siglo XVIII. Ver el estudio de Alain Corbin (Op.Cit.) sobre, los miasmas y los olores en los siglos XVIII y XIX.

### 1.3.- Factores internos (constitucionales).

La teoría humoral de la enfermedad tuvo un amplio desarrollo con Galeno que planteaba que el cuerpo humano estaba constituido por cuatro humores principales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra.<sup>24</sup> Esta concepción correspondía a la idea de la constitución del mundo a partir de cuatro elementos: aire, agua, tierra y fuego. Los humores y los elementos a su vez se encontraban dotados de cualidades que mantenían un equilibrio con el temperamento, al vigor y a las cantidades. La enfermedad se producía por el desequilibrio de los humores o del aislamiento de uno de ellos con relación a los otros. Por lo que el objeto de la "Higiene" era mantener el equilibrio normal entre los humores y sus cualidades a través de la prescripción de dosis adecuadas de alimento, bebida, sueño, actividad sexual, etcétera.<sup>25</sup>

Se hablaba de individuos, flemáticos, coléricos, sanguíneos y melancólicos.<sup>26</sup> En el régimen, tratado escrito en el siglo XVI se decía:

Cuatro humores reinan en nuestros cuerpos  
para comparar con los cuatro elementos,  
sanguíneo, colérico, flemático, melancólico

---

<sup>24</sup> Ver el trabajo de Pérez Tamayo, 1988, I: 95-151.

<sup>25</sup> Sigerist, Op.Cit.: 23-24.

<sup>26</sup> Incluso existe una rama de la antropología física, la biotipología, encargada de relacionar características físicas con el comportamiento, con el grupo racial, e incluso con algunas patologías. "La tradición dice que las personas gordas son alegres y generosas; las delgadas, hoscas y obstinadas; las personas bajas, agresivas y fuertes, silenciosas y confiadas. Ver el libro de Sheldon (1955: 13). Se puede consultar también a Schreider, (1944).

estos dos son pesados, torpes de sentido  
los otros más joviales, vivos y contentos,  
y así pueden compararse sin ofensa:  
como aire cálido y húmedo, es el sanguíneo  
igual que fuego es el colérico caliente y seco,  
como agua, frío y húmedo, el flemático,  
la melancolía es fría y seca como tierra.<sup>27</sup>

En la actualidad se siguen clasificando a los humanos de acuerdo a tipos constitucionales psicossomáticos, que tiene su base en la teoría de los humores, aunque con un enfoque muy distinto al antiguo.<sup>28</sup>

## 2.- Organización de las medidas contra las epidemias.

Las medidas que se tomaban respecto a los períodos de sobremortalidad debidos a las epidemias estaban acordes a los conceptos de cada época, así contra la cólera divina se mezclaban rezos, procesiones, Te Deums, peregrinaciones, promesas,<sup>29</sup> o se perfumaban, fumigaban o quemaban los posibles objetos causantes de la enfermedad, cuando ya se asociaban con parásitos.

Al ser reconocido un padecimiento como contagioso entraban en acción las cuarentenas, los aislamientos, los cordones sanitarios.

Las medidas adoptadas en el período colonial tienen una orientación humanitaria aportada por las instituciones de caridad

---

<sup>27</sup> Sigerist, Op.Cit.: 46.

<sup>28</sup> Existe toda una escuela de biotipología que clasifica a los humanos de acuerdo diferentes parámetros.

<sup>29</sup> A lo que Sigerist (Op.Cit.: 36) llamó "medicina de oraciones" .

cristiana. Las autoridades civiles y eclesiásticas, así como las instituciones médicas en particular, el Protomedicato, se encargaban de los servicios de salud.

A mediados del siglo XVI la teoría contagionista ayuda a que tenga cada vez más valor el aislamiento y sobre todo la observación estricta de medidas sanitarias en tiempos de epidemia.

## 2.1- Medidas contra el contagio.

Las medidas adoptadas durante los ataques epidémicos están condicionadas por varios aspectos principales, por un lado las ideas acerca de la enfermedad, el grado de conocimiento médico y por el otro la administración de los servicios de salud y la disponibilidad de recursos humanos y materiales. La higiene<sup>30</sup> y la salud pública dependen, en especial, del conocimiento tecnológico que se tenga.<sup>31</sup>

La organización para hacer frente a una epidemia se iniciaba con los informes, generalmente de los médicos acerca de la aparición de varios casos de alguna de las enfermedades contagiosas, o bien del reporte del cura de un fallecimiento

---

<sup>30</sup> La higiene es el resultado del conocimiento médico, en especial el fisiológico y procura crear las condiciones más adecuadas para el normal funcionamiento de los órganos y en general del cuerpo. Ibid.: 22.

<sup>31</sup> Este conocimiento técnico es el resultado de los avances científicos y de las condiciones sociales y económicas, pero depende en buena medida de la organización del estado. Ibid. Esto se refiere a grandes obras de urbanización como la introducción de agua potable, el drenaje, la construcción de atarjeas, fuentes, etcétera.

causado por una de esas enfermedades, que podían ser presagio de una epidemia. El médico informaba al gobierno, casi siempre a través del Fiscal de lo Civil, quien mandaba realizar una investigación y dictaba medidas. Además se pedía a las personas que informaran de los casos sospechosos de enfermos contagiosos. Al conocerse del caso se debían tomar medidas a nivel local y el gobierno municipal solo intervenía en circunstancias de impotencia por parte de las autoridades del lugar, proporcionando espacio y equipo. Si la situación se agravaba, como era lo común, se necesitaba de una organización especial que casi siempre se hacía a través de las Juntas de Caridad, formada por grupos de ciudadanos prominentes, que ejercían influencia sobre la fuerza policiaca, los recursos económicos, etc. la Junta incluía al principal funcionario administrativo, al eclesiástico, al médico y a otros hombres notables.<sup>32</sup>

Como los recursos de los pueblos y aldeas rara vez eran suficientes en situaciones de gran emergencia, se podía solicitar ayuda a las autoridades centrales, que por lo general consistía en proporcionarles recursos económicos ya que no existía una organización de salud pública ni médicos de campo. A su vez las autoridades locales estaban obligadas a poner en práctica las medidas que el gobierno les recomendara.<sup>33</sup>

En el caso de la epidemia de 1813 los informes y las solicitudes al Ayuntamiento son relativas al permiso para la

---

<sup>32</sup> Cook, 1982: 308-309.

<sup>33</sup> Op.Cit.: 309-310.

utilización, por parte de distintos pueblos, de los bienes de las cajas de comunidad, más que a la falta de fondos, aunque no escasean los casos en que se solicitan recursos. Incluso se da el caso a la inversa, el Ayuntamiento solicita al virrey le permita utilizar los fondos de las cajas de Santiago y San Juan para socorrer a los epidemiados, aduciendo que por otra parte son los más pobres de la ciudad.

Con el fin de evitar que las enfermedades contagiosas se dispersen y ataquen a mayor número de sujetos se toman medidas de aislamiento. Si se trata del contagio de persona a persona el aislamiento es en hospitales, lazaretos, o en sus casas. Si se trata de una aldea, o de una ciudad, las medidas son por medio de la aplicación de cuarentenas.

## 2.2. Aislamiento de enfermos en lazaretos, hospitales y casas.

El hospital, como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad transplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial.<sup>34</sup>

En Nueva España encontramos en el siglo XVI tan solo en la ciudad de México más de diez hospitales.<sup>35</sup> Los hospitales coloniales eran en su mayoría mixtos, había pacientes hombres y mujeres, otros eran especiales por raza o por oficio, algunos más

---

<sup>34</sup> Foucault, Op.Cit.: 36.

<sup>35</sup> Archila, 1983:658.

especializados para enfermos de enfermedades como la lepra,<sup>36</sup> para enfermos mentales, para variolosos, que eran verdaderos hospitales de aislamiento. Al principio los hospitales funcionaron más al estilo de asilos, una especie de casas de caridad. Después se identifican más con fines curativos, a medida que se incrementaban los conocimientos médicos a través de las cátedras de medicina en la Universidad, aumentó la importancia de los hospitales, al convertirse al mismo tiempo en centros de enseñanza y de práctica médica.<sup>37</sup> A finales del siglo XVIII se inició la decadencia de los viejos hospitales.<sup>38</sup>

El aislamiento de los enfermos contagiosos en lugares donde eran encerrados tiene su tradición en Europa. Durante el siglo XV estos lugares reciben el nombre de lazaretos y son ampliamente utilizados para aislar a los enfermos contagiados de peste, en especial de lepra. Los lazaretos no son sitios exclusivos para enfermos contagiosos, sino hospitales provisionales que se

---

<sup>36</sup> El problema de la lepra dio lugar a la fundación de varios hospitales. En 1526 Hernan Cortés construyó el hospital de la Tlaxpana "con el fin de recoger a todos los leprosos que vagaban por la ciudad". También existió el hospital de las Bubas o del Amor de Dios, fundado en 1534 que era para enfermos de sífilis. Op.Cit.: 659.

<sup>37</sup> Las profesiones médicas estaban relegadas a un rango social muy bajo. La cirugía era considerada como arte manual, compartida por distintas personas y acaparada por los menos académicos y menos "aristócratas". La ejercían empíricos de cualquier casta y fue una de las profesiones más estigmatizadas. Había médicos libres y medicina asistencial. El gremio médico estaba muy diversificado, había bachilleres, licenciados y doctores en medicina; cirujanos algebristas, latinos y romancistas, maestros de cirugía, barberos cirujanos, sangradores, flebotomistas, boticarios, enfermeras y practicantes. Ibid.: 665.

<sup>38</sup> Ibid.: 661.

instalaban con gran difusión en tiempos de epidemia.

La reclusión de los enfermos en los hospitales y lazaretos no era fácil de lograr. La gente tenía gran temor a ser recluso en esos sitios donde muchas veces no se salía vivo.<sup>39</sup> Los documentos revelan el horror en especial de los indígenas a ser llevados a esos lugares o incluso para recibir algún tratamiento médico. De tal manera que era muy común el ocultamiento de los enfermos para evitar ser encerrado en alguno de esos sitios. Por ejemplo al fundarse el Hospicio de Pobres en 1774, el virrey Bucareli señaló la necesidad de obligar a los mendigos y pordioseros a encerrarse en el hospicio "aunque se resistan". Más de 20 años después, en 1797 se informó que pululaban por la ciudad un número excesivo de mendigos y como éstos debían de estar reclusos en el hospicio, el virrey Branciforte ordenaba enviar a recogerlos:

Con la humanidad y dulzura que exige el solo nombre de indigentes, cojan a cuantos mendigos encuentren en las calles y parages públicos y los lleven ante V.S. que distinguiendo de los viciosos y holgazanes los verdaderos pobres remitira [...] al hospicio y procederá contra aquellos bien corriégiéndolos apercibiéndolos o (...) según estimare conveniente.<sup>40</sup>

En la epidemia de matlazahuatl de 1736 el Protomedicato propuso como medidas preventivas, el aislamiento de los enfermos,

---

<sup>39</sup> El temor a entrar a esos lugares es mundial, dice Foucault (Op.Cit.:36): "¿se puede borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo, arrancado a su familia, el espectáculo de estas casas que no son para muchos 'sino el templo de la muerte'".

<sup>40</sup> AHCM, vol.2295, exp.1; exp.11, 31 de agosto de 1797. Orden dirigida al cabildo por el virrey Marqués de Branciforte. Actas de Cabildo, vol.6905, 18 de marzo de 1774.

los riegos y sahumeros desinfectantes en las casas y calles, y publicó un método curativo popular. Existía una preocupación constante por echar fuera "las exhalaciones perniciosas" de los hospitales, por lo que para evitar la propagación del mal todos los sitios debían de estar bien ventilados.<sup>41</sup>

El Hospital Real quedó señalado como lazareto para curar a los epidemiados, sin embargo fue tal el número de los contagiados que a pesar de la capacidad de este hospital,<sup>42</sup> se tuvieron que ocupar todos los otros de la ciudad y se reglamentó la asistencia domiciliaria a los epidemiados.

En el caso de los trabajadores, se conocen las difíciles condiciones de trabajo y salud de los empleados de las tocinerías y panaderías. Los dueños "aprisionaban a sus operarios con grillos, cadenas o trabas". Los obrajes tenían la obligación de destinar habitaciones para que durmieran separadamente los operarios solteros y los casados con sus mujeres. Cuando enfermaba alguno de los trabajadores, si pasaban tres días y la fiebre no cedía, debía ser atendido por un médico o cirujano, o

---

<sup>41</sup> Lo mismo ocurría en Europa se trataba de descongestionar los hospitales y tenerlos en la mayor limpieza. Corbin, Op.Cit.:123.

<sup>42</sup> El número de enfermos promedio diario del hospital era de 220 y hasta 300, pero el local podía albergar más de 3,000 como sucedió en 1776. En 1736 se cubrieron los corredores altos y bajos para formar dormitorios. En 1762 se construyó en el camposanto una galería de madera, con lo cual se pudieron asistir a 8,361 enfermos. El hospital fue decayendo tanto por falta de rentas como por vigilancia, Se suprimió el 21 de febrero de 1822 por un decreto y por otro, el 11 de octubre de 1824, las rentas se aplicaron al Colegio de San Gregorio y después a la Escuela de Agricultura. Posteriormente se convirtió en fabrica de hilados y luego se fundo allí el periódico El Siglo XIX. González Obregón, 1979: 79-82.

llevado a un hospital si no había médico en el lugar. Si tampoco había hospital se debía mantener al enfermo en un aposento aislado dentro del mismo obraje, dándosele alimento y medicinas hasta su completa curación. "Si el enfermo fuera abandonado y arrojado a la calle, el mayordomo sería condenado a dos años de presidio". Los gastos de la curación no eran por cuenta del patrón sino del operario, al que se le descontaba de su salario.<sup>43</sup>

### 2.3.- Cuarentenas.

Es una medida que se aplicó en combinación con otras prácticas como son las fumigaciones, y la quema de los artículos que se sospechaba estaban contagiados.<sup>44</sup> Consistía en el aislamiento de la región donde se encontraba presente la enfermedad. Se cree que gracias a esta medida tomada a nivel regional fue posible erradicar las grandes pestes de Europa.<sup>45</sup> En la Nueva España se aplicaban las cuarentenas cuando se sabía de la llegada o aparición de un nuevo foco de contagio. A pesar de ser una medida adecuada y que muchas veces servía, no siempre se lograba detener el paso de la enfermedad.

Las cuarentenas se utilizaron en Nueva España desde el siglo

---

<sup>43</sup> Arcila Farías, 1974: 31-35.

<sup>44</sup> Esta era una tradición europea que exigía que después de la epidemia se quemaran las casas, o las barracas que hubieran servido a los enfermos expulsados de sus aldeas y reclusos en esos lugares. Corbin, Op.Cit.:119.

<sup>45</sup> Biraben, Op.Cit.: 174.

XVI, en 1560 y 1589, en la ciudad de México. Esta medida se generalizó en el siglo XIX.<sup>46</sup> En la terrible epidemia de viruela de 1795-1796 a pesar de las cuarentenas impuestas la enfermedad llegó a Tehuantepec y se extendió por el Valle de Oaxaca y de ahí a otras regiones. En 1813, debido a la epidemia de "fiebres" se dictaron medidas de cuarentena tratando de aislar a la gente procedente de Puebla, donde imperaba la enfermedad, así como a sus pertenencias y a los artículos del comercio, pero también fueron infructuosas, sobre todo por que se burlaba la vigilancia y había circulación de personas y de productos. Esta era una ruta de comercio muy importante a la ciudad de México. La cuarentenas eran casi siempre un fracaso ante la resistencia pasiva generalizada y la falta de comprensión de los que la sufrían, del posible beneficio del aislamiento. Aun cuando no faltara el conocimiento acerca de lo adecuado de la medida, los intereses económicos y personales entraban en juego determinado el resultado final de la cuarentena. Solo se veían los transtornos financieros y cotidianos de permanecer segregado o de no poder transportar las mercancías para su venta o entrega en otros sitios.

#### 2.4.- El fuego.

El fuego se empleó desde tiempos muy antiguos con el fin de prevenir la diseminación de las infecciones. Desde el siglo xiv,

---

<sup>46</sup> Archila, Op.Cit.: 674-676.

en varios países de Europa, incendiaban las casas de los enfermos de peste, otras veces se quemaban los muebles y las ropas de los contagiados. En los puertos, sobre las costas se quemaban los barcos que se suponían contaminados.<sup>47</sup>

En el México colonial, de acuerdo con la Gaceta Médica, esta práctica era común:

Con la mira de evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, el rey D. Fernando IV dispuso por su ley del 6 de Octubre de 1751, [...] que vigilara y dispusiera, al fallecimiento de aquel, la completa separación de la ropa, vestidos, muebles y cuanto hubiera servido en su cuarto, aun cuando estuviera destinado para obras piadosas, á fin de arrojar al fuego todos estos objetos: mandaba igualmente que las paredes del cuarto del enfermo, 'se piquen, revoquen y blanqueen' y se enladrille de nuevo la pieza. Cuando un enfermo cambiaba de pieza debía de hacerse lo mismo con la que dejaba. La quema de objetos debía verificarse á media legua de la ciudad para que los vapores no perjudicaran.<sup>48</sup>

Dado el costo que debía implicar el llevar al cabo estas medidas es casi seguro que no se acataran. En especial el cambio del recubrimiento de pisos y paredes.

## 2.5.- Fumifaciones y perfumes.

Desde el siglo xiv y xv en Europa los perfumes son utilizados para desinfectar: mirra, aceites, laurel, ginebra etc. En el siglo XVII las fumigaciones aromáticas son reforzadas con compuestos de arsénico y de antimonio, lo mismo que el vinagre, él cual se utiliza ampliamente. A partir de la segunda mitad del siglo XVI la desinfección se vuelve algo cada vez mas frecuente

---

<sup>47</sup> Biraben, Op.Cit.: 176-177. Corbin, Op.Cit.:119.

<sup>48</sup> Gaceta Médica, T.I, 1 de octubre de 1865: 422.

y desde esta época es utilizada por los especialistas. La desinfección en realidad es hecha por los sirvientes, generalmente mal pagados. Se cerraban las habitaciones y dentro se quemaban los diferentes compuestos. En "ciertas regiones" a principios del siglo XVII se pagaba a niños pobres para entrar a las habitaciones después de las desinfecciones para probar si la peste había desaparecido.<sup>49</sup>

Con el fin de desinfectar a los presuntos contagiados se les introducía en un cuarto y se les "perfumaba". En Lyon, Francia, en 1628 se les dejaba dentro durante el tiempo que se rezaba un padre nuestro y un ave maría, pero aun con el breve tiempo que duraban dentro, la mayoría de las veces perdían el conocimiento y se les sacaba medio asfixiados.<sup>50</sup>

La desinfección en las calles fue una de las preocupaciones más antiguas, por la creencia de que las inmundicias provocaban la peste.<sup>51</sup> De ahí surgieron una serie de reglamentos y medidas que tenían por fin el mantenimiento de la limpieza de la ciudad. Durante el siglo XIX proliferaron los bandos prohibiendo tirar basura, agua o cualquier otro desperdicio a las calles. El 15 de enero de 1834, José María Tornel reproducía un bando de policía, haciendo referencia a los publicados en 1780, 1790, 1791, 1796 y especialmente al del 22 de enero de 1822, en donde dice están comprendidas todas las disposiciones al respecto que se debían

---

<sup>49</sup> Biraben, Op.Cit.: 178.

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> Corbin, Op.Cit.:110-119.

acatar. Se trataba del mantenimiento de las calles en buen estado, así como de las aceras, fuentes y sitios públicos. Por lo tanto, se multaría a las personas que arrojaran basura, agua limpia o sucia. A los aguadores se les obligaba a limpiar las fuentes cada día primero del mes con el fin de evitar la corrupción del agua. Los vendedores callejeros, fruteras, verduleras, carboneros, tenían la obligación de dejar limpio el lugar donde expendían sus mercancías. Todos los vecinos debían barrer el frente de sus casas, así como recoger todas las inmundicias del caño o atarjea de su vecindad. Las multas serían por mitad a los vecinos de uno u otro frente.<sup>52</sup> En Francia desde el siglo XIV se nombraron comisiones para hacer ordenanzas sobre salubridad pública.<sup>53</sup>

El tabaco se usaba como uno de los mejores desinfectantes del aire y tenía amplio reconocimiento médico. En algunas farmacias se vendía como preservativo para la peste.<sup>54</sup>

Con respecto al aire había una preocupación constante por éste como posible origen de muchas epidemias. Por lo tanto algunas de las medidas tenían por objeto "purificarlo". Para lo cual siguieron diversos métodos algunos proponían quemar maderas de ocote, a manera de "luminarias" en las encrucijadas de las calles, callejones y patios de las casas, en especial en las

---

<sup>52</sup> Manual de providencias económico -políticas...

<sup>53</sup> Ibid.: 179.

<sup>54</sup> Ibid.: 181.

vecindades.<sup>55</sup> El aire puro se asocia a la prevención del cólera.

Nunca será demasiada la atención que se ponga en la salubridad de las habitaciones: así pues es menester tener cuidado de no habitar, y mas todavía no acostarse en mucho número en la misma pieza, orearla por la mañana y aun en el curso del día abriendo el mayor tiempo y lo mas frecuentemente posible puertas y ventanas.<sup>56</sup>

### 3.- Tratamientos.

Los tratamientos aplicados consistían en algunas acciones que se efectuaban con cierta generalidad independientemente de la enfermedad y otras específicas que tenían ya reconocimiento y se habían usado tanto en el país como en Europa. Se hacían sangrías, lavativas, se aplicaban unguentos, cataplasmas y otras sustancias para friccionar el cuerpo. Se recetaban pócimas de acuerdo a cada enfermedad. En el caso de las sangrías esta era una operación practicada desde la antigüedad y en la Edad Media fue realizada como medida terapéutica y por razones higiénicas. Se sangraba a la gente en primavera para evacuar los humores viciados del invierno.

Se regulaba la alimentación y se prohibía el consumo de determinados productos.<sup>57</sup> Lo médicos, como el Dr.Villar, daban consejos de todo tipo:

---

<sup>55</sup> El panfleto menciona que gracias a ello se detuvieron varias epidemias en Francia. Villar, 1833: 5.

<sup>56</sup> Broussais, 1832:43.

<sup>57</sup> Desde la época de Galeno la gente sabía que comer en exceso, exponerse al frío, no dormir adecuadamente, o otras circunstancias similares no favorecían la buena salud. Sigerist, Op.Cit.:20. Pérez Tamayo, Op.Cit.:122-128.

El cólera que tanto se teme, ha causado menos estragos que la viruelas ó la escarlatina. Los medios que quedan aconsejados son suficientes sin duda para burlar sus primeros ataques, esto es lo interesante; olvidar el peligro para no temerlo, acordarse para evitarlo. Los recreos inocentes, las tareas moderadas capaces de distraer el espíritu, son mejores medios de precaución que los pretendidos preservativos. limpieza, sobriedad, tranquilidad de ánimo y evitar toda clase de excesos.<sup>58</sup>

La limpieza profiláctica que se pone en marcha es social y es moral, además de médica: los esfuerzos de inoculación y los hábitos higiénicos constituyen una vasta campaña de control de las clases populares, pues se piensa que éstas son las portadoras por excelencia de los gérmenes. Estas clases son peligrosas en las epidemias y en la revoluciones. Los descubrimientos bacteriológicos han dado un nuevo contenido a las ideas antiguas acerca de la enfermedad. Los gérmenes se desarrollan en los lugares sin sol y sin aire, pero son engendrados, se piensa, por los hábitos detestables de las clases populares. Los escritos, los tratados médicos, los reportes administrativos se enmarcan dentro de la estigmatización de los pobres. Se les acusa de negligencia en la higiene, de pasividad para afrontar la enfermedad, o de abusar del alcohol.

### 3.1.- Pócimas, remedios, jarabes y otras recetas.

Los médicos recomendaban, como tratamiento para algunas enfermedades, el uso de bebidas estimulantes como el café, al que

---

<sup>58</sup> Villar, Op.Cit.: 7-15.

se podía añadir unas gotas de láudano y 30 de aguardiente bueno.<sup>59</sup> El agua siempre ha estado relacionada con la salud. Algunas veces se trata de agua de "colonia", otras veces de aguas minerales, como en el caso del agua de San Bartolomé,<sup>60</sup> o bien de "las virtudes de las aguas del Peñol". Estas aguas eran famosas para curar a los enfermos de reumatismo, de gota, de hidropesía, de hernias, en las quemaduras "completas e incompletas", en las descomposturas de huesos, en la debilidad de los nervios, en "las reliquias del tumor gálico, después de las uncciones mercuriales".<sup>61</sup> Se le asignaba propiedades maravillosas contra la sarna, y el mal de S. Lázaro. Uno de los panfletos del siglo XVIII elogiaba las aguas del Peñol, atribuyéndoles propiedades medicinales:

Las Aguas Thermales, en todo tiempo manifiestan su movimiento, en todas las estaciones del año sanan en ellas los enfermos que acuden; Y es tan asentado lo saludable de sus efectos, que en todos los Reynos, y partes del Mundo se esmeran los Monarchas, zelosos de la salud pública, en fomentarlas...<sup>62</sup>

El agua de colonia se utilizaba como elixir, tomada en dilución en vino, agua clara o caldo. Se podía aplicar exteriormente dándose friegas con ella en la sienes, los pulsos, las coyunturas, la columna, o en cualquiera de las partes

---

<sup>59</sup> Op.Cit.

<sup>60</sup> Tratado de la agua mineral caliente de San Bartholome....., 1772.

<sup>61</sup> El mal gálico era la sífilis, a la que también se le daba el nombre de mal napolitano o mal francés. Se creía que el mercurio era un remedio eficaz, en realidad la mayoría de las veces intoxicaba al organismo y llegaba a afectar al esqueleto.

<sup>62</sup> Virtudes de las aguas del Peñol....,1762.

"afligidas", para fortalecerlas y restablecerlas. Se usaba como remedio para la apoplejía, "perlesía, palpitación del corazón, catarros, y obstrucciones". Se proponía su uso como remedio para una infinidad de enfermedades.<sup>63</sup>

#### 4.- Reacciones ante las epidemias.

Las reacciones que causaban las epidemias se producían en el conjunto de la población, ya que ésta era la que estaba amenazada. En las epidemias sufrían los pueblos, las aldeas, las ciudades. Era difícil escaparse a su ataque. Por lo tanto las reacciones que se producen son colectivas. La mayoría de las veces las epidemias causaban miedo, temor, angustia, impotencia, ira, frustración.<sup>64</sup> La Gaceta Médica, nos da una idea acerca de esto:

Un terror exagerado se apoderó de todos los habitantes de México á la vista del crecido número de atacados y de la espantosa mortandad que hizo la epidemia [1736]: los médicos, que trabajaban diligentes en cumplimiento de su ministerio, y muchos de los cuales pagaron con su vida su dedicación, se rehusaban á inspeccionar los cadáveres, habiendo sido un servicio distinguido para algunos cirujanos el hacer anatomía, como entonces se llamaba, y los indios no quisieron ya conducir en hombros á los cementerios los cadáveres de los que fallecían, que al fin fueron llevados en carros.<sup>65</sup>

Este tipo de fenómenos son comunes a muchas de las sociedades de la época, en casi todas las reseñas de las

---

<sup>63</sup> Esta agua maravillosa se vendía en la botica de D. Sebastián Gómez Moron, a 12 reales la botellita importada y a diez la nacional. "Virtudes y efectos de la agua admirable de colonia", LAF, 688.

<sup>64</sup> Lebrun, Op.Cit.: 416-435.

<sup>65</sup> Gaceta Médica, T.I, 26, 1 de octubre de 1865: 421.

epidemias o de las peste se menciona al temor con que la gente ve el contagio y la posibilidad de morir. Sobre todo es un hecho que involucra a la sociedad entera, pues en casos de epidemias graves, los porcentajes de contagiados y muertos son muy altos.<sup>66</sup>

Por otro lado se dan las reacciones de rechazo y segregación de los enfermos, como muestra este fragmento de un artículo en la Gaceta Médica:

La ley marcaba además á estos infelices con un sello de horror para con la sociedad, que como es natural, procuraba evitar toda comunicación con ellos; y sus desgraciadas familias se veían condenadas á deplorar, no solo los padecimientos de sus deudos, sino lo que es todavía peor, el aislamiento, cuando mas necesitaban el auxilio y consagración de los parientes y amigos, y esto sin contar con la confiscación de los objetos que habían servido al enfermo.<sup>67</sup>

4.1.- Abandono de la ciudad de personas de recursos durante las epidemias.

En el siglo XIX el cólera provocó reacciones similares a las que surgían en las grandes pestes. Se producía pánico, desorden, incertidumbre, amenaza de muerte, sensación de inseguridad.

La gente acomodada huyó de las ciudades ante el temor de ser atacado por la enfermedad. Los relatos de la época son tristes, llenos de presagios funestos, de moribundos, de cadáveres por doquier. Las ciudades entraban en un bullicio momentáneo, para después paralizarse. Se adoptaron actitudes de defensa

---

<sup>66</sup> Lebrun, Op.Cit.: 430-435.

<sup>67</sup> Ibid.: 423.

psicológica, que desembocaban en burlas de la enfermedad, se "brinda por Morbus" (Chateaubriand); los niños jugaban al cólera al que llamaban Nicolas Morbus y el malvado morbus.<sup>68</sup>

Guillermo Prieto relata el abandono de zonas enteras de la ciudad, donde todo era desolación a causa del cólera en 1833. Calles vacías, habitaciones desiertas.<sup>69</sup>

#### 5.- La Medicina en los siglos XVIII y XIX.

La medicina de acuerdo con Sigerist, es una de las disciplinas más vinculadas con "el conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por transformaciones en las ideas de la época".<sup>70</sup>

La medicina en Nueva España "surge de un proceso de confrontación y superposición de teorías, ideas y prácticas españolas e indígenas, en un fenómeno de aculturación recíproco".<sup>71</sup> La medicina colonial estuvo formada por tres aspectos: la medicina española; la indígena tradicional; y la mestiza popular. Cada una dirigida hacia ciertos sectores de la población. Los médicos españoles debían cumplir con toda una

---

<sup>68</sup> Herzlich y Pierret, Op.Cit.: 32-33.

<sup>69</sup> Prieto, 1985: 41-43.

<sup>70</sup> Citado por Canguilhem, Op.Cit.: 73.

<sup>71</sup> Aguirre Beltrán, 1982: XXII.

serie de requisitos.<sup>72</sup> Para ejercer su profesión estaban divididos en : el médico, el cirujano, el sangrador-barbero, el boticario y la partera, en una circunstancia estratificada.<sup>73</sup> Sus clientes voluntarios eran la población peninsular y la criolla; y sus clientes cautivos los pobres indígenas que ingresaban a los hospitales en tiempos normales y a los lazaretos en tiempos de epidemia. El ámbito médico del profesional universitario era el hospital y los clientes particulares, por lo general españoles. El médico indígena era analfabeto, y había adquirido su sabiduría por experiencia. Conocía las propiedades físicas de la flora y la fauna, a las que asignaba cualidades mágicas. Los procedimientos terapéuticos estaban revestidos por actos y ceremonias prodigiosas, que tenían como finalidad influir en el temor o la angustia ocasionada por enfermedades o accidentes. Su clientela era la población de los pueblos o comunidades indígenas. Su escenario era el lugar sagrado: el solar, el sitio protegido por algún signo poderoso, lugares misteriosos como las cuevas o las montañas.<sup>74</sup> El médico de la medicina popular es el curandero. Es perseguido por autoridades eclesiásticas y civiles. Su clientela son los mestizos, y algunas veces españoles y criollos que se dejaban influenciar por las

---

<sup>72</sup> Esta profesión estaba muy desprestigiada. Casimiro Liceaga decía que a los jóvenes más torpes era a los que se orientaba hacia la medicina y que esta profesión estaba muy atrasada debido a que en España siempre se habían opuesto a la filtración de nuevas ideas en América. Martínez Cortés, 1987: 41.

<sup>73</sup> Quezada, 1989: 15.

<sup>74</sup> Aguirre Beltrán, OP.Cit.: XXIII.

creencias y supersticiones. Para Noemí Quezada el curandero es el especialista que posee y manipula un cúmulo de conocimientos tanto indios, españoles como de la población negra, "dentro de un contexto cultural que corresponde a los grupos oprimidos".<sup>75</sup> De acuerdo con Aguirre Beltrán:

La materia médica que usa es la indígena, barata y siempre a la mano, la que mezcla con remedios de Plinio, o de los astrólogos árabes, con las virtudes de reliquias de santos y oraciones cristianas o el influjo de los medicamentos contenidos en infolios medievales.<sup>76</sup>

En esta práctica es donde mejor se puede reconocer el proceso de aculturación; allí se mezclaban conocimientos de ambas medicinas la española y la indígena, aderezada por las costumbres y creencias. Las concepciones populares y las médicas se influyeron. La medicina dependía de su saber y de su práctica, de la experiencia de los enfermos, de su visión acerca de sus propios padecimientos y del discurso colectivo sobre la enfermedad.<sup>77</sup>

Los médicos autorizados para ejercer la profesión eran los españoles, y los curanderos a pesar de ser reprimidos y sancionados atendían a todos los grupos. La mayor parte de la población no tenía medios para pagar los honorarios de un médico, pero tampoco éstos atendían a cualquiera, a pesar de que las disposiciones de las autoridades se los exigían. En cambio, al

---

<sup>75</sup> Quezada, Op.Cit.:27.

<sup>76</sup> Aguirre Beltrán, Op.Cit.: XXIV.

<sup>77</sup> Quezada, Op.Cit.: 15-25; García Icazbalceta, 1954: 227; Herzlich y Pierret, Op.Cit.: 16.

curandero acudían españoles, mestizos, negros y mulatos.<sup>78</sup>

La característica principal de la medicina en el siglo XIX, antes de Pasteur, es su carácter monista, en el siglo anterior por influencia de los animistas y de los vitalistas había sido una medicina dualista, un "maniqueísmo médico. La Salud y la Enfermedad se disputaban al Hombre, como el Bien y el Mal lo hacían con el mundo".<sup>79</sup> La medicina española en México a principios del siglo XIX estuvo impregnada de las teorías en boga en Europa, la de Brown en Inglaterra, basada en el sistema fisiológico; y en especial la de Broussais en Francia, cuyos panfletos tuvieron gran circulación en nuestro país<sup>80</sup> y muchas veces se aplicaban métodos surgidos de la experiencia médica mexicana. Al respecto el Dr. Manuel E. Carpio profesor de medicina decía:

Estamos bien enterados de los planes curativos empleados allá casi con generalidad, pero algunos médicos sin vituperar esos métodos hemos creído que no son los mejores.<sup>81</sup>

6.- Fin del Protomedicato y el incipiente surgimiento de una medicina en manos del Estado.

El Protomedicato era una institución que tenía bajo su

---

<sup>78</sup> Quezada, 1989:122.

<sup>79</sup> Pérez Tamayo, 1988, T.I:203.

<sup>80</sup> En particular las Lecciones sobre la enfermedad colera-morbus y su método curativo..., 1832.

<sup>81</sup> Martínez Cortes, Op.Cit.: 46.

cuidado los aspectos de atención médica; regulaba la práctica de los facultativos y de las boticas. Para finales del siglo XVIII este organismo estaba en decadencia, con la Constitución de 1812 se le quitó "su jurisdicción privativa". En años anteriores se había visto envuelto en conflictos políticos al oponerse al reglamento con que se estableció la escuela de cirugía, así como a que los médicos peninsulares ocuparan esa cátedra.<sup>82</sup>

Al establecerse las juntas de sanidad superiores y las municipales éstas se encargaron de todo lo concerniente a la salubridad e higiene pública, quitándole esa atribución al Protomedicato. De acuerdo con Febles:

se puede decir que su existencia de hecho y de derecho había venido á quedar en puro dicho. Sin tener á su cargo las escuelas de la facultad, ni el cuidado de los puntos de salubridad, y sin jurisdicción para corregir los abusos, todas sus atribuciones quedaron reducidas a hacer unos cuantos exámenes.<sup>83</sup>

A mediados del siglo XIX se pensaba que el fin del siglo XVIII había estado destinado á las principales y mas trascendentales medidas de salubridad. En particular las relativas a la prohibición de enterrar los cadáveres en el interior de los templos, ni dentro de la ciudad.<sup>84</sup> Las

---

<sup>82</sup> "Exposición que el doctor y maestro Manuel de Jesus Febles..., 1831: 1-3.

<sup>83</sup> Op.Cit.: 5, 8-11. En el documento se anexa una lista de "Los Ciudadanos Profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia, que el Proto-Medicato remite al Señor Gobernador del Distrito para la elección de la junta Médica del mismo". La Facultad Médica del Distrito Federal sustituyó en 1831 al Protomedicato. Martínez Cortes, Op.Cit.: 35.

<sup>84</sup> Bando sobre enterramientos fuera de poblado. Manual de providencias..., doc.35, pp.86, 15 de diciembre de 1833.

prohibiciones sobre la experimentación de inventos en los pacientes de los hospitales sin su autorización. Prohibición de que en las ciudades se establecieran fábricas ó manufacturas que inficcionaran la atmósfera, como jabonerías, tenerías, fábricas de velas de sebo, cuerdas de vihuela, y aligaciones de metales y fósiles.<sup>85</sup> También se dieron órdenes para regular la construcción y mantenimiento de hospitales, cárceles, mataderos, teatros, y en general todo los edificios públicos a través de la Junta de Gobierno de Medicina. La vigilancia de los expendios de alimentos ya fuera carne, pescado, legumbres o granos.<sup>86</sup>

En los panfletos y artículos sobre los métodos curativos y preventivos para distintas enfermedades se aconsejaban medidas sobre aspectos relativos a las condiciones de vida, como era el cubrirse con ropas de lana, usar zapatos o guaraches. No dormir sobre el suelo desnudo, sobre todo "los habitantes de los pisos bajos, que es generalmente la gente mas pobre y desaseada". Asolear los petates, airear el cuarto y "sacar los excrementos fuera para evitar el mal olor y la descomposición del aire". Evitar el aire, no dejar secar la ropa sobre el cuerpo cuando se hayan mojado, evitar desvelarse y la exposición al sereno, al igual que el sol intenso.<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Lo mismo ocurría en Francia, donde se trataban de sacar las labores responsables de malos olores como el curtido, las peleterías, tintoreros, etcétera. Corbin, Op.Cit.:116.

<sup>86</sup> Manual de providencias económico políticas...,pp.5, junio 1813.

<sup>87</sup> Villar, 1833: 4. "Consejos al pueblo mexicano sobre los medios sencillos...

Las epidemias eran vistas por algunos médicos desde una perspectiva más integral. Al respecto el Dr. Montaña apuntaba:

La situación topográfica de los lugares, la influencia de la atmósfera y de las aguas, las costumbres y forma de gobierno, el género de vida y alimentos, son las causas que mas ó menos desordenadas, é influyendo á la vez en muchos individuos, lastiman y atormentan a todo un pueblo, á toda una nación.<sup>88</sup>

No se llegaron a efectuar planteamientos como los hechos en Suiza por algunos médicos, que ponían énfasis en las deplorables condiciones de trabajo y de vida de los pobres como principales causantes de las enfermedades y de la gravedad de algunas epidemias.<sup>89</sup>

En el curso del siglo XIX, como dice Foucault, la enfermedad se desprende de la Metafísica. Con la clínica empieza a desaparecer la concepción religiosa y la particularizante, los síntomas permiten leer la naturaleza de la enfermedad. Aparentemente "el hombre enfermo" desaparece de la cosmología médica, mientras que se cristaliza el discurso clínico.<sup>90</sup>

Es precisamente en el siglo XIX cuando los conceptos acerca de la enfermedad adquieren un carácter científico. El diagnóstico tiene por base la constante observación y descripción de casos,<sup>91</sup> así como la comparación entre enfermedades con algunos

---

<sup>88</sup> Memoria instructiva sobre la enfermedad epidémica del sarampión..., 1825.

<sup>89</sup> Sigerist, Op.Cit.:85-93.

<sup>90</sup> Herzlich y Pierret, Op.Cit.: 51-53; Foucault, Op.Cit.

<sup>91</sup> Xavier Bichat decía al respecto en 1801: "La medicina ha sido rechazada del seno de las ciencias. Tendrá derecho a asociarse a ellas, por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación del enfermo

síntomas parecidos, como sucedió con el tifo europeo, el tabardillo, el tifo exantémico y la fiebre tifoidea.<sup>92</sup> Para que la medicina se volviera científica era necesario que la clínica y la observación del paciente y de las modificaciones sufridas en los cadáveres fueran rigurosas.<sup>93</sup> Era preciso "identificar la causa y sitio de la enfermedad en el ser vivo por medio de la clínica , y confirmar tal hecho por la investigación anatómica. Quedaba así trazado el método anatomoclínico".<sup>94</sup>

En general la higiene toma cuerpo en el siglo XIX. La medicina progresa como rama científica mediante investigaciones, cátedras, tratados que se efectúan en institutos especiales.<sup>95</sup> Varias fueron las condiciones para que esto sucediera, principalmente el surgimiento de la microbiología y la bacteriología que contribuyeron de una manera decisiva al estudio y tratamiento de las enfermedades transmisibles. Cada vez

---

se agregue el examen de las alteraciones que presentan sus órganos. ¿Qué es, en efecto, la observación clínica si se ignora dónde se asienta el mal?. en Martínez Cortes, Op.Cit.: 8.

<sup>92</sup> Gaceta Médica, T.I, 14, sábado 1 de abril de 1865: 217-229; Gaceta Médica, T.I, 11, 12, miércoles 15 de febrero de 1865: 169-184; miércoles 15 de marzo de 1865:185-215.

<sup>93</sup> Martínez Cortes, Op.Cit.: 8. Véase Foucault, Op.Cit.

<sup>94</sup> Martínez Cortes, Op.Cit.: 22-23.

<sup>95</sup> En esa época se vive "una verdadera revolución en la medicina"[...] el análisis científico en medicina consiste en enlazar o referir los síntomas, los signos exteriores de las enfermedades, al sufrimiento y alteración morbosa de ciertos órganos. Comprende dicho análisis la perfecta localización de la lesión y su clasificación según las analogías y diferencias de los tejidos afectados. Phillipe Pinel, autor de la (1798) citado en Martínez Cortes, Ibid.: 9.

aumentaban más los descubrimientos de los agentes patógenos.<sup>96</sup>

En esa época se habla con énfasis de la necesidad de implantar un código sanitario "que abrazando los diversos ramos de la ciencia de curar, garantice hasta cierto punto la vida de los habitantes...".<sup>97</sup>

En 1833 al fundarse el Establecimiento de Ciencias Médicas, se inició más formalmente la medicina científica.<sup>98</sup> Se fue desarrollando poco a poco una política general de salud contra las epidemias. Se generalizaron las medidas de aislamiento, los censos de las víctimas, el reclutamiento de personal especializado, las policías, las guardias. Hay un cambio de concepción de fenómeno sobrenatural a evento que es posible combatir mediante la higiene, el aislamiento, la distribución de alimentos y medicinas. La ruptura brusca se produce desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX.<sup>99</sup>

Los conceptos que relacionan los factores externos tales como la estructura económica y social, las cuestiones políticas, el tipo de dieta, etcétera con las enfermedades, tuvieron su origen desde el siglo XVI, cuando algunos médicos empiezan a encontrar las asociaciones entre las condiciones generales de

---

<sup>96</sup> Babini, 1980:131-141.

<sup>97</sup> "Exposición hecha por D. Juan Nepomuceno Bolaños sobre la epidemia de cólera morbus...", 1850: 5.

<sup>98</sup> Martínez Cortes, Op.Cit.: 7.

<sup>99</sup> Alvarez Amézquita, 1960: 427.

vida y la incidencia de ciertos padecimientos y aún antes.<sup>100</sup> Sin embargo estas ideas no se generalizan sino hasta bien entrado el siglo XIX y van a encontrar su mejor expresión, en el actual siglo,<sup>101</sup> en las diferentes corrientes de salud pública que postulan el estudio del "proceso salud-enfermedad", en la década de los setentas, o el estudio de la "desigualdad ante la muerte", que es abordado tanto por médicos como por demógrafos y antropólogos. Ambos tienen como una de sus primeras premisas la ruptura con la concepción biológico-individual de la enfermedad, tal como la maneja la medicina clínica. El punto central de estas corrientes radica en el reconocimiento de la morbimortalidad diferencial entre las distintas clases sociales, que dicen tiene poco que ver con los servicios médicos y el desarrollo tecnológico y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella.

A pesar de que en la actualidad casi nadie niega el carácter clasista de la enfermedad y de los servicios de salud, no existe gran documentación en México que sirva para comprobarlo.<sup>102</sup> Muchos manejan la causalidad social de la enfermedad como una pieza más de conocimiento, pero no aprecian que implica revisar

---

<sup>100</sup> Ver la "Higiene de Galeno" en Sigerist, *Op.Cit.*:13-34 y 66-77. A finales del siglo XVIII un médico de la Universidad de Pavía reconocía que los problemas de salud formaban parte de la problemática económica y social.

<sup>101</sup> En la década que comenzó en 1930 el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos hizo una serie de investigaciones que demostraron gráficamente la causalidad económica de la enfermedad. *Ibid.*: 66.

<sup>102</sup> Laurell, en Timio, 1980: 11.

a fondo las condiciones básicas de la medicina clínica "para poder distinguir en qué sentido y cómo el reconocimiento del carácter social de la enfermedad pudiera impulsar la generación de un conocimiento nuevo".<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> Op.Cit.: 13. En general se usa y abusa del concepto salud-enfermedad, sin que los investigadores analicen el concepto y las categorías utilizadas para generar nuevos conocimientos.

### CAPITULO III

#### LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD: CONSIDERACIONES TEORICAS Y METODOLOGICAS.

- 1.- Determinantes de la mortalidad.
- 2.- La nutrición, el hambre, las infecciones y sus implicaciones sobre la mortalidad y morbilidad.
- 3.- Acercamiento al análisis de la Morbilidad y letalidad en 1813 y 1833 por grupo socioeconómico.
  - 3.1. Indicadores socioeconómicos.

### CAPITULO III

#### LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD: CONSIDERACIONES TEORICAS Y METODOLOGICAS

La mortalidad es una de las responsables del cambio en el tamaño y la estructura de las poblaciones, sobre todo en la composición por edades.<sup>1</sup> La mortalidad depende de la edad, las primeras horas de vida de un recién nacido son las de mayor riesgo de fallecer, y éste va decreciendo desde ese momento hasta antes de la adolescencia.<sup>2</sup> Después de esa edad, el peligro de muerte aumenta a medida que pasan los años.<sup>3</sup>

Durante la vida, el organismo se encuentra expuesto a influencias externas y la capacidad de resistencia y adaptación cambia con la edad. La senectud trae aparejada el debilitamiento de estas capacidades, así la muerte ocurre más frecuentemente en la vejez, pero las influencias externas, tales como la enfermedad, pueden ocasionar que la muerte se presente en edades tempranas.<sup>4</sup>

Los cambios en los factores económicos y sociales -incluidos los progresos en medicina e higiene- no tienen los mismos efectos sobre la mortalidad en diferentes edades. Pero es generalmente aceptada la relación que existe entre la mortalidad y la edad.

La mortalidad en las poblaciones antiguas se incrementaba

---

<sup>1</sup> Pressat, 1977: 53-58.

<sup>2</sup> Pressat, 1983: 235-251.

<sup>3</sup> Wrigley, 1969:8.

<sup>4</sup> Acsadi y Nemeskeri, 1970: 25.

ligeramente al principio de la adolescencia, esto, en relación a la incorporación a la vida productiva y al trabajo.<sup>5</sup> A partir de la tercera década de la vida, la mortalidad muestra un incremento continuo. El aumento es lento al principio, pero de los 60-70 años se acelera, dando por resultado esa forma de U que se aprecia graficando los datos, con el extremo izquierdo correspondiente a la mortalidad en la vejez más alto.<sup>6</sup>

El patrón de la mortalidad expresa las reglas dependientes de la edad. La forma de la curva de probabilidad de muerte según la edad ( $q_x$ ), está determinada biológicamente pero los cambios de los valores, las variaciones en la forma y en cierta medida, su extensión horizontal, están definidas principalmente por los factores exógenos.<sup>7</sup>

La mortalidad es uno de los indicadores más importantes para conocer las condiciones de vida de un grupo, ya que existe una relación directa entre ambas. Al mejorar las primeras la mortalidad baja. En especial, la mortalidad infantil permite hacer inferencias sobre el nivel de vida, y es diferencial de acuerdo al grupo social de que se trate. Las personas con mejores condiciones productivas y sociales tienen siempre una mortalidad menor.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> En el estudio paleodemográfico de la población prehispánica del periodo Preclásico en Tlatilco, (Cuenca de México) son muy claros estos incrementos. Márquez y Civera, 1985.

<sup>6</sup> Acsadi y Nemeskéri, Op.Cit.: 25-27.

<sup>7</sup> Ibid.:27.

<sup>8</sup> Ornelas y Minujin, 1980: 33. Véase en particular el trabajo de Timio, 1980.

### 1.- Determinantes de la mortalidad.

La mortalidad está determinada por diversos factores existentes en cada población.<sup>9</sup> La alimentación, la salubridad pública y privada, la habitación, y otro sinnúmero de elementos juegan un papel preponderante determinando la edad a la que los individuos mueren.

El estudio de la mortalidad implica el análisis paralelo de la evolución económica de la sociedad que se trate. Es necesario tomar en cuenta las estructuras técnicas y culturales, a través de la historia de la población. Las variables demográficas no se ven afectadas de la misma manera ante los cambios económicos y sociales; la más sensible es la nupcialidad, le sigue la natalidad y la última es la mortalidad.<sup>10</sup>

Pérez Moreda,<sup>11</sup> en su estudio sobre las crisis de mortalidad en España plantea que los niveles de mortalidad descienden cuando suceden cambios económicos o sociales positivos de cierta duración, en particular mejoras en las condiciones de vida y avances médicos de efectos estables o permanentes, que se manifiesten a largo plazo. De tal forma que para que ocurra una alteración profunda en las características normales de la mortalidad es necesario que se de una transformación importante en las estructuras económicas y sociales, pero incluso en esos casos, el grado en el cual la mortalidad es afectada puede ser

---

<sup>9</sup> Acsadi y Nemeskéri, Op.Cit.: 24-25; Hansluwka, 1974: 126-127; Ordorica, 1980: 29-30.

<sup>10</sup> Pérez Moreda, 1980: 52-54; Rabell, 1984:61-65.

<sup>11</sup> Pérez Moreda, Op.Cit.: 52-54.

imperceptible.

La mortalidad era el regulador más importante de la evolución demográfica en el "ciclo demográfico antiguo".<sup>12</sup> De acuerdo a Wrigley<sup>13</sup> en las sociedades preindustriales la población se comportaba de una manera que se denominaba de "sistema abierto", esto es, cualquier cambio en un aspecto tendía a producir otros cambios que contrarestaban el cambio inicial.<sup>14</sup>

La mortalidad general que algunos autores denominan como "efectiva", está compuesta por la mortalidad "normal" y la mortalidad en "crisis", o sea el accidente dentro de la norma.

De acuerdo con Sánchez Albornoz, las crisis de mortalidad se reconocen por la sobremortalidad, que puede deberse a crisis alimentarias, a enfermedades epidémicas o a catástrofes naturales o provocadas, que en conjunto producen crisis demográficas. Las epidemias de "antiguo régimen" estaban estrechamente asociadas con las hambrunas.<sup>15</sup>

Según Pérez Moreda:

todo cambio demográfico estaba protagonizado[...] casi

---

<sup>12</sup> Lo que caracteriza a la demografía de ancien régime, es la existencia de crisis periódicas que anulan total o parcialmente los resultados de los periodos de crecimiento natural de la población, mientras que la demografía contemporánea se caracteriza por la disminución de la importancia, y posterior desaparición, de las crisis demográficas, lo que permite un crecimiento natural continuo. Wrigley, Op.Cit.:62-79; Charbonneau y Théré, 1989: 85-106; Panta y Livi Bacci, 1977:402.

<sup>13</sup> Ibid.: 15.

<sup>14</sup> En los últimos años, sin embargo, se ha hecho énfasis en el papel de la nupcialidad como regulador de la evolución demográfica en las poblaciones antiguas. Rabell, 1984.

<sup>15</sup> Sánchez-Albornoz, 1973.

exclusivamente por las crisis de mortalidad presentes de manera crónica en la mayor parte de las poblaciones del pasado.<sup>16</sup>

Para Italia las crisis de mortalidad en el siglo XVIII son bien conocidas en relación a sus causas (epidemias, hambres, guerras) pero se desconoce su magnitud cuantitativa por falta de fuentes adecuadas para su estudio.<sup>17</sup>

Las causas de las crisis de mortalidad son tanto sociales como biológicas. No es posible hacer una delimitación ni ver el predominio entre ellas pues generalmente estos factores se entrecruzan. Algunas determinantes sociales actúan como causa subyacente y se aúnan con la que puede considerarse como causa inmediata.

A partir de los estudios actuales hechos en México se ha visto que:

los grupos poblacionales más pobres no sólo presentan tasas más altas de enfermedad, sino de diferente tipo, principalmente infecciosas y de carencias nutricionales. Como sucede con otro tipo de desigualdades sociales, la salud se expresa en múltiples dimensiones: geográfica, ocupacional, económica, entre otras.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Pérez Moreda, Op.Cit.: 61.

<sup>17</sup> Panta y Livi Bacci, Op.Cit.:430.

<sup>18</sup> Frenk, Bobadilla y Sepulveda, 1988:28-29.

2.- La nutrición, el hambre, las infecciones y sus implicaciones sobre la mortalidad y morbilidad.

En la actualidad existe cierta polémica en cuanto al papel que juega la dieta en relación a las enfermedades y su impacto.

Al respecto Carl Taylor dice:

A recurrent theme through the pages of human history has been a presumed relationship between epidemics and famines. But, does a relationship exist, or have historical records exaggerated coincidental occurrences of the two events, since both are so dramatic? Observed associations may not have a true causal relationship, both may have been the result of social forces such as wars, migrations, and political disruptions. In addition, can we say anything about the commonly observed and continuing synergism between mass infection and chronic malnutrition and their demographic impact in selectively weeding out the poor and social deprived? If so, it may help us to understand how such events occurred in the past. (1983: 285)

Para algunos la relación entre la enfermedad y la malnutrición es innegable, de hecho en los últimos años, en las investigaciones en torno a la alimentación y la nutrición para poblaciones contemporáneas, se reitera este planteamiento.

Para otros, el hambre y las epidemias han sido consistentemente lijadas en los datos históricos sobre todo de Europa, a pesar de que no es posible efectuar análisis sistemáticos de datos cuantitativos por lo escasos de éstos, la relación entre hambre y epidemia ha sido generalmente aceptada y ha influenciado a los investigadores durante años. No obstante, los datos son manejados de una manera global, número de muertos durante una epidemia y la presencia en ese momento del "hambre",

lo cual enmascara la causalidad del proceso.

Livi-Bacci marca algunas de los problemas para poder identificar la relación entre malnutrición, y enfermedad y muerte para poblaciones pretéritas. 1) la dificultad para evaluar el estado nutricional de los sujetos y sus cambios. 2) La mayoría de los episodios de mortalidad catastrófica o extraordinaria son independientes del hambre, la carestía y la inanición. 3) Muchas enfermedades infecciosas como la tifoidea y la malaria y en menor grado el tifo, la viruela y la sífilis son independientes de la nutrición. 4) Una población puede adaptarse gradualmente a los cambios en los patrones de alimentos disponibles ya sea cambiando la composición de la dieta o bien modificando los patrones de obtención de energía o por modificaciones biológicas. 5) Hay un posible nivel de umbral de la desnutrición ( un estado de severa malnutrición) sobre el cual el grado de correlación entre el estatus nutricional y la mortalidad es débil. 6) Factores culturales como las prácticas de alimentación infantil y los hábitos pudieran tener un impacto significativo sobre la mortalidad, particularmente en la infancia. 7) Factores climáticos y medioambientales tienen un impacto autónomo e importante sobre muchas enfermedades, por ejemplo la malaria. 8) Los cambios en la densidad de población o en la intensidad y frecuencia de las enfermedades dan por resultado cambios en la exposición a las infecciones. 9) Las relaciones cambiantes entre el medio ambiente, los parásitos y los virus y la resistencia del huésped determinan un patrón de cambio de sobrevivencia de las infecciones, el cual puede ser visto en los cambios de la

virulencia de muchas enfermedades sobre el curso de la historia humana.<sup>19</sup>

De tal manera Livi-Bacci cuestiona la teoría que liga la malnutrición y la mortalidad, como la clave única para explicar las tendencias de mortalidad y las diferencias en el pasado, y la principal determinante del crecimiento demográfico.

A partir de los estudios hechos en Europa se postula que las "elites bien alimentadas" presentaron mortalidades altas antes de la primera mitad del siglo XVIII con niveles de esperanza de vida abajo de los 30 años. Fue solo en la última parte del siglo XVIII y en el siglo XIX que aparece el descenso en la mortalidad y se incrementa el espacio entre las élites y la población general.<sup>20</sup>

De acuerdo con Taylor, es probable que nunca sepamos con certeza si es que esta relación sinérgica (el sinergismo se refiere a la influencia recíproca que afecta fuertemente a la nutrición y la enfermedad)<sup>21</sup> existió realmente, o bien tanto las epidemias como las hambrunas fueron causadas por otras fuerzas sociales. Autores como Aycok, Lutman y Schneider apuntan que la supuesta relación entre la nutrición y las epidemias es aceptada más por reiteración, que por una evidencia firme. Para Sigerist el factor primordial en el efecto sinérgico, que consiste en una dislocación social general debida a guerras, migraciones y

---

<sup>19</sup> Livi-Bacci, 1985: 95-96; Galloway, 1986: 269-305; Landers, 1987:59-76.

<sup>20</sup> Livi-Bacci, Op.Cit.: 98-100.

<sup>21</sup> Bellagio Conference, 1985: 305.

disrupciones políticas, era la causa más común de las epidemias y las hambrunas.<sup>22</sup>

Para Europa hay evidencias suficientes que muestran que el sinergismo entre malnutrición e infecciones comunes, se presenta frecuentemente entre los pobres, así que es razonable pensar que este efecto se muestra más claramente en momentos de grandes carencias. Las epidemias generalmente afectan en mayor medida a los habitantes de las áreas urbanas depauperadas. Incluso aún cuando las condiciones económicas pudieran ser peores en el área rural, de la cual las personas estuvieran migrando, el aislamiento relativo de estos sitios las protege del gran impacto de tales enfermedades. Las condiciones sanitarias de la ciudad propician la diseminación de las enfermedades. Es necesario notar que no todas las epidemias coinciden con las hambrunas.

El hambre no es un fenómeno que se presente solamente en los periodos de crisis, sino un problema muy antiguo en nuestro país, aún desde tiempos prehispánicos. De hecho algunos autores han hablado de la desnutrición crónica como efecto de las constantes hambrunas y sus repercusiones en la salud. Eduardo Menéndez señala para la población yucateca que el estado nutricional convierte en letales una serie de enfermedades, que en términos teóricos serían benignas o de fácil control. Indica también que la desnutrición es el factor que más contribuye a elevar la mortalidad infantil y preescolar en los países en vías de desarrollo. La desnutrición está identificada como la causa

---

<sup>22</sup> Taylor, 1985: 285-286; Aycock y Lutman, 1944: 389-406; Schneider, 1946: 35-70; Sigerist, Op.Cit.:9.

primordial o concomitante en el 57% de las defunciones en los niños de 1 a 4 años.<sup>23</sup>

Una dieta crónicamente precaria facilita la progresión de algunas enfermedades y la letalidad de muchas de ellas.<sup>24</sup>

Las epidemias y las hambrunas disminuyeron como fuerzas demográficas determinantes, pero el sinergismo entre malnutrición e infecciones continúa sin cambio "porque las epidemias y el hambre eran tan sólo la punta de un gran iceberg".<sup>25</sup> El sinergismo entre las infecciones comunes y la malnutrición probablemente produce mayor mortalidad, más enfermedades y reducción del crecimiento y el desarrollo, que ninguna otra combinación de factores. Por ejemplo la diarrea y el sarampión, que tienen efectos limitados en niños bien nutridos, continúan siendo una de las mayores causas de mortalidad en niños que están malnutridos. Además las infecciones comunes precipitan la malnutrición. Por otra parte, el sinergismo entre nutrición y enfermedad es altamente correlacionado con el estatus económico y el sexo. Taylor plantea que los resultados de los estudios en varios países muestran que la mayoría de los niños que mueren son de familias pobres y también que en varias culturas la mortalidad de las niñas es mayor que la de los niños. Pone el ejemplo de los estudios llevados al cabo en la India. La mortalidad femenina mayor es no sólo un factor cultural sino relacionado con las

---

<sup>23</sup> Menéndez, 1981: 169.

<sup>24</sup> Chavez y Martínez, Op.Cit.: 52-58; Dennell, 1979: 126-127; Guagliardo, 1982; Pérez Moreda, Op.Cit.:51.

<sup>25</sup> Taylor, 1985: 288.

oportunidades económicas para las mujeres y por variación en la distribución de los recursos intrafamiliares.<sup>26</sup> En México el único estudio histórico que ha relacionado las crisis agrícolas y el hambre consecuente, con las epidemias, es el de Enrique Florescano, pero con un enfoque económico.

Los resultados de los trabajos nutricionales actuales, pueden ser útiles en un doble sentido; la metodología y los conocimientos obtenidos sobre la relación entre la nutrición y las enfermedades, en los grupos contemporáneos pueden servir como herramienta en los estudios históricos sobre este tema, los que a su vez pueden mostrar la forma en la cual diversos padecimientos han afectado a los humanos desde tiempos pasados.

La relación entre estatus nutricional y mortalidad durante la niñez ilustra la importancia de tomar en cuenta no solo las hambrunas sino también la malnutrición crónica, muchas veces escondida. La mortalidad perinatal se reduce cuando la madre recibe suplemento alimenticio de hierro y ácido fólico. El control de las infecciones tiene cerca de la mitad del producido por la mortalidad perinatal. La mortalidad infantil se ha reducido más por el control de las infecciones que por mejoras en la nutrición.

La manera en la cual las infecciones afectan la nutrición puede ser vista en términos concretos de la siguiente manera:

1 Reducción del apetito. 2 Dieta pobre en calidad. 3 Incremento en la pérdida de nutrientes. 4 Incremento en las necesidades

---

<sup>26</sup> Taylor, Op.Cit.: 289; Walkins y Von de Walle, 1985: 7-28.

metabólicas. 5 Decremento de la absorción cuando el tracto intestinal está afectado.

Por el otro lado, las deficiencias nutricionales son capaces de reducir la resistencia a la infección y por lo tanto incrementar la prevalencia y severidad de muchas infecciones a través de una variedad de mecanismos como son:

1 Reducción de la producción de anticuerpo humorales. 2 Reducción de las células de inmunidad. 3 Menor fagocitosis efectiva. 4 Debilitamiento de las barreras epiteliales. 5 Menor producción de lisozimas. 6 Otros efectos no específicos.

A pesar de que todas las infecciones influyen el estado nutricional, lo contrario no sucede siempre. Algunas infecciones son tan virulentas que producen enfermedades sin tomar en cuenta las diferencias en la resistencia; otras son tan poco virulentas que solo se presentan en sujetos muy debilitados. Con grados intermedios de virulencia, el estado nutricional puede ser el factor determinante.

De algunas enfermedades se sabe que están definitivamente influenciadas por el estado nutricional bajo determinadas circunstancias y en otras la influencia es mínima. Existen además enfermedades para las cuales la influencia es variable o dudosa. Entre las enfermedades con relaciones definitivas se encuentran el sarampión, la diarrea, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias, las enfermedades producidas por parásitos intestinales, el cólera, la lepra y el herpes. En las de influencia variable o dudosa están: el tifo, la difteria, la influenza, la sífilis. Para las de influencia mínima se han

reconocido la viruela, la malaria, la tifoidea, el tétanos, la fiebre amarilla, la poliomielitis.<sup>27</sup>

El bajo nivel de vida es otro de los factores que determina la mortalidad ya sea por las deficiencias en cuanto a higiene y hábitos alimenticios, como por la falta de recursos para obtener vivienda, comida adecuada y acceso a servicios de salud.<sup>28</sup>

La mortalidad, es la incidencia de las enfermedades epidémicas y los niveles deficitarios del consumo de alimentos pueden incluso, aún sin llegar a producir la muerte provocar una detención en el crecimiento del niño, así como subdesarrollo inmunológico.<sup>29</sup>

Existe un efecto sinérgico entre la desnutrición y las infecciones. La personas en particular los niños, con un estado nutricional malo, son los que sufren más infecciones, de la misma forma, las enfermedades continuas deterioran el estado nutricional.<sup>30</sup> Así, las deficiencias en la alimentación son el resultado final de múltiples factores tanto físicos, biológicos

---

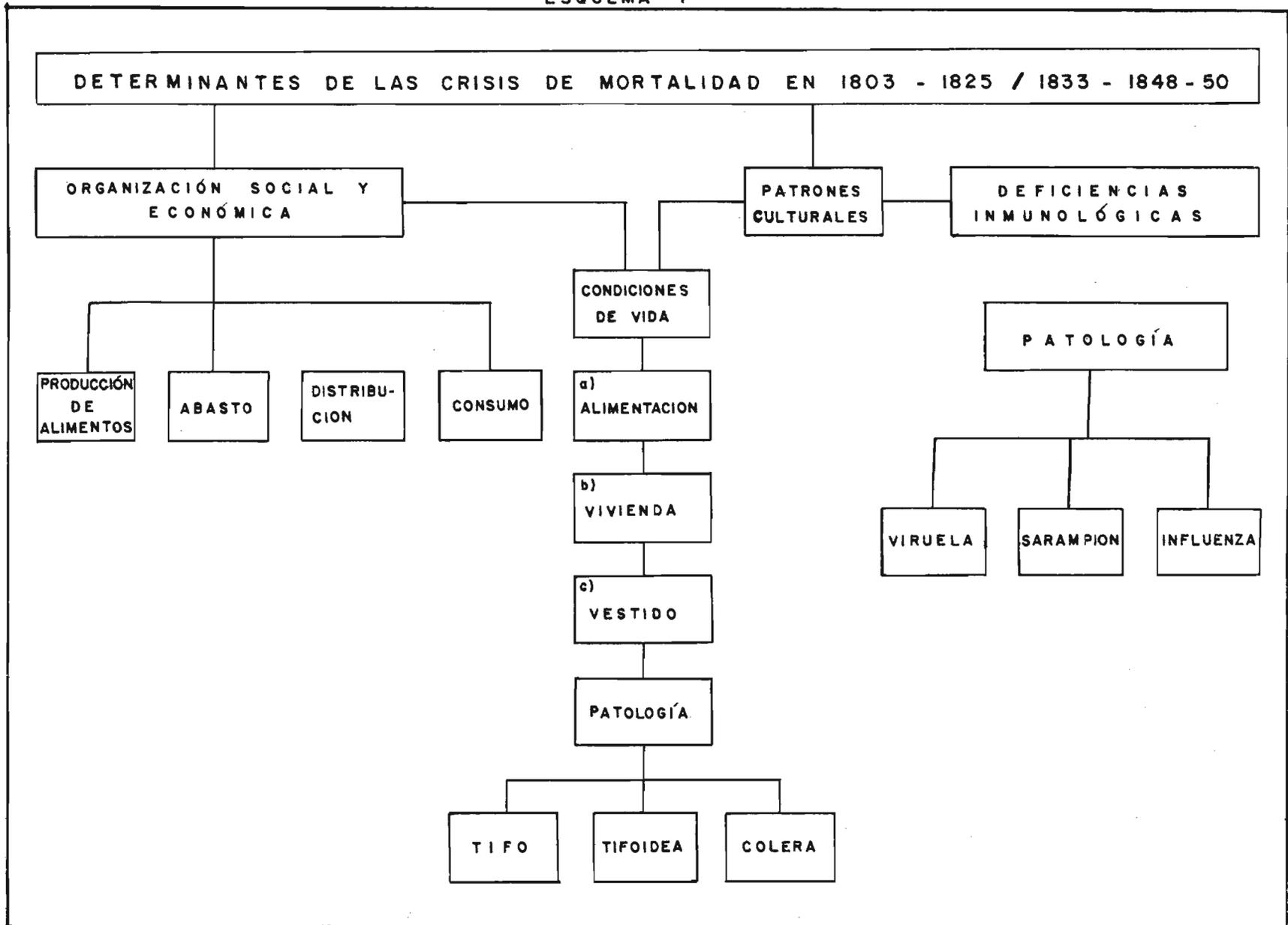
<sup>27</sup> Bellagio Conference, Op.Cit.: 308.

<sup>28</sup> Koppes, Clayton y Norris, 1985: 259-279. Chevalier, 1973. Elaboré un esquema (no.1) sobre los determinantes de las crisis de mortalidad en la primera mitad del siglo XIX, con el fin de hacer más gráfico el planteamiento.

<sup>29</sup> Chávez y Martínez, Op.Cit.: 52-58; Guagliardo, Op.Cit.: 382-383. Incluso una desnutrición generacional y condiciones de vida precarias, puede dar como resultado a través de los siglos una reducción en la talla total, como en el caso de la población maya prehispánica. Márquez, 1984: 253-271; 1987: 42-59; Márquez y otros, 1982: 40, 41, 56-80.

<sup>30</sup> Chávez y Martínez, Op.Cit.: 65-77.

ESQUEMA - I



como culturales.<sup>31</sup>

3.- Acercamiento al análisis de la Morbilidad y letalidad en 1813 y 1833 por grupo socioeconómico.

La mortalidad epidémica refleja los efectos combinados de la morbilidad ( la proporción de la población infectada, del total de efectivos) y la letalidad (el porcentaje de muertos de aquellos infectados, o sea la gravedad de la enfermedad).

La morbilidad es uno de los temas más difíciles de efectuar en el estudio epidemiológico de las "plagas", en particular por la carencia de fuentes para realizar estos estudios.<sup>32</sup> El análisis de las enfermedades y de su gravedad, puede ser hecho si conocemos el total de población, el número de enfermos y el número de los que sanaron.<sup>33</sup>

En nuestro caso, el objetivo es más ambicioso, no se reduce a lograr obtener cifras sobre la morbilidad epidémica, sino que trata de encontrar la distribución diferencial en la población y cuáles fueron las causas de las desigualdades.

La evaluación de la salud por grupos socioeconómicos en cualquier sociedad, implica contar con datos estadísticos acerca de las variables que deseamos relacionar, por ejemplo: a quiénes

---

<sup>31</sup> Dennell, Op.Cit.: 126-127.

<sup>32</sup> De ahí la importancia del análisis de las listas de enfermos y muertos en las epidemias de 1813 y de 1833, localizados en la documentación del archivo y que son la parte medular de los capítulos V y VI.

<sup>33</sup> Benedictow, 1987: 401-403.

afectó la enfermedad, de qué edades, en que proporción a hombres o a mujeres. En el caso del periodo colonial, cuál fue el impacto entre los grupos étnicos, o bien el nexo entre las enfermedades y las personas clasificadas según su ocupación, en este sentido hablamos de una investigación epidemiológica. Entendiendo por epidemiología el estudio de la distribución de las enfermedades en términos, ya sea de edad, sexo, raza, geografía, ocupación, etcétera, y la búsqueda de los determinantes de la distribución encontrada.<sup>34</sup>

En la actualidad sería necesario diseñar el programa de selección de la "muestra poblacional" adecuada y el cuestionario que comprendiera los datos necesarios, dependiendo de los objetivos del estudio. Para la época que estamos trabajando no es posible elegir la muestra, sino debemos partir de datos diversos utilizados como indicadores indirectos, con el fin de reconstruir los aspectos necesarios para nuestro análisis.

En la mayoría de los estudios sobre las epidemias, y en las investigaciones de demografía histórica de algunas parroquias, se han obtenido principalmente cifras acerca de la mortalidad general, por sexo y por edad.<sup>35</sup> Analizar la mortalidad por grupo étnico ha sido asunto más complejo, especialmente porque algunas de las fuentes documentales no proporcionan este dato o la

---

<sup>34</sup> MacMahon y Pugh, Op.Cit.: 1.

<sup>35</sup> Malvido, Op.Cit.; Morin, 1973; Oliver, 1986.

veracidad del mismo es puesta en duda.<sup>36</sup> Por otra parte los objetivos de los estudios de demografía histórica son específicos de acuerdo a sus planteamientos y difieren de los objetivos de un estudio de historia de la población de tipo epidemiológico como el que realizamos.

Hasta el momento no se cuenta con ningún dato estadístico, sobre la incidencia de ninguna enfermedad para principios del siglo XIX, que es un análisis más específico y particular, cuyas premisas parten de los resultados de los aspectos demográficos más generales, como la tendencia poblacional, los perfiles demográficos, la mortalidad de la población de la ciudad, y la mortalidad de los habitantes de las parroquias.

El estudio de la población por grupo socioeconómico, en periodos anteriores a este siglo, representa una empresa muy compleja. El primer problema lo encontramos al tratar de identificar a esos grupos. ¿Cuáles serán los criterios para definirlos?. Aun cuando se localizaran cifras sobre ellos, por ejemplo padrones de profesiones y de ocupaciones, sería necesario disponer de estadísticas acerca de la manera en que se distribuían las enfermedades en cada uno de los grupos.

Las actas de defunción mencionan el nombre del difunto y algunas veces su edad. ¿ Pero de dónde obtendremos el dato sobre la ocupación, el ingreso, etcétera, que nos permita clasificarlo socioeconómicamente?.

---

<sup>36</sup> Ver Mörner, (1961) sobre el problema del mestizaje y la terminología de las castas, muchas veces confusa y poco exacta. Calvo, 1973; 1988; Carmagnani, 1972.

Aquí, es necesario llamar la atención hacia la fuente que originó el análisis, los registros de las epidemias de 1813, y la de 1833 que localizamos, abren por primera vez, la posibilidad para acercarnos a estos temas. La información consiste en unos listados donde los médicos encargados de atender a los enfermos, registraban el número de enfermos y muertos en cada cuartel durante los meses de mayo, junio y julio, en la epidemia de 1813, y en el verano de 1833, que fueron "socorridos por caridad".<sup>37</sup> Con estos datos, se presentó la posibilidad de elaborar las primeras estadísticas sobre la incidencia y gravedad de estas dos enfermedades sobre la población de la ciudad de México, en los grupos que fueron atendidos "por caridad" a expensas del Ayuntamiento, y de algunas otras personas que, dada la gravedad de la situación recurrieron a la ayuda gratuita de los médicos oficiales. Dado el monto de enfermos atendidos se contó con una muestra de población de tamaño considerable, lo que da mayor validez a los resultados.

### 3.1- Indicadores socioeconómicos.

Las personas que habitaban los diversos cuarteles de la ciudad tenían características muy heterogéneas en cuanto a su composición social y económica, sin embargo en términos generales podríamos hablar de la ubicación diferencial de los espacios urbanos por los distintos grupos, como veremos al describir cada

---

<sup>37</sup> AGN, Epidemias, Vol. 9, exp.11, 1813; AHCM, Epidemias, Vol. 3685, 1833.

uno de los cuarteles de la ciudad.

Las dos epidemias que analizamos la de 1813 de tifo y la de 1833 incluyen el estudio tanto por cuarteles, que es el más minucioso que hicimos, como el de las parroquias, con un carácter más general, pero que a su vez proporciona datos sobre sexo, edad y grupo étnico ( este último dato solo para 1813).

Es necesario aclarar que no es posible obtener una precisión estadística porque los datos son fragmentarios. La evaluación de las cifras del número de enfermos y de éstos cuantos murieron, en relación al grupo socioeconómico resulta bastante compleja dadas las características de la ciudad, aún así, considero importante el hecho de poder llamar la atención de otros historiadores hacia la utilización de esta información, que en unión de los datos sobre defunciones obtenidos a través de los registros parroquiales, pueden ayudar a interpretar la causas del proceso de la enfermedad.

De acuerdo con Kula:

los historiadores [...] no pueden renunciar en ninguna época a las orientaciones de los fenómenos demográficos y deben luchar por conseguir tales orientaciones, incluso si éstas sólo pueden ser aproximativas[...] la tarea de convertir las categorías analíticamente útiles representa la tarea más trascendental y que más tiempo absorbe al investigador [...] es un hecho que las fuentes sobre las cuales nos apoyamos, por regla son incompletas y se refieren <a territorios escogidos, a gente seleccionada, a periodos específicos.<sup>38</sup>

La información utilizada para el análisis de morbilidad y letalidad, fue de diferente tipo. Con el fin de mostrar al lector

---

<sup>38</sup> Kula, 1977:327-342.

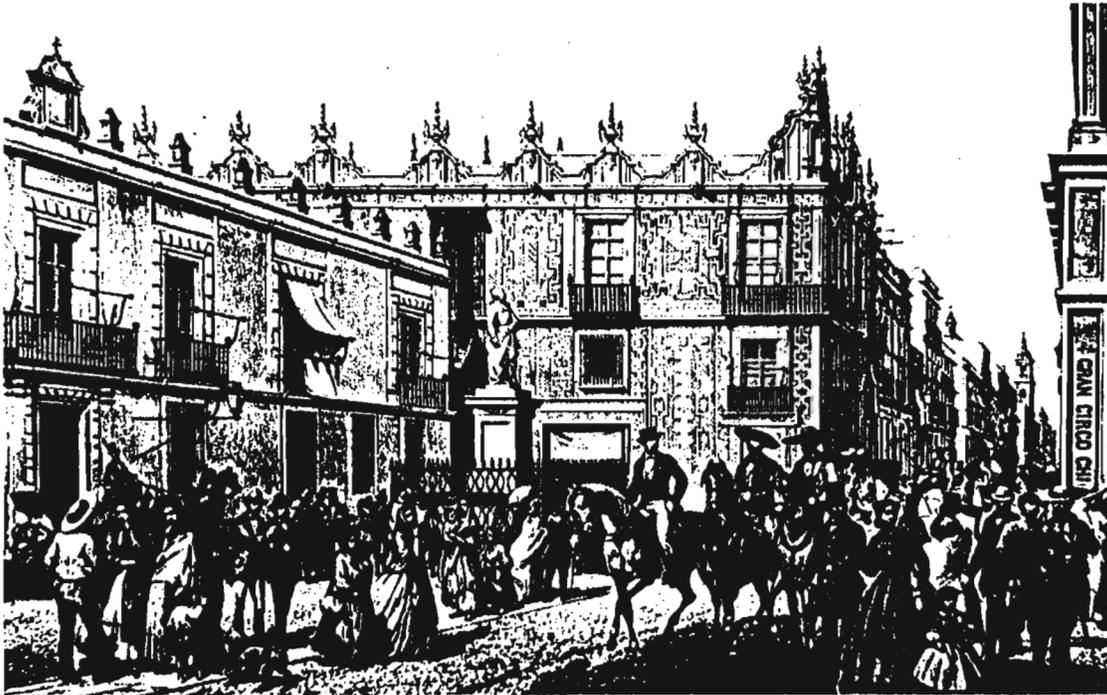
de una manera esquemática como se utilizaron, presentó el siguiente esquema.

FUENTE	INDICADOR
Registros parroquiales y padrones	Pérfiles demográficos Tendencias demográficas
Padrones	Distribución de la población por: grupo étnico, edad, sexo en los 32 cuarteles
Padrones, planos y crónicas de la época	Condiciones higiénicas Distribución de servicios: atarjeas cañerías fuentes de agua potable empedrados
Padrones, crónicas y otros documentos	Distribución de la población según ocupaciones.

El grupo étnosocial.

Al concepto grupo étnico se le ha utilizado muchas veces como sinónimo de raza, sin embargo, desde el punto de vista antropológico implica también aspectos culturales que caracterizan a una serie de individuos, en unión de los elementos de identificación biológica. A principios del siglo XVI la delimitación como entidades raciales fácilmente diferenciables era sencilla, pero a medida que avanza el proceso de mestizaje biológico y cultural las distinciones resultan muchas veces ficticias.

En torno a la aplicación de las distinciones étnicas como



grupos sociales, de acuerdo a Ciro Cardoso, existen por lo menos dos tendencias una que:

consiste en considerar a la sociedad mexicana de entonces [fines del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX] como una 'sociedad de castas' en progresiva transición hacia una 'sociedad de clases', que en forma incipiente (McAlister) se podría percibir ya en el momento de la Independencia. En sus descripciones de la sociedad mexicana de la primera parte del siglo XIX, predominan categorías de tipo estamental: gachupines, criollos ('europeos' y 'americanos': Hamill), mestizos y castas, indios; aun cuando a veces las matizan a través de consideraciones de otro tipo: por ejemplo al afirmar que los criollos pobres, la mayoría de los mestizos y castas y los indios, integraban juntos la 'plebe' o 'masa del pueblo' (Costeloe), o que era la riqueza 'la base' de la pertenencia a la 'élite' dominante (Sims).<sup>39</sup>

y la otra, que es una propuesta metodológica de Cardoso, que

<sup>39</sup> Cardoso, Op.Cit.: 20.

plantea que sociedad estamental (o de castas) y sociedad de clases no son categorías mutuamente excluyentes "como lo quiere la sociología norteamericana, o la corriente latinoamericana de fuerte tendencia weberiana",<sup>40</sup> y que la diferenciación racial corresponde a diferencias económicas y sociales. Los factores biológicos no eran primarios para esta diferenciación "nos parece [ la estratificación étnico-social] un factor secundario frente a diferencias de clase, de las que en realidad deriva".<sup>41</sup>

De acuerdo con Luis Villoro "los conceptos de raza y nacionalidad servirán para encubrir y dramatizar diferencias económicas y sociales".<sup>42</sup>



---

<sup>40</sup> Op.Cit.: 21.

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> citado por Cardoso, Ibid.

Los términos étnicos y sociales estaban relacionados en esa época. Desde un punto de vista general se puede hablar de un predominio de cierto grupo étnico en algún sector social, por ejemplo "en el sector exportador y administrativo" había un predominio de peninsulares, y los criollos entre los hacendados e industriales.<sup>43</sup> Los indígenas ocupados en los servicios o en áreas de la producción ligadas a labores agropecuarias.<sup>44</sup>

La capa media de la población mantenía una composición más amplia, se podían encontrar representantes tanto del grupo criollo, del mestizo, como de los mulatos.<sup>45</sup> Según Patricia Seed, la relación entre la raza, la posición social y el papel socioeconómico eran muy importantes en latinoamérica en la época colonial.<sup>46</sup> Se trataba de una sociedad heterogénea, para la que no es tan sencillo una clasificación rígida, y este aspecto debe ser tomado en consideración constantemente y utilizar esta

---

<sup>43</sup> Villoro, citado en Cardoso, Ibid.. Ver también el trabajo de Linda Arnold (1979: 281-310) sobre el estatus social, económico y político de la burocracia de la ciudad de México en el período 1808-1822.

<sup>44</sup> A este respecto es interesante el análisis del padrón de 1811 de acuerdo a la relación grupo étnico y ocupación. Sin haber realizado ninguna labor de tipo estadístico, que hubiera requerido de meses de trabajo, sino tan solo revisando estas dos variables en los volúmenes de los cuarteles menores consultados en el AGN, resalta esta asociación. Afortunadamente la investigación detallada y completa acerca de este padrón pronto será publicada por Gabriel Brun (comunicación personal), como parte de los trabajos del Seminario de Historia Urbana del INAH.

<sup>45</sup> Los estudios realizados por Brading, (1972:254-259); McCaa, Schwartz y Grubessich (1979: 431-432) y Seed, Op.Cit.:569-606), sugieren que para la mitad del siglo XVIII la relación entre las categorías raciales y la división del trabajo o las ocupaciones era mucho menos rígida que lo que se pensaba.

<sup>46</sup> Seed, Op.Cit.: 569.

variable en combinación con los indicadores específicos que proponemos para nuestro análisis.

La ciudad de México representaba un polo de atracción para todo tipo de personas en busca de trabajo y de mejores condiciones de vida. De ahí que fuera en la capital donde se diera una mayor relación entre los grupos étnicos originales, español, indio y negro de los cuales derivaron un sinnúmero de combinaciones, a las que se les nombró con gran versatilidad.<sup>47</sup> Sin embargo, en general, los términos que se utilizan son español, indio, casta o mestizo, mulato y negro.

En el capítulo I mostramos la composición de la población por grupo étnico en 1811, de varios de los cuarteles, donde se ve el predominio de población española en el centro y de indígenas en la periferia, con excepción del cuartel 32, así como la distribución de los otros grupos. Para 1833, este tipo de categorías no existen de manera formal, lo que impide conocer la distribución espacial de los grupos étnicos en la capital, para esos momentos.

#### Ocupación.

En términos generales, el trabajo realizado por los individuos determina la inserción dentro de la organización social, y en gran medida el modo de vida, lo que a su vez se relaciona con la presencia y la gravedad de las enfermedades.

---

<sup>47</sup> Aguirre Beltrán, Op.Cit.: 169-172.



Al describir cada uno de los cuarteles de la ciudad hacemos una mención general acerca de las distintas ocupaciones prioritarias de los habitantes de cada sector, sin que dejemos de tomar en cuenta la coexistencia de labores variadas. Aun tratándose de una misma ocupación, por ejemplo algún tipo de trabajo artesanal, sabemos que podían existir marcadas diferencias socioecómicas.<sup>48</sup>

Linda Arnold propone que los factores económicos son sólo

---

<sup>48</sup> Shaw, Op.Cit.:418.

un criterio para evaluar a los grupos sociales y sus relaciones y que si la élite mexicana era patriarcal, plutocrática y oligárquica, de acuerdo con lo investigado por Doris Ladd (1984), para estudiar a la sociedad, se deberían de empezar a investigar sobre las categorías ocupacionales.<sup>49</sup>

El trabajo de Torcuato Di Tella, analiza precisamente las ocupaciones de la población de Queretaro, a partir del censo de 1844. Clasifica en cinco niveles a la población masculina de acuerdo a categorías ocupacionales en relación al ingreso anual per capita en el sector urbano y rural. Las del urbano son en el primer nivel: censualistas, abogados, médicos, profesionales, clero y comerciantes, con ingresos que oscilan entre 1,200 y 900 pesos. En el segundo: empleados gubernamentales y de oficina, propietarios de industrias en grande y pequeña escala, con ingresos entre 435 y 365. Los del tercer nivel, dependientes de comercio, artesanos propietarios del taller, cuyo ingreso era entre 200 a 150 pesos. En el cuarto: menestrales que trabajan en talleres de artesanos, operarios en industria de grande y pequeña escala, obreros tabacaleros, obreros mineros, su ingreso era entre 122 a 77 pesos. En el último nivel: menestrales que no trabajaban en talleres artesanales, aquí incluye albañiles, arrieros, cargadores, aguadores y vendimeros. "Domesticos", que incluye a vendedores callejeros y jornaleros empleados

---

<sup>49</sup> Arnold, Op.Cit.: 293-294. Esta autora llama la atención hacia la necesidad de investigar las relaciones de parentesco, la estructura familiar, la profesional y las migraciones internas para acercarnos a una mayor comprensión de los patrones sociales y de manera potencial, de los cambios sociales ocurridos durante la época de la Independencia.

temporalmente, cuyo ingreso era alrededor de los 78 pesos anuales.<sup>50</sup>

De acuerdo con Moreno Toscano, las conclusiones del estudio de Queretaro son similares a las de la ciudad de México. El contraste entre los ingresos de las personas ocupadas en los distintos niveles es abismal. Lo cual habla de una sociedad donde los extremos sociales son enormes.<sup>51</sup>

En específico, respecto a los artesanos, que formaban un grupo numeroso con cerca de 28,000 personas dedicadas a estas labores, se cuenta con el trabajo de Jorge González Angulo (1983) sobre el artesanado en la ciudad de México y su distribución espacial, de acuerdo al padrón de 1811, que nos permitió ubicar a este grupo de trabajadores en los distintos espacios urbanos.

El trabajo de F. Shaw (1979), y el de Dorothy Tanck (1979), son de gran ayuda para el estudio de estos trabajadores, como veremos adelante.<sup>52</sup>

Con respecto a otras actividades, se cuenta con información, aunque no tan sistematizada como la de los artesanos, a partir de estudios como son el de John Kicza (1986); Doris Ladd (1984). Son de relevancia los estudios como el de Andrés Lira (1983)

---

<sup>50</sup> Di Tella, 1972: 761-791, citado por Moreno Toscano, 1981: 305-309.

<sup>51</sup> Moreno Toscano, 1981: 308.

<sup>52</sup> El estudio de González Angulo (1983) se enmarca dentro del Seminario de Historia urbana del INAH al cual le debemos gran parte de la información básica que estoy utilizando. En varios de los apartados de esta investigación se ha hecho referencia a los trabajos de este Seminario, por lo que remitimos al lector a la parte de nuestro estudio sobre los antecedentes de investigaciones sobre la población de la ciudad de México.

sobre las comunidades indígenas; los de Moreno Toscano (1974; 1978; 1981), así como de mis notas al respecto hechas sobre el padrón de 1811.

De tal manera que al describir el espacio urbano y sus condiciones sanitarias, hacemos una mención general, pero lo más precisa que fue posible, sobre las ocupaciones de los habitantes de cada sector.

Lugar de residencia y condiciones sanitarias.

El lugar de residencia está determinado tanto por los ingresos, que son los que permiten habitar ya sea en un lugar con condiciones adecuadas de vida o en el extremo, en lugares que podríamos calificar de inhabitables, como por aspectos ideológicos, gustos, preferencias, afectos, etcétera. Si se cuenta con recursos suficientes las personas tienden a buscar lugares cada vez cómodos para vivir de acuerdo a sus necesidades.

Los habitantes de la ciudad con viviendas propias eran pocos y la mayoría vivía en casa rentadas.<sup>53</sup> De acuerdo con el estudio de Dolores Morales sobre la distribución de la propiedad urbana en 1813, (plano 6) si se excluyen a las corporaciones religiosas, sólo 2,066 individuos o familias, eran propietarias de algún

---

<sup>53</sup> Los más importantes propietarios eran el marquesado del Valle de Oaxaca, que pertenecía al duque de Terranova y Monteleone, el conde de Santiago de Calimaya, el mayorazgo de Guerrero y el mariscal de Castilla, dueños de casas por un valor mayor a los 300,000.00 pesos. El marquesado del Valle, el mayorazgo de Villanueva, el mayorazgo de Borja y el conde de Berrijo, tenían las mejores fincas de la ciudad. Morales, 1976: 385-389.

inmueble, de los 120,000 habitantes de la ciudad, o sea el 1.72%. De éstos, 1,655 eran dueños solamente de la casa que habitaban, en su mayoría eran modestos propietarios de una casa de adobe o un jacal en los barrios.<sup>54</sup> Es así que casi la totalidad de la población tenía que arrendar una vivienda. El monto de la renta fue el indicador para conocer el valor de las propiedades. El 46.30% de las casas tenía un valor muy bajo que oscilaba entre los \$8.00 a los \$2,000; el 37.37% iba de \$2,001 a 10,000; el 11.76% entre 10,000 a 20,000; el 3.20% entre 20,000 a 30,000; y el 1.22% entre 30,000 a 60,000.

De tal manera se ve que la ciudad tenía condiciones contrastantes respecto a las viviendas de cada lugar, que en su momento se analizarán para encontrar la relación con los aspectos epidemiológicos.

Respecto a las condiciones sanitarias, la urbanización, los servicios y el equipamiento urbano de cada cuartel, en particular el agua potable, las atarjeas, el empedrado y la recolección de basura, (planos 4, 8 y 16, 19 y 20) son aspectos de importancia fundamental en un estudio de morbilidad,<sup>55</sup> en especial cuando las epidemias que se analizan están relacionadas con las

---

<sup>54</sup> Morales, Op.Cit.: 363-402. El estudio muestra el valor promedio de las propiedades de los particulares, de donde se obtiene la información sobre la calidad de las viviendas. El valor de la vivienda también es otro buen indicador socioeconómico.

<sup>55</sup> Algunos indicadores como acceso a la vivienda, a los servicios (agua potable y servicio sanitario), permiten entender la tendencia de la mortalidad infantil, que es un excelente marcador de condiciones de salud. La mortalidad es mayor en los lugares sin agua potable y servicios sanitarios, Guzmán, 1988:39; Cabrera, 1988:21.

condiciones sanitarias.<sup>56</sup> Estos aspectos son vitales en la interpretación causal de las enfermedades.

Nosotros relacionamos el porcentaje de incidencia de la enfermedad, de acuerdo a lo registrado en cada cuartel, con el valor de las viviendas y con los aspectos de insalubridad que encontramos en cada uno, para tratar de elucidar los factores causales y buscar la explicación de la presencia diferencial de la enfermedad.<sup>57</sup>

La descripción de la ciudad hace énfasis en varios puntos principales: 1) las condiciones de insalubridad, 2) las diversas actividades u ocupaciones de los residentes de cada cuartel, 3) el tipo de vivienda.

Los resultados del estudio demográfico de las dos epidemias, donde a partir de tratamientos estadísticos se obtienen cifras de mortalidad por sexo, grupos de edad y por causa de muerte, se integraron al conocimiento del contexto histórico en el cual se desarrollaron las epidemias, a través de un apartado que denominé "La ciudad en las primeras décadas del siglo XIX: el escenario y los actores" que brinda un panorama integral de la situación epidemiológica en esos años.

---

<sup>56</sup> Véase etiología del tifo en el capítulo V, inciso 2..

<sup>57</sup> MacMahon y Pugh, Op.Cit.: 63.

## CAPÍTULO IV

### EL ESCENARIO Y SUS ACTORES: LA CIUDAD DE MÉXICO EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XIX.

Condiciones de vida y salud en los cuarteles de la ciudad.

- 1.- El oriente: el área más insalubre.
- 2.- El sureste.
- 3.- El norte. otro sitio antihigiénico.
- 4.- Los barrios del Carmen y San Sebastián.
- 5.- El Barrio de Santa María (noroeste).
- 6.- Arrabales en el poniente.
- 7.- El centro de la capital; lugar de los palacios.
- 8.- Los suburbios del sur.

EL ESCENARIO Y SUS ACTORES: LA CIUDAD DE MÉXICO EN LAS PRIMERAS  
DÉCADAS DEL SIGLO XIX.

La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX era una de las más pobladas, vivían allí entre 168,000 a 200,000 personas de acuerdo al padrón de 1811, y a otras cifras de 1850, en una extensión de 5.53 km de este a oeste y 4.8 km de norte a sur.<sup>1</sup>

La sociedad de la capital, estaba compuesta por grupos étnicos contrastantes: españoles, indios, criollos, mestizos y mulatos que poco a poco habían dejado de ser distinguidos por su origen racial para ser diferenciados por su estatus social y su posición económica - los criterios para clasificar a los grupos étnicos eran en algunos casos el lenguaje, en otros la ropa, el lugar de residencia, o bien el fenotipo.<sup>2</sup> De acuerdo a sus ingresos y rango social, a gustos y a preferencias, los residentes vivían en los diferentes cuarteles en los que estaba dividida la ciudad para su control y gobierno.<sup>3</sup>

La urbanización y servicios eran muy deficientes y

---

<sup>1</sup> Imagen de la ciudad, 1985: 23.

<sup>2</sup> Valdés (1985:134, 175-189) en su tesis doctoral analiza el decline de las castas. De acuerdo con su estudio los factores raciales ya no eran los adecuados para mantener la estratificación social y cada vez adquirían más importancia las cuestiones económicas, sociales y culturales.

<sup>3</sup> Para todo lo relativo a la división de la ciudad en los 32 cuarteles menores véase Báez Macías, 1969 y el plano 1.

heterogéneos.<sup>4</sup> La parte que circundaba la Plaza Mayor era la mejor construida y dotada de servicios -alumbrado, agua, empedrado, atarjeas y recolección de basura. Los edificios fuertes de dos o tres pisos del área centro, iban desapareciendo hacia las afueras, para dar paso a construcciones humildes, vecindades, chozas y cuartuchos en los arrabales de la periferia.<sup>5</sup> En las mismas viviendas del corazón de la ciudad también encontramos distinciones en cuanto a la calidad de las habitaciones dependiendo de si se trataba del piso bajo o el alto, de la parte frontal o de los espacios traseros.<sup>6</sup>

Los habitantes de esta ciudad padecieron desde la conquista y aún antes, hambre, destrucción y enfermedades para las cuales se encontraban inmunológicamente indefensos, y otras ocasionadas por las desigualdades sociales. De las primeras, la viruela y el sarampión diezmaron a la población indígena hasta un nivel sin precedentes.<sup>7</sup> Por su parte la mala alimentación, la nula higiene, las condiciones de trabajo, etcétera, propiciaban

---

<sup>4</sup> Véase plano 20 de Ignacio Castera sobre empedrados, atarjeas y cañerías y costo de los terrenos, que fue levantado para el cobro de impuestos, el cual nos da una idea del estado de urbanización y servicios de la ciudad a finales del siglo xviii. AHCM, Empedrados. Vol. 3615, Leg.1, Exp. 6.

<sup>5</sup> Morales, 1976: 363-402.

<sup>6</sup> Moreno Toscano, 1978. Es necesario hacer hincapie sobre la distribución de los grupos sociales en la ciudad, ya que no es posible hacer delimitaciones tajantes en cuanto a la asignación del espacio urbano por sectores claramente definidos. Más bien tratamos de establecer rasgos generales que caracterizen las diversas áreas y que permitan hacer una interpretación causal de las enfermedades.

<sup>7</sup> Borah y Cook, 1976; Florescano y Malvido, Op.Cit.

enfermedades como el tifo, también llamado tabardillo o fiebre petequial, que se mantuvo de manera constante entre la población de escasos recursos de algunas áreas de la ciudad desde por lo menos el siglo XVI.

En el siglo XIX el panorama no iba a cambiar, aparecieron enfermedades nuevas como el cholera morbus, mientras que disminuyeron las eruptivas, como la viruela, gracias a los descubrimientos de la vacuna.<sup>8</sup> Otras enfermedades continuaban atacando a los pobres y marginados, como fue el caso de la epidemia de 1813, asociada al tifo.<sup>9</sup>

Durante ese periodo, el Ayuntamiento no contaba con recursos para ejercer adecuadamente sus funciones en casos de epidemias, había gran deficiencia en la limpieza de las calles, atarjeas, canales, carros de recolección de basura, tampoco tenía suficiente personal para la conservación y mantenimiento de la urbanización.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Darmon, 1984:583. Edward Jenner descubrió la profilaxis de la viruela y en 1798 publicó en Londres su trabajo acerca de las causas y efectos de la vacuna de la viruela. Los beneficios de la vacuna marcaron un punto de ruptura con la enfermedad a nivel mundial, reduciéndose su ataque.

<sup>9</sup> El Dr. Bustamante se inclina por esta posibilidad, ver Florescano y Malvido, 1982; Además varios médicos de la época presentaron algunos datos que confirman que se trató de una epidemia de tifo. Gaceta Médica, 1865.

<sup>10</sup> En la ciudad de México en el siglo pasado, las cañerías por lo común estaban tapadas con basura; la limpieza de éstas se hacía con aserrín de madera, para que no impidiera el curso libre del agua. AHCM, Cañerías, Vol.21, T.3, exp.144, 2fs. A pesar de que el gobierno canalizaba recursos económicos para el mantenimiento de las cañerías, había malversación de fondos, lo que motivaba continuas quejas. AHCM, Cañerías, Vol.21, T.3, exp.137, 4 fs, 1813.

La bancarrota del gobierno de la ciudad imposibilitaba la ayuda a los enfermos, no existían recursos ni humanos ni materiales,<sup>11</sup> para colmo por lo general el grupo más afectado era la clase baja de la capital, esa multitud de menesterosos, de léperos, de malentretidos que abundaban.<sup>12</sup> Todo esto influía en las condiciones de salud de los pobres, que en última instancia estaba determinada por el medio, la alimentación, la vivienda, los hábitos higiénicos, el acceso a los servicios de salud, la salubridad del lugar de residencia, las condiciones de trabajo, y éstos a su vez estaban relacionados con la organización social, la estructura económica, los factores políticos y los culturales.

Epidemias como el tifo y el cólera, debido a que son enfermedades de la insalubridad, brindan la oportunidad de

---

<sup>11</sup> A este respecto, actualmente Raul Rojas Soriano insiste a través de la prensa, en la necesidad de que los encargados de los servicios de salud pública de nuestro país se den cuenta de que "el mejoramiento de la salud y la lucha contra la enfermedad no se consigue sólo con acciones médicas sino que requiere del conocimiento preciso de la realidad social que influye directamente en el proceso salud-enfermedad. También la situación social se manifiesta en la forma como se organizan las respuestas de la sociedad y el Estado mexicano para enfrentar los daños a la salud que sufre la población, por ello, la realidad social, económica y cultural que presentan los diversos grupos sociales y las distintas zonas del país no puede pasarse por alto si realmente se pretende construir un modelo médico que responda a las necesidades y expectativas de los distintos núcleos de población". Excelsior, 22 de diciembre de 1988. Planteamientos similares encontramos en Laurell, 1979; Conti, 1972; Cuellar y Peña, 1985.

<sup>12</sup> Anna, Op.Cit.: 183-200; Viqueira, 1987: 137. El Dr. Montaña, encargado de hacer frente a la epidemia pensaba que los pobres tenían una predisposición a la enfermedad a causa de la malnutrición y la suciedad en que vivían. AGN, Epidemias, vol.9, exp.16, fs, 9v-10.

analizar la desigualdad ante las enfermedades y la muerte,<sup>13</sup> o sea la epidemiología diferencial, en los distintos espacios de la ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX.

Así es que con el fin de evaluar el impacto diferencial de las epidemias en la población capitalina, este apartado busca conocer cómo era la ciudad, cómo funcionaba, cómo era administrada y dotada de servicios, quiénes vivían en los diferentes cuarteles,<sup>14</sup> a qué se dedicaban, cómo eran sus viviendas; para ello fue necesario localizar planos y recurrir a padrones y a estudios sobre la historia urbana de la ciudad de México. Toda esta información es analizada y presentada en este capítulo a través de la narración del estado de la ciudad y de su gente, donde intercalo los relatos de los contemporáneos, con su particular visión de la capital, de la plebe, de los edificios y plazas, paseos, calzadas, con los resultados de las investigaciones actuales sobre el tema y los documentos localizados en los archivos.

Este tipo de descripción de la ciudad y los diferentes planos que elaboré ubican al lector en el contexto en el cual

---

<sup>13</sup> Se le ha dado el nombre de desigualdad ante la muerte a: "La distribución no igualitaria de los beneficios del desarrollo, generado por las diferentes formas que asume la organización política, social y económica tiene como una de sus consecuencias lo que se ha dado por llamar 'la desigualdad ante la muerte', es decir, una distribución diferencial de la morbimortalidad en los distintos grupos sociales" Cabrera, 1988:22.

<sup>14</sup> Con el objetivo de hacer una exposición ordenada acerca de los distintos aspectos demográficos, presentamos en el capítulo I, el estudio sobre el tamaño de la población, sobre la composición por sexo, edad y grupo étnico. Así como una crítica de las fuentes para su análisis.

se desarrollaron las dos epidemias que estudiamos, y permiten tratar de encontrar las causas de la severidad de las mismas. Es innegable que contamos con mayor información para interpretar la epidemia de 1813, sobre todo porque el análisis de la sociedad y de la misma ciudad hecho a través del padrón de 1811, con la gran variedad de estudios en torno a él, lo hicieron posible. Sin embargo las condiciones de la ciudad para 1833 no habían variado sustancialmente, de ahí que podamos comparar la situación de la mortalidad por cuarteles y parroquias para 1833, aproximadamente en el mismo contexto que 20 años antes, aún cuando no tengamos, un padrón específico para ese año.

La imagen de la ciudad está llena de contrastes, de bullicio: una ciudad con mucha vida, pero también con muchos problemas, con una población amenazada constantemente por el hambre, las enfermedades, las guerras y la muerte.



Condiciones de vida y salud en los cuarteles de la ciudad.

Consideraciones generales.

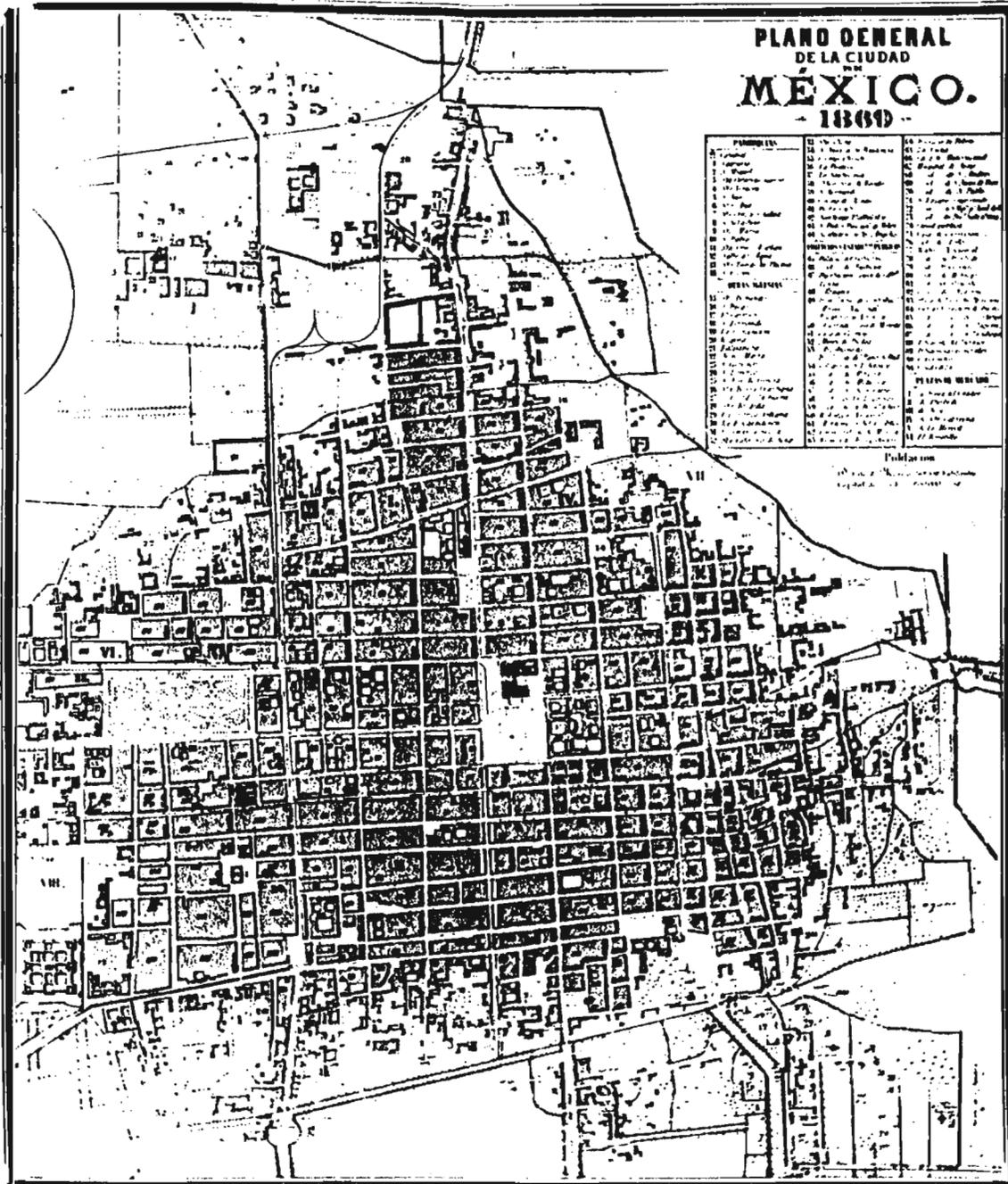
En esta parte del trabajo utilizamos varios términos que corresponden a la manera en la cual estaba dividida la ciudad para su control y gobierno. Cuartel mayor, era la jurisdicción civil, a su vez dividida en cuatro menores, que daban un total de 32 cuarteles para toda la ciudad (ver plano 9). La terminología de Barrio corresponde a la división anterior a 1786, pero que la población de la época sigue utilizando para referirse a esos lugares. Utilizo esta palabra para definir el espacio urbano, tal como sus habitantes lo reconocían. Por lo general, estos sitios tomaron el nombre de las parroquias o templos que les correspondían, por ejemplo, San Sebastián, Santa Ana, El Carmen, San Lázaro. En algunas ocasiones se trataba de los antiguos barrios indígenas, o de parte de ellos, que ya antes habían cambiado sus nombres, por el uso y la costumbre.<sup>15</sup> Los barrios no se refieren a un límite definido. En la Ordenanza de 1786 se establecían Alcaldes de Barrio, a proposición del Alcalde del Cuartel, "escogiendo un vecino del mismo barrio que se creía proveer", y se encontraban sujetos a la jurisdicción de los cuarteles.<sup>16</sup> Parroquia corresponde a la jurisdicción religiosa

---

<sup>15</sup> Sobre los barrios se pueden consultar los trabajos de Caso, 1956 sobre los barrios antiguos de Tenochtitlan y Tlatelolco, citado por Lira (1983); así como el que este último autor publica en esa investigación, y el de Avila Méndez (1974), acerca de los barrios de la ciudad de México en 1811 y 1882.

<sup>16</sup> Báez, 1969.

CIUDAD DE MÉXICO -1869  
 PLANO GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO



FUENTE: Historia de la ciudad de México, t.6.

del espacio, por lo general mayores, cuyos límites son diferentes a los de los cuarteles (ver plano 3). La demarcación eclesiástica es importante para el análisis de la mortalidad por parroquias.<sup>17</sup> Desde el punto de vista sanitario, la ciudad tenía algunas áreas de reconocida insalubridad como era la parte oriente. La norte era también un lugar antihigiénico, con grandes problemas de abastecimiento de agua, además de tratarse de tierras con altos contenidos de salitre. Los suburbios de la ciudad, antiguos barrios indígenas en algunos casos habían crecido sin planeación formando lo que ahora llamaríamos cinturones de miseria. Así, eran las regiones que presentaban cotidianamente mayores problemas de salud y durante las epidemias las tasas de enfermos se elevaban considerablemente.

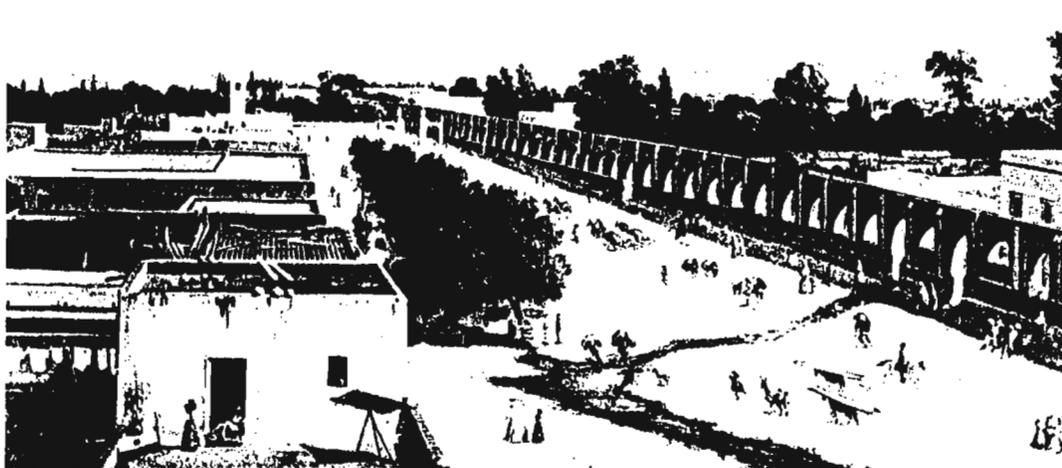
La exposición la ordené en general, de acuerdo a los puntos cardinales en grandes áreas, y por barrios, donde describo la mayoría de los cuarteles menores que les corresponden, así como la localización de construcciones importantes, tales como los hospitales, los cementerios, los basureros, etcétera.

---

<sup>17</sup> Las demarcaciones eclesiásticas se analizaron en el capítulo I, donde desarrollamos la mortalidad en cada una de las trece parroquias de la ciudad de México, por lo que no tiene caso repertir aquí esa información.

## 1.- El oriente: el área más insalubre.

Los cuarteles menores 25 y 26, localizados en la zona oriente de la ciudad, correspondían a una sección de los cuarteles mayores quinto y séptimo,<sup>18</sup> cuya área estaba semiconstruida, en especial, la del cuartel menor 26. Las casas de estos lugares tenían un valor bajo, calculadas entre 2,000 a 4,000 pesos.<sup>19</sup> En la parte externa de los cuarteles, no había calles, sino veredas y callejones. Por la parte oriente corría una acequia hacia el rumbo de la parroquia de Santa Ana.



---

<sup>18</sup> Véase plano 1. Se encontraban entre las actuales calles de Soledad, Peña y Peña, Jesús María y Circunvalación, Emiliano Zapata y Matamoros. Abarcaba las plazas de San Sebastián, Mixcalco, La Santísima, la garita de Tepito, la capilla de San Antonio Tomatlán y el Hospital de San Lázaro. Baez Macías, 1969:75 a 106.

<sup>19</sup> Morales, 1976: 391.

Las condiciones de vida de los habitantes de estos lugares eran deplorables. En este lugar se encontraba el barrio de San Lázaro, el cual había conservado por largo tiempo su aspecto característico, ya en la segunda mitad del siglo XIX, Rivera Cambas lo describe así:

en él se localizaba al "populacho de México [...] aún le cubre las cejas y los ojos el cabello greñado y polvoriento, las uñas se le desarrollan enormemente y la falta de aseo crea en sus cuerpos una segunda piel de escamas. Nótese que me refiero a la última clase social que solamente a quedado en aquellos suburbios.<sup>20</sup>

La zona oriente era lugar de residencia de trabajadores dedicados a labores no calificadas, masa de desempleados y subempleados. Desde la Colonia y durante el siglo XIX, sus contemporáneos los denominaban como léperos, la plebe de la ciudad.

De ese populacho que vive en San Lázaro, Santo Tomás y Manzanares salen los albañiles, tocineros, cargadores, los conductores de carros de limpia, los veleros, los curtidores, los empedradores de calles y otra porción de los que se dedican a ocupaciones para las cuales no se necesita más que seguir la rutina.<sup>21</sup>

A espaldas de la capilla de San Antonio Tomatlán, el

---

<sup>20</sup> Rivera Cambas, 1882:145. Los autores del siglo XIX y otros escritores actuales se refieren a ciertas áreas de la ciudad como "barrios", aun cuando, en muchas ocasiones ya no se tratara de manera formal de los antiguos barrios indígenas, sino más bien de zonas o de lo que ahora reconocemos como "colonias", que cambiaron sus nombres indígenas por castellanos, pero que la gente del siglo XIX reconocía como tales: Barrio del Carmen, de San Sebastián, de San Lázaro, etcétera.

<sup>21</sup> Rivera Cambas, 1882:146.

Ayuntamiento había establecido un gran basurero,<sup>22</sup> donde eran llevados los desperdicios recogidos por los carros de limpia de la ciudad, convirtiendo el sitio en un lugar muy insalubre.<sup>23</sup>

Para toda la ciudad de acuerdo con Ignacio Castera había 14 tiraderos de basura. Además existían 63 muladares chicos y 17 muy antiguos.<sup>24</sup>

Toda esta zona se encontraba próxima a la laguna de Texcoco y el terreno era salitroso, árido y bajo, de ahí que se inundara continuamente. Estaba cerca del Canal del Desagüe, desde donde los vientos llevaban los miasmas de la laguna y los malos olores del basurero, además, encontrábase surcada por canales por los que corrían toda clase de desperdicios.

Respecto a los olores, el miasma, los aires pútridos, se puede apreciar una preocupación constante en los documentos de la época, acusando a los malos olores de ser los causantes de las enfermedades. En un reciente estudio hecho por Alain Corbin,<sup>25</sup> se muestra como el discurso médico relaciona estos elementos y

---

<sup>22</sup> Marcela Dávalos (s/f: 157), en su estudio sobre la basura y los basureros en la ciudad de México a finales del siglo XVIII, elaboró varios mapas, en el no.3 presenta la ubicación de los basureros menores, de los tiraderos y de los basureros a mantener limpios. Los basureros menores y los tiraderos se concentraban en la parte norte, en la esquina nororiente y en la surponiente.

<sup>23</sup> Estos terrenos originalmente pertenecían a la comunidad indígena asentada allí y que utilizaba el terreno para rentarlo como potrero. Sin embargo, el basurero afectó este tipo de ingreso de la comunidad, pues en esas circunstancias nadie estaba dispuesto a arrendarlo. Lira, 1983.

<sup>24</sup> Citado por Dávalos, Op.Cit.: 88-97.

<sup>25</sup> Corbin, Op.Cit.: 25

PLANO - 4  
CIUDAD DE MÉXICO - S.XIX.  
BASUREROS.



- BASUREROS MENORES.
- ▲ TIRADEROS.
- ◆ BASUREROS A MANTENER LIMPIOS.

Fuente: Dávalos, sf. 155

las enfermedades:

...los miasmas pútridos, emanados de los cuerpos enfermos o en estado de descomposición, son inhalados por el organismo y vienen a romper el equilibrio de las fuerzas internas; si se produce una interrupción de la circulación del espíritu balsámico de la sangre, por obstrucción de los vasos, viscosidad de los humores o herida, esto puede provocar el triunfo de la gangrena, la viruela, el escorbuto, las fiebres pestilentes o pútridas.<sup>26</sup>

En la parte oriente de la ciudad se construyó, en el siglo XVI, el Hospital de San Lázaro, en el barrio de la Tlaxpana,<sup>27</sup> que era el más inadecuado para una institución de salud.

...sobre aquel suelo convertido en el recipiente de todos los inmundos desechos de la ciudad se levanta el pesado paralelogramo del hospital [...] precedido del cementerio donde se sepultaban los cadáveres de los lazarinos y, con sus salones de un solo piso a donde estaban las enfermerías. Sobre aquella carcel de leprosos sobre aquel conjunto de charcos de agua sucia y espesa que lenta y penosamente despiden las atarjeas, reverbera un sol de fuego que vivifica millones de inmundos insectos que hierven en el suelo o nublan el viento.<sup>28</sup>

Los enfermos del hospital estaban encerrados en él como en una carcel "en aquella masmorra más terrible y repugnante que los presidios de la costa".<sup>29</sup> La situación de los lazaretos, les

---

<sup>26</sup> En el capítulo relativo a las ideas sobre la enfermedad, analizamos este tema.

<sup>27</sup> Durante largo tiempo fue abandonado y no recibía mantenimiento. En 1821 el hospital quedó bajo la jurisdicción del municipio, el cual hizo reformas en la administración y el servicio mejoró. El Ayuntamiento proporcionó vestido a los enfermos y trató de que la alimentación fuera la conveniente. En esos años las autoridades decidieron poner una sala para hombres y otra para mujeres. González Obregón, 1979:134-137. García Cubas, 1978: 159-158.

<sup>28</sup> González Obregón, Op.Cit.:134 a 137.

<sup>29</sup> Ibid.:139.

hacia escaparse del lugar cada vez que podían escalando la barda.<sup>30</sup> En general la población de los antiguos barrios y de los pueblos de indios presentaba una alta renuencia para ir a los hospitales, e incluso para ser atendida por los médicos. La Junta de Sanidad creía que una de las causas de la alta mortalidad que estos individuos presentaban era:

...el horror y desconfianza con que la gente ignorante ve a los profesores facultativos y sus medicinas, por llevar adelante su preocupación de curarse por si mismos; o por el dictamen de algunos curanderos que por lo regular no faltan en los pueblos: que entre los medios de remediarlo le parecía podía adaptarse el de encargar a los respectivos párrocos por el influjo que tienen sobre sus feligreses, los exhorten a que den de mano a sus preocupaciones y se pongan en los de facultativos inteligentes en los casos que sus enfermedades lo exijan.<sup>31</sup>

La Junta decidió que el acuerdo fuera llevado al Ayuntamiento para ser remitido al gobernador del Estado, que a su vez lo enviaría a la Mitra "encargándole prevenga a los curas exhorten a sus pueblos para el objeto indicado".<sup>32</sup>

De esta manera las autoridades negaban la cultura y la tradición de la población indígena, que trataba de conservar sus

---

<sup>30</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3686, exp.32, f.18; 3668, exp.7. Las autoridades, cuando era reportado algún enfermo de lepra, de inmediato dictaban las medidas necesarias para que fuera recluido en el hospital de San Lázaro, sobre todo porque se pensaba que esta enfermedad era contagiosa (Marquez, 1984: 88-92). Mientras el hospital estuvo administrado por el clero, se permitía salir a los pacientes, pero al cambiar la jurisdicción al Ayuntamiento. en 1820, éste prohibió que se desplazaran fuera del recinto hospitalario. AHCM, Policía y Salubridad, 3668, exp.15.

<sup>31</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3668, exp.32, f.18.

<sup>32</sup> Ibid.

costumbres y creencias, haciendo uso de la medicina tradicional.<sup>33</sup> La medicina estaba imbricada con los aspectos mágico religiosos, de ahí que las autoridades, conscientes de ello, trataron de utilizar el influjo de los curas para convencer a los feligreses de las ventajas de ser atendidos por los médicos.<sup>34</sup>

Sin embargo en la práctica existía una contradicción, pues había quejas contra los hospitales por negarse a dar atención a los enfermos desvalidos en los casos de epidemias. Durante las fiebres (tifo) de 1813, las autoridades del hospital de San Andrés y los de Jesús Nazareno reportaron no poder atender a las víctimas por falta de espacio y recursos.<sup>35</sup> Lo cual debió haber sido cierto, y muestra la falta de una política concreta en materia de salud y de la carencia en la organización de estos servicios.

Las precarias condiciones sanitarias, de trabajo y de vida de quienes vivían en la zona oriente, tuvieron estrecha relación con la gravedad de las enfermedades que los aquejaron. Las viviendas consistían en casas viejas, rodeadas de callejones estrechos, donde la gente estaba hacinada.<sup>36</sup>

Los habitantes de esta región se ocupaban como hilanderas,

---

<sup>33</sup> Véase el trabajo sobre la medicina tradicional en México, y las actitudes coloniales ante la medicina indígena, de Anzures y Bolaños, 1983 :53 a 79.

<sup>34</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3685, exp.7, f.15.

<sup>35</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3686, exp.32, f.18.

<sup>36</sup> Morales, 1974:117.

zapateros, algunos sastres, costureras, tejedores, carpinteros y herreros.<sup>37</sup>

Para 1811, por ejemplo, los zapateros sumaban 1,146. La mayoría eran hombres (98.5%).<sup>38</sup> Aunque se localizaban principalmente en la zona central de la ciudad, también había concentraciones importantes de estos trabajadores en las orillas y zonas adyacentes. La mayor parte de ellos habitaba en las casas y cuartos interiores de "los estratos medios y bajos de la población de la ciudad" .

Las zonas norte y oriente era reconocidas como de alta insalubridad, los médicos contemporáneos decían:

es verdad que las epidemias han comenzado por el cuartel noreste de México[...] creo que puede explicarse esta primera aparición en ese rumbo, por ser esa parte de la ciudad la primera que recibe los vientos que como se sabe son un vehículo no raro de epidemias y el observar que allí habita la gente más pobre y desaseada, que es la parte más escasa de agua, al grado de irse abandonando poco a poco su habitación.<sup>39</sup>

No es difícil suponer que los individuos de estos suburbios de la ciudad, pero que no pertenecían legalmente a los antiguos pueblos de indios, como los inmigrados, eran los más desvalidos. El Ayuntamiento casi nunca contaba con partidas específicas para solventar los gastos ocasionados por las epidemias, y como estas personas no formaban originalmente parte del antiguo barrio indígena, quizá no tenían la ayuda de sus autoridades. Además, se les veía como una amenaza para la salud de los ricos. Una

---

<sup>37</sup> AGN, Padrones, Vol.62 al 74.

<sup>38</sup> Brun, 1979: 146.

<sup>39</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3668, exp.15.

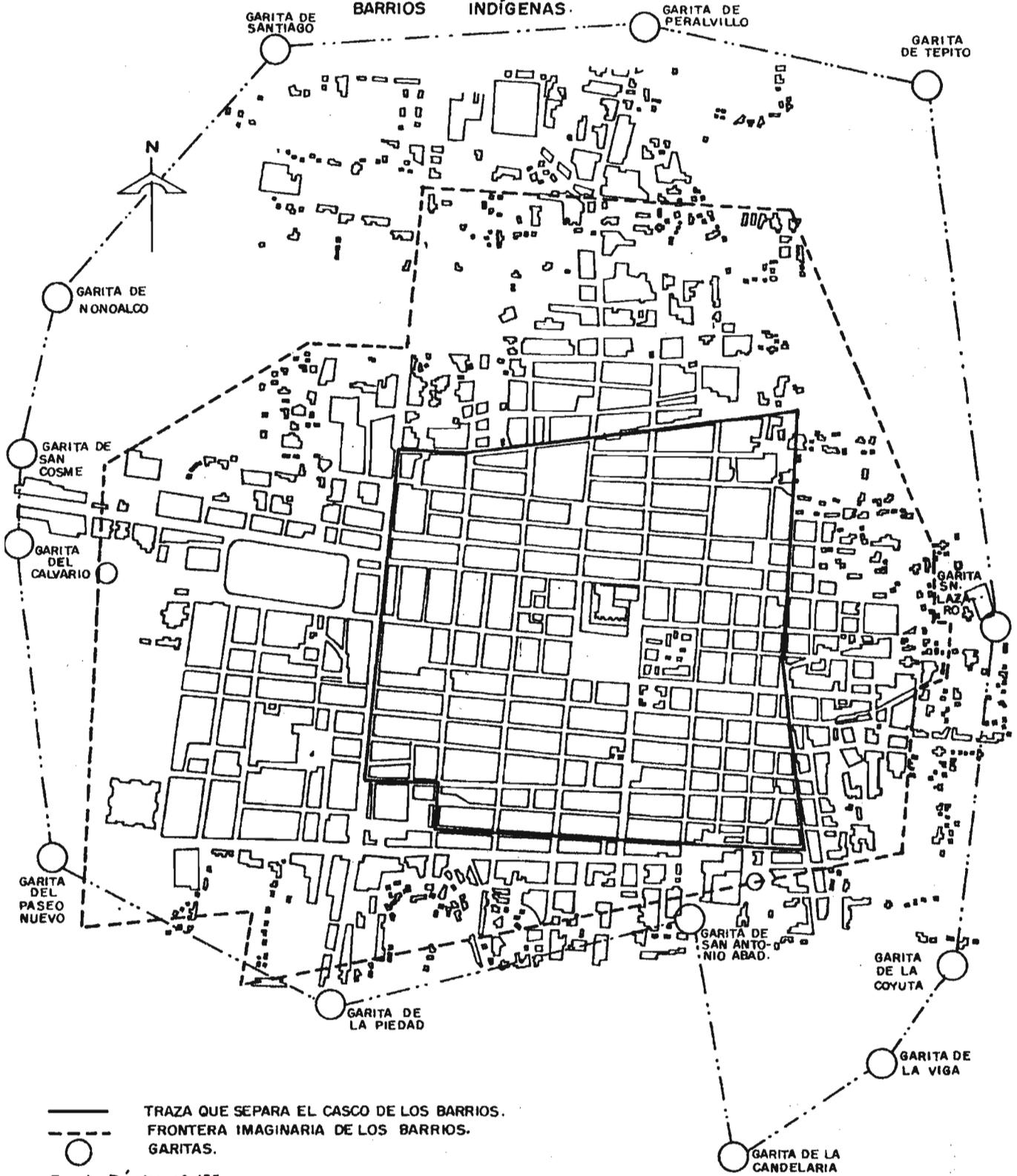
familia pobre, decía Montaña, "dejada en la indigencia, es un foco desde el cual la epidemia puede atacar a parientes, amigos o a quien esté cerca".<sup>40</sup>

Los reportes de los médicos con respecto al número de enfermos y muertos en las epidemias, permiten conocer parte de la incidencia y gravedad de las enfermedades. En especial la de los pobres, atendidos por los médicos asignados por las autoridades. Si comparamos la información que analizamos adelante sobre las estadísticas de enfermos, y muerte específica de cada padecimiento registradas en 1813 y 1833, por medio de los datos de los cuarteles, con los datos de las defunciones generales de la parroquia, resaltan las diferencias; mientras que los datos parroquiales muestran por un lado una elevada mortalidad en la ciudad en ese momento, por el otro, no se ven las diferencias al interior de la población, en cambio las cifras del porcentaje de enfermos en cada cuartel, así como el número de ellos que murieron, revela las desigualdades.

---

<sup>40</sup> Copper, Op.Cit.:203.

PLANO - 5  
CIUDAD DE MÉXICO - S. XIX  
BARRIOS INDÍGENAS.



— TRAZA QUE SEPARA EL CASCO DE LOS BARRIOS.  
- - - FRONTERA IMAGINARIA DE LOS BARRIOS.  
○ GARITAS.

Fuente: Avalos, sf. 156

## 2.- El sureste.

El cuartel menor 18 se localizaba hacia el extremo sur de esta zona; comprendía un vecindario de indios, con una iglesia, la de Santo Tomás y un cementerio anexo situado más al oriente,<sup>41</sup> en el terreno correspondiente al barrio de San Dieguito.<sup>42</sup> Las casas de este cuartel tenían un valor promedio de entre 6,000 a 8,000 pesos. Pero era una zona bastante despoblada.

Para 1810, en torno a la traza había entre un 70 y un 75% de tributarios indígenas dentro de los barrios de la ciudad, y sólo el resto quedaba en los pueblos foráneos o barrios alejados pertenecientes a las parcialidades.<sup>43</sup>

La ocupación de sus residentes correspondía al espacio que tenían en relación a la cercanía o lejanía de la ciudad. Algunos eran albañiles, otros zapateros, carpinteros o tejedores, en especial, los que habitaban los barrios más céntricos. Al irse alejando de la ciudad, la ocupación estaba relacionada con labores agrícolas, como hortelanos, zacateros, chinamperos, tiradores de patos, pescadores, salineros y salitreros (como se

---

<sup>41</sup> Baéz Macías, 1969:65

<sup>42</sup> En general, los barrios más cercanos a la ciudad, que estaban situados en sus arrabales, eran considerados como parte de los cuarteles menores desde 1782, y continuaron en tales condiciones en los padrones municipales de 1842 y 1848. Lira, 1983:117.

<sup>43</sup> Esta población indígena agregada a los cuarteles seguía constituyendo pueblos de indios, con un orden más o menos cerrado frente a la ciudad. Op.Cit.:40; 74 y 75.

llamaba a los que hacían tequesquite).<sup>44</sup>

Los pueblos del sureste, ubicados fuera del cuartel, tenían recursos propios.<sup>45</sup> La mayoría eran chinamperos y zacateros, cuyas actividades eran su principal campo de trabajo. Comerciabán las verduras y frutas que cultivaban y muchas veces se ocupaban como remeros.

El cuartel menor 20, se encontraba situado en el extremo suroriente, era una zona muy despoblada. Los habitantes del barrio de la Magdalena Mixiuca, cercana a esa área, fueron calculados por Andrés Lira en 300 personas para el periodo 1800 a 1810. Predominaba los zapateros, hortelanos y chinamperos.<sup>46</sup>

Las condiciones higiénicas de este sitio muestran grandes deficiencias, sólo algunas calles empedradas, pues la política

---

<sup>44</sup> AGN, Padrones, Vols. 95 y 100; Lira, Op.Cit.:40.

<sup>45</sup> Recogían rentas anuales de los potreros arrendados; por ejemplo San Juanico y Nativitas tenían entre 600 y 800 pesos como renta anual. La Magdalena Mixiuca, Santa Anita e Ixtacalco arriba de 4000 de rentas semejantes. Ibid.:47 y 76.

<sup>46</sup> Para 1842 y 1848 de acuerdo a los padrones municipales, había 308 habitantes; 97% nativos del lugar y la ocupación casi exclusiva de sus pobladores en edad de trabajar, era el de chinamperos, lo cual indica "una permanencia demográfica y ocupacional resultado de la cohesión de estos pueblos". Ibid.:118. Esta gente, a pesar de pertenecer al cuartel de la ciudad, administrativamente funcionaba como un pueblo aparte y sus gastos eran hechos a partir de los bienes de comunidad. Los excedentes del tributo de comunidad o el producto de los bienes comunales era custodiado, convertido en moneda, en arcas especiales, que se llamaban cajas de comunidad, ver López Sarrelange, 1982:11. En casi todos los casos de epidemia las autoridades del Ayuntamiento piden permiso para utilizar los bienes de las cajas. AGN, Epidemias, Vol.8, exp.1, f.8; El administrador de Estado y Marquesado del Valle sugiere que del arca de bienes de comunidad pertenecientes a los indios de la Villa de Tacubaya se saque lo necesario para socorrer a los enfermos de ella. Junio de 1813 AGN, Epidemias, vol.8, exp. 4 f.24, exp.3, f.18; vol.9, exp.6, f.97.

de las autoridades en lo relativo a este ramo era iniciar los trabajos de urbanización, del centro de la ciudad a la periferia, entre más se alejaban de la plaza principal, las calles se encontraban en peores condiciones.<sup>47</sup>

Había algunos talleres de herrería, pero la mayor parte eran zapaterías, curtidurías, gamucerías, tejedurías y obrajes. Vivían en ese cuartel costureras, sastres, muchos zapateros, tejedores, carpinteros y herreros.<sup>48</sup>

Había una alta concentración de artesanos. La mayoría de estos trabajadores se asentaban en la periferia, fuera del centro de la ciudad, donde instalaban sus talleres domiciliarios.

---

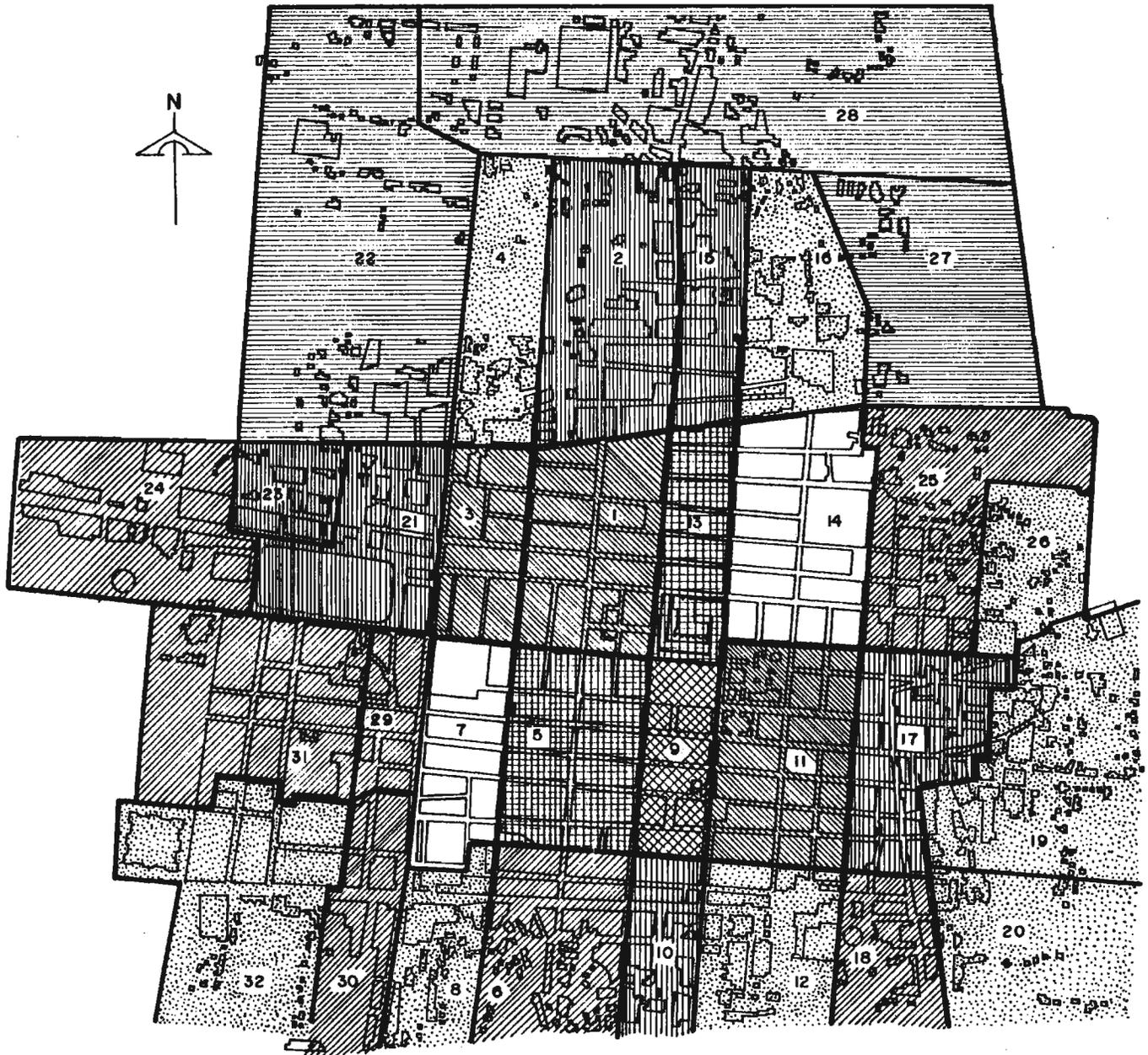
<sup>47</sup> Lombardo, 1987:2:60; Orozco y Berra, 1973:157-165. Desde finales del siglo XVIII las autoridades habían iniciado un amplio programa para empedrar y revisar las cañerías y atarjeas, a cargo del Ayuntamiento. Existe todo un expediente del plano elaborado por Ignacio Castera, con el fin de calcular los costos y los sitios que debían ser trabajados. El plano zonificaba los terrenos en tres diferentes clases, con el fin de regular el pago de las contribuciones. El esquema que se siguió fue concéntrico y la distribución de los servicios privilegiaba siempre al centro, cuyos terrenos aumentaban su valor en razón directa de la inversión que se hacía en ellos, quedando siempre marginados las áreas que por tradición estaban ocupadas por los barrios indígenas. AHCM, Empedrados, vol.882, T.3, exp.173, 67fs. Para 1849 la ciudad contaba con 514,447 varas cuadradas empedradas. El costo del empedrado y su mantenimiento eran muy altos.

Para 1800 en las ciudades norteamericanas, casi la mitad de las calles no tenían pavimento; las que lo estaban correspondían a las calles residenciales, ver Mc Shane, 1979:279. Hacia finales del siglo XVIII varias de estas ciudades habían iniciado proyectos de pavimentación y suministro de agua potable, pues tenían las mismas deficiencias en servicios que la ciudad de México, ver a Tarr, 1979:308.

<sup>48</sup> González Angulo, 1983:75 a 83 y 95 a 102.

PLANO - 6  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1813

VALOR PROMEDIO DE LA PROPIEDAD EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



	\$ 500.00 - \$ 1000.00		\$ 8001.00 - \$ 10 000.00
	\$ 2001.00 - \$ 4000.00		\$ 10 001.00 - \$ 12 000.00
	\$ 4001.00 - \$ 6000.00		\$ 12 001.00 - \$ 14 000.00
	\$ 6001.00 - \$ 8000.00		\$ 19 283.45 -

Fuente: Morales, 1976 : 390

3.- El norte de la ciudad, otro sitio insalubre.

Esta zona estaba formada por los cuarteles 28 y parte del 22.<sup>49</sup> En ella encontramos los barrios de Nonoalco y Santiago, donde las casas estaban semidestruidas, muchas abandonadas, paredones y ruinas, sus habitantes sufrían de escasez de agua, pues el canal que los surtía se había extinguido tiempo atrás.<sup>50</sup>

De acuerdo con Dolores Morales "las fincas más modestas, seguramente jacales y casas de adobe" estaban comprendidas en este sitio.<sup>51</sup> Los residentes de este rumbo decían estar ocupados como pasamaneros, pero desempleados. La mayoría "dijeron vivir de 'la providencia', a los que se deben agregar los que vivían de 'limosna' o a expensas de un hijo o un pariente".<sup>52</sup>

Las condiciones de vida de la población infantil eran precarias, se encontraban algunos niños, que no pasaban de los seis u ocho años, trabajando en los pozos y los secaderos.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> El espacio ocupado por el primero, era bastante irregular; principiaba en el extremo oriente de la acequia que iba para Santa Ana y pasaba por el barrio de Santiago hasta el pueblo de Santiaguito (San Juan de Letrán). Comprendía el convento de Santiago Tlatelolco, la capilla de San Antonio el Pobre y Concepción Tequipechua. Báez Macías, Op.Cit.

<sup>50</sup> El agua procedente de Atzacapotzalco abastecía la zona de Tlatelolco, pero ya en el siglo XVII, esta fuente se había agotado, incluso algunos contemporáneos pensaban que "su falta es una de las causas que han influido en la despoblación del barrio de Tlatelolco". López Sarrelange, 1982:5. Véanse planos 16 y 18 sobre distribución de fuentes públicas y privadas en la ciudad de México en las primeras décadas del siglo XIX.

<sup>51</sup> Morales, 1976:391.

<sup>52</sup> Lira, 1983:121.

<sup>53</sup> Op.Cit.:131.

La zona de Santiago Tlatelolco, estaba compuesta de algunos barrios aledaños a la ciudad. Ahí se alojaban tanto indígenas de los antiguos pueblos, como desempleados, vagos, "malentretidos" y léperos de la ciudad que habitaban el rumbo de Los Angeles, el camino a Nonoalco y los terrenos correspondientes al basurero de la Viña.



Los barrios y pueblos dedicados a la explotación de la sal, que se encontraban en la Villa de Guadalupe, eran lugares de escasos recursos, tenían una población muy dispersa.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Estaban adscritos a los cuarteles 28 y 27 de la ciudad, a pesar de que muchos de los caseríos no formaban parte de ella. El dinero dedicado a cubrir los gastos de las comunidades aledañas a la ciudad, era canalizado a cuestiones de sobrevivencia, quedándoles muy poco para el culto religioso, incluido el gasto en escuelas. Pagaban 60 pesos mensuales que

La Magdalena Salinas formaba parte del cuartel 28; era un zona de terrenos áridos algunos meses y anegados durante las lluvias. Se localizaba en la parte noroeste de la ciudad, cuyas tierras eran los fondos del lago salobre.<sup>55</sup> Ahí florecía la explotación de la sal y el tequesquite, de la cual vivían muchas familias de la zona. Combinaban esos trabajos con la explotación del zacate, la caza, la captura de patos y la pesca.<sup>56</sup> Para 1800, en La Magdalena Salinas había ocho barrios con 274 tributarios y medio tributarios, de los cuales 204 se dedicaban a la explotación de la sal; los otros eran cañeros (limpiadores de zanjas), empedradores y jornaleros,<sup>57</sup> además se había puesto un horno en esa zona para hacer ladrillos.<sup>58</sup>

Los pobladores de ese lugar estaban mal registrados en los padrones, por la dificultad que había de transitar por esos sitios desolados, pantanosos y anegados.<sup>59</sup> El sitio fue descrito por Payno en el último tercio del siglo XIX, cuando sus condiciones habían empeorado, sin embargo el relato permite tener una idea aproximada del lugar:

---

eran utilizados para el mantenimiento de la cañería. Ibid.:123 y 124.

<sup>55</sup> Ibid.:47 y 126.

<sup>56</sup> La venta de la sal y de tequesquite se hacía diariamente al menudeo y proporcionaba aproximadamente veinte pesos mensuales. López Sarrelange, 1982:30.

<sup>57</sup> Lira, 1983:119.

<sup>58</sup> Op.Cit.:112.

<sup>59</sup> Ibid.:119.; Payno, 1986:10.

A poca distancia de la garita de Peralvillo [...] se encuentra un terreno más bajo que las dos calzadas [...] se nota una aglomeración de casa pequeñas, hechas de lodo, que más diría eran temascales, construcciones de castores o albergue de animales que no de seres racionales. Una puerta estrecha de entrada a esas construcciones que contienen un solo cuarto y, cuando más un espacio que forma una cocina de humo o comalito.

Estas casas estaban habitadas por personas solas, o por familias completas.<sup>60</sup> El área era muy rica en peces, ranas, patos, tules, cangrejos y sal. Los hombres salían a pescar ranas -las cuales vendían o les servían de alimento- con sus redes o con otates con puntas de hierro,<sup>61</sup> y se dedicaban también a la pesca de juiles y a recoger ahuate. Las mujeres recogían tequesquite, semillas de nabo y mosquitos de las orillas del lago, o bien, cortaban quelites y verdolagas.

La alimentación consistía en el consumo de gordas, elotes, tortillas, pedazos de pan y restos de comida; completaban su dieta con animalillos sobrantes que no habían podido vender.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Para Payno, toda esta gente era lo que se llamaba macehuales en el tiempo de la conquista:

es decir, los que labran la tierra, no eran precisamente esclavos, pero sí la clase infima del pueblo azteca, que, como la más numerosa, ha sobrevivido ya tantos años y conserva su pobreza, su ignorancia, su superstición y apego a sus costumbres. Op.Cit.:11.

<sup>61</sup> Ibid.

<sup>62</sup> Desafortunadamente gran parte de esta población apenas sobrevivía, dice Payno:

Increíble parece que puedan vivir, o mejor dicho, así vegetan, pues su aspecto es enfermizo y seguramente no llegan a larga vida. Ibid.

La observación de Payno es muy acertada; de acuerdo a las estadísticas de la edad promedio a la muerte de los feligreses de las parroquias de la ciudad de México, en el periodo 1840-1849, en la zona de San Sebastián y Santa Ana, era de 22 a 23



Los pueblos indígenas situados hacia el norte poseían los bienes de la caja de comunidad; en el caso de los de Santiago, éstos se habían mantenido en opulencia por décadas.<sup>63</sup> Durante el ataque de fiebres de 1813, el Ayuntamiento pidió al Virrey Calleja permiso para confiscar los fondos de las arcas de

---

años. En los registros de 1851, la edad promedio bajo a 16 en San Sebastián y a 13 en Santa Ana. Gayón Córdova, 1988:16.

<sup>63</sup> López Sarrelange, 1982:5 y 12. La Ordenanza de Intendentes definió el destino de los bienes comunales, entre los que se contaba el pago del médico, del cirujano y cubrir las necesidades públicas y religiosas.

Santiago Tlatelolco y de San Juan, que ascendían a 6,000 pesos.<sup>64</sup>

En la parte norte, en el cuartel cuatro, las condiciones de vida y salud de sus habitantes eran bastante difíciles. Allí se localizaban los barrios de Peralvillo y Santa Ana que eran de los más antiguos de la ciudad. Hacia el norte colindaban con Tlatelolco y al oriente con el Carmen. La zona de Peralvillo se caracterizaba por la enorme cantidad de casas de vecindad que tenía, pues parte de las viviendas de esta área habían sido rentadas por sus dueños, a individuos de escasos recursos. Estas construcciones eran enormes, en estado deplorable ya desde el siglo XVIII, y la situación empeoró durante el XIX.

A Hipólito Villarroel en la última parte del siglo XVIII le causaba "horror" la vista de estos lugares:

Habitaciones pequeñas que sirven más bien de albergues de infamias y torpezas que de adorno y de comodidad, viveros ocultos donde es innumerable el gentío de esta clase, que se encierra en ellos, para vivir a sus anchas, sin riesgo de ser visitado por justicia alguna.<sup>65</sup>

Casi un siglo después la situación no había cambiado, incluso seguramente se agravó. Rivera Cambas nos describe estos

---

<sup>64</sup> Se razonaba que la confiscación sería legal pues la Constitución de 1812 marcaba que las comunidades indígenas dejaban de tener una posición separada. Calleja autorizó la confiscación en nombre del "bienestar público", aclarando que tomaba la medida solo a causa de la crisis financiera, y no para establecer precedente.

Las peticiones para utilizar los fondos de las cajas de comunidad se multiplicaban cada día. Los requerimientos llegaban de pueblos como Mexicalcingo, Ixtacalco, donde pedían 300 pesos para socorrer a "las graves necesidades de la epidemia de las arcas comunes de los indios" (julio de 1813). Copper, Op.Cit.: 204. AGN, Epidemias, vol. 8, exp.1, f.8.

<sup>65</sup> Villarroel, 1982:249

sitios:

allí se encuentra en las casas de vecindad, la última capa de la población más pobre, allí fermenta, por decirlo así, la levadura de todos los vicios y de todas las miserias que se encubren en la capital.<sup>66</sup>

En otras ciudades como París o Londres ocurrían fenómenos similares, aunque por distintas causas.<sup>67</sup> En Inglaterra, como parte de las repercusiones del proceso de industrialización las viviendas del centro de las ciudades iban decayendo, hasta volverse inhabitables. Fueron diseñadas originalmente como habitaciones amplias para el uso de la "clase media" o comerciantes, pero después se convirtieron en verdaderas vecindades.<sup>68</sup> Las condiciones de la vivienda para los trabajadores manufactureros en las ciudades eran miserables, a causa de la sobrepoblación y de la falta de medios para tener mayor espacio y mantener la limpieza.

En esta época se desarrolló la idea que postulaba a la suciedad y a los malos hábitos, como los causantes de la miseria circundante; hábitos que se habían formado a través de generaciones de personas viviendo en "cuchitriles", antes que las ciudades crecieran tanto. Casas sin techo con pisos de lodo, llenos de desperdicios vegetales, de excrementos de animales que vivían dentro del mismo cuarto, caballos, vacas, cerdos. En el mismo sitio se comía, se dormía y se vivía. Así se desarrolló el argumento de "los cerdos", que sostenía: "no es bueno darles

---

<sup>66</sup> Rivera Cambas, Op.Cit.:90.

<sup>67</sup> Gauldie, 1974:21.

<sup>68</sup> Op.Cit..:26

viviendas decentes a gente como esa, sólo las convierten en cuchitriles".<sup>69</sup>

En la ciudad de México, durante esa época, el 98% de la población no tenía acceso a la propiedad de su vivienda y estaba por tanto obligada a pagar renta.<sup>70</sup> En el caso de los pobres, sus ingresos apenas les permitían vivir en el límite de la subsistencia y el tener que destinar una cantidad para pagar la renta empeoraba sus condiciones de vida ya de por sí precarias.

La sociedad mexicana de principios del siglo XIX estaba fuertemente dividida entre los pocos que tenían acceso a todo y la mayoría que no tenían nada. Un grupo muy reducido disfrutaba del nivel de vida más alto y por otro lado, la población en general llevaba una vida marginada y miserable. Así no es de extrañar que esta gente registrara tasas de morbilidad altas durante las epidemias.

Los barrios de Peralvillo y Santa Ana carecían de casi todos los servicios necesarios; las calles no estaban empedradas, no había alumbrado, ni agua, el hacinamiento y la insalubridad eran los medios idóneos para que las enfermedades se propagaran y cobraran su cuota en vidas. Lo grave de la situación se aprecia en la edad promedio a la muerte, que ya mencionamos antes para la parroquia de Santa Ana de 23 años en el periodo de 1840 a 1849 ; y de 13 años en 1851.

---

<sup>69</sup> Ibid.:21, 26 y 27.

<sup>70</sup> Morales, 1978: 71-96.

## 4.- El noreste.

La zona estaba formada por los cuarteles menores 15 y 16, donde se hallaban ubicados hacia el noreste del cuartel mayor Q, los antiguos barrios indígenas, que en el siglo XIX eran denominados como barrios del Carmen y San Sebastián,<sup>71</sup> descritos de la siguiente manera:

forman contraste desagradable las casitas de adobe de los barrios con las altas y bien decoradas, con vistosos balcones de fierro, que se levantan en el centro, aunque actualmente en los suburbios se están construyendo también casas de dos y tres pisos y amplias habitaciones que tienen de altura más de cinco varas; en aquellos antiguos barrios no tienen las casas generalmente patio con árboles ni flores; ni se ven escaleras de piedra, las fachadas de las habitaciones del Carmen y San Sebastián, están generalmente pintadas de blanco y rojo [...] falta en las calles hasta el empedrado y el aspecto de los suburbios al norte y oriente de la capital, manifiesta que se detuvo el estado próspero que en el siglo XVIII alcanzó México [...] los muebles de las habitaciones corresponden a las casas; casi todos son de madera corriente, usados por las familias de la clase media y rara vez por la clase indígena; ningún mueble precioso, nada de lujo [...] nada bello adorna los suburbios de la capital por el norte y mucho menos por el oriente, minas, bazares con muebles viejos y fierros oxidados, pulquerías y tiendas de pobre aspecto, es lo único que por aquellos barrios se encuentra.<sup>72</sup>

Las descripciones de Rivera Cambas, Guillermo Prieto, Manuel Payno o de F. Calderón de la Barca acerca de la ciudad de México

---

<sup>71</sup> Rivera Cambas da una excelente descripción de estos sitios para el segundo tercio del siglo XIX, que a pesar de corresponder a años posteriores a nuestro periodo, nos parecen útiles. Como vimos en el caso de las narraciones de fines del siglo XVIII de Hipólito Villarreal, la ciudad conservaba en aquellos rumbos sus características, quizá sufrieron un mayor deterioro durante los conflictos políticos de la primera mitad del siglo, sobre todo los pronunciamientos y cambios de gobierno que detenían los programas de urbanización y los incipientes en materia de salubridad, al canalizarse los recursos a otras funciones.

<sup>72</sup> Rivera Cambas, Op.Cit.: 93-95.

y de sus suburbios muestran el interés creciente en el siglo XIX por el lugar en el que se vivía. En palabras de Hira de Gortari y de Regina Hernández, "en donde se vivía y como se vivía en la ciudad de México y el Distrito Federal, se fue convirtiendo sobre todo para la segunda parte del siglo XIX en expresión del medio social y cultural al que se pertenecía".<sup>73</sup>

Estos barrios, como el del Carmen estaban llenos de vecindades donde habitaban los artesanos, ya fuera haciendo zapatos, sentados en un banquillo, junto a una mesita, o tejiendo los que se dedicaban a ese oficio. Los mesones eran abundantes, consistían en cuartos sin muebles; los figones sucios; las barberías que conservaban su aspecto antiguo.

De acuerdo con Rivera Cambas, todos estos barrios conservaban sus costumbres:

...siendo tipos principales el barbero con su vasija de metal y el flebotomiano con sus formidables tenazas y su cortante bisturí [...] no es raro ver sobre la mesa del barbrero ó en la pared el estuche de negro grasiento cordoban conteniendo las navajas de antigua forma.<sup>74</sup>

Esta zona estaba relativamente céntrica, era de las que menos se alejaban de las calles habitadas por gente de buenos recursos económicos. En él vivían las costureras; sus talleres estaban en las calles de Plateros y del Espíritu Santo, ahí pasaban la vida cosiendo los trajes de las señoras acomodadas.

---

<sup>73</sup> Gortari y Hernández, Op.Cit., T. III, :373).

<sup>74</sup> Rivera Cambas, Op.Cit. Una amplia gama de descripciones sobre los barrios y colonias, en particular de la segunda parte del siglo XIX, puede consultarse en Gortari y Hernández, Op.Cit., T. III, :373-386.

En las casas de vecindad era posible encontrar habitaciones a precios módicos, muchas estaban ocupadas por cocheros. Gran parte de la población juvenil del rumbo eran subempleados. En palabras del mismo Rivera Cambas " ...más que en otros, se encuentra al tipo de muchacho buscavidas que a los siete años ya conoce todas las calles de la ciudad, vende periódicos y cerillos." <sup>75</sup>

Gran cantidad de tiendas de abarrotes del tipo pulpería, eran características del lugar, con sus puertas cerradas con adobe, para evitar el pago de impuestos. Casi todos los tenderos en esa zona eran españoles, pero de nivel social más bajo.<sup>76</sup>

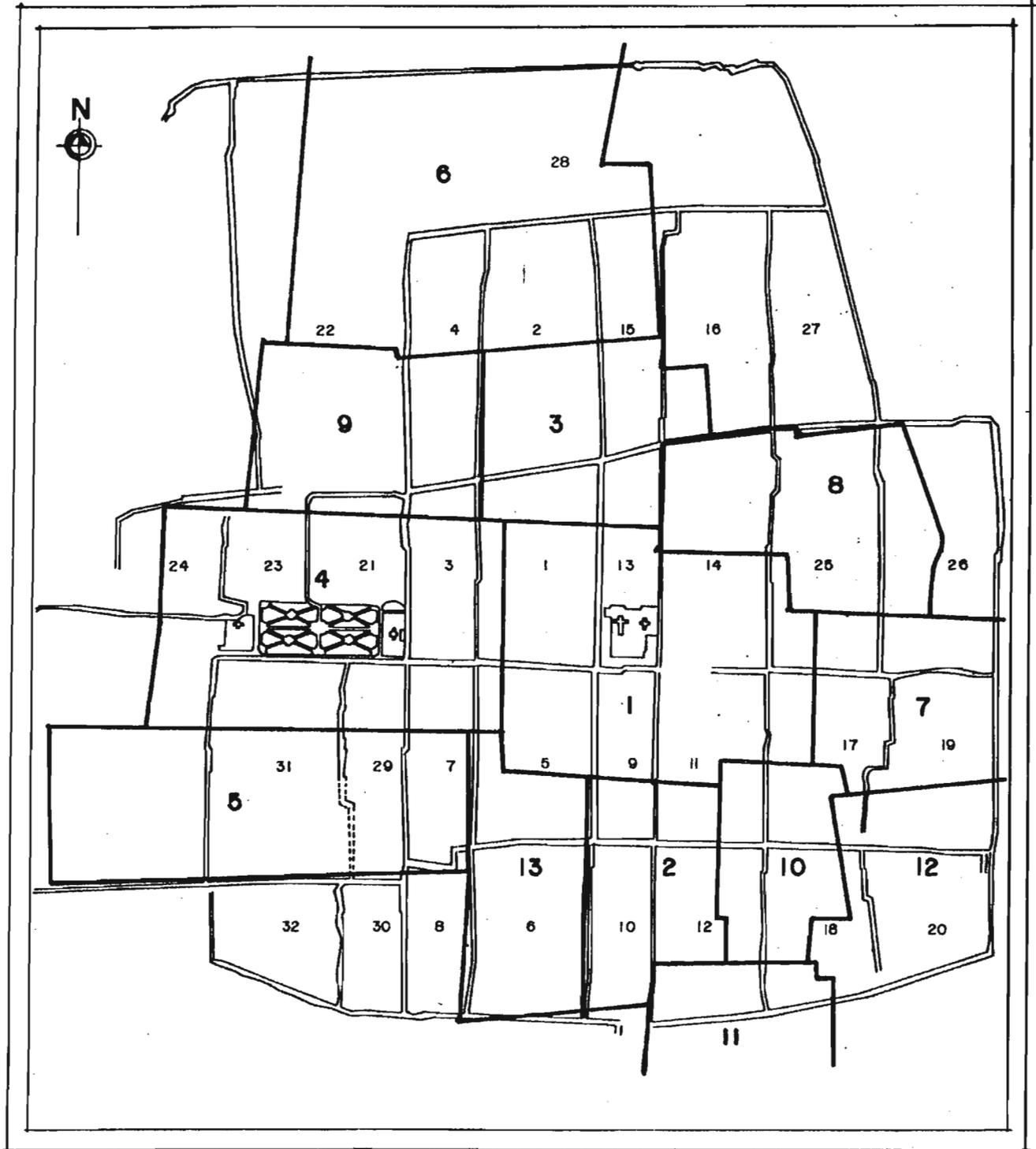
Este cuartel pertenecía a la parroquia de San Sebastián, que como veremos al hablar de la morbilidad por tifo, fue la que reportó mayor porcentaje de entierros en 1813, con un incremento con respecto a los años anteriores de 1,175%. Sin embargo, debido a que la jurisdicción parroquial es mucho mayor que la del cuartel y abarca otros cuarteles menores del oriente, no es posible comparar los datos de las defunciones parroquiales, con los de la lista de enfermos y muertos del Ayuntamiento, pues cada una tiene grandes características particulares, que las hacen incomparables. De cualquier manera, es útil mencionar que para 1833 la parroquia de San Sebastián también mostró un incremento en el número de defunciones (134.36%), pero nunca tan severo como en la epidemia de 1813. Más aún, durante la epidemia de 1848-1850 la parroquia de San Sebastián tuvo uno de los menores aumentos

---

<sup>75</sup> Rivera Cambas, Op.Cit.:95.

<sup>76</sup> Ibid..

PLANO - 7  
 CIUDAD DE MÉXICO -  
 CUARTELES Y PARROQUIAS .



-  PARROQUIAS
-  CUARTELES

Fuente: Maldonado, 1976 y Baez - Macías 1969.

en el número de muertes (31.66%).<sup>77</sup> Lo anterior no quiere decir necesariamente que las condiciones de vida de la población de este lugar hubieran mejorado, sino más bien, creo que están en relación con la manera de transmisión del cólera, y la contaminación de las redes de distribución del agua potable. Sin embargo no es posible aplicar interpretaciones mecánicas y sería necesario, conocer detalladamente el contexto de la ciudad en 1850 y tratar de encontrar los factores que determinaron el tipo de morbimortalidad en ese año.

El otro cuartel menor de este sector el 15, contaba con zonas despobladas. Estaba en el extremo norte de la ciudad, con una población de 3396 personas, cifra considerablemente menor que la de los otros cuarteles. En él se registraron un 13.17% de enfermos durante la epidemia de 1813. Para 1833, durante la epidemia de cólera el porcentaje de incremento de entierros, registrado en la parroquia de Santa Catarina, correspondiente al área de este cuartel, fue también bajo, tan solo llegó al 33.28, mientras que en otros lugares como la parroquia de San José situada en la esquina surponiente de la capital se elevó a 230.8%.

En este cuartel, como mencionamos arriba, estaba la parroquia de Santa Catarina, que era una de las más importantes

---

<sup>77</sup> El aumento en el número de entierros registrados en las parroquias es mayor que el de los cuarteles, pues tenían bajo su jurisdicción a los pueblos de indios aledaños. El impacto de la epidemia de acuerdo a lo elevado de los porcentajes fue terrible en San Sebastián, Sto. Tomás, Sta. Cruz Acatlán y Sta Cruz y Soledad, todas ellas situadas en el oriente de la ciudad, y Sta. María, en el norte. Ver cuadros 13, 14 y 15.

del rumbo. La iglesia se encontraba rodeada de un atrio delimitado por cadenas. Enfrente de este templo había un mercado sucio y viejo,<sup>78</sup> que abastecía a los habitantes de esa zona; tenía gran importancia por estar situado en el paso natural de los migrantes y de las mercancías procedentes del norte.<sup>79</sup>

Las calles que iban de Santa Catarina hacia el centro formaban un importante eje comercial. Ahí se encontraban tanto los pequeños puestos móviles y los vendedores ambulantes, como algunas tiendas y talleres artesanales<sup>80</sup>. Había casas de vecindad, cuyas habitaciones presentaban cierta distribución.

Payno la describe así:

La primera pieza era la cocina, después un cuarto que podía servir de comedor y en el fondo un salón con un balcón a la calle; las paredes blancas pintadas de cal, los suelos de tierra roja, los muebles antiguos y viejos, la casa de madera pintada de verde.<sup>81</sup>

Los terrenos de esa zona eran salitrosos y "color ceniza"; en la estación de calor soplaban frecuentes ventarrones con dirección a la ciudad, a donde iban a parar nubes de polvo sucio. En el tiempo de lluvias se formaban charcos y lodazales profundos, donde se atascaban los vehículos.<sup>82</sup>

Por tratarse de tierras con gran cantidad de salitre no era posible sembrar y muchas casas que habían sido construidas años

---

<sup>78</sup> Ibid.:90.

<sup>79</sup> López Monjardín, 1985:26.

<sup>80</sup> Op.Cit.:27.

<sup>81</sup> Payno, 1986:39.

<sup>82</sup> Ibid.:42.

atrás, estaban en ruinas; sin puertas ni techos, la mayoría con cuarteaduras, donde se veía crecer toda clase de yerbas. A esos lugares la gente les llamaba paredones; estaban "esparcidos aquí y allá en medio de ese suelo fangoso e insalubre".<sup>83</sup>

En ese rumbo las autoridades habían decidido establecer un basurero. Los carretones de basura que circulaban por la ciudad, de ocho a once de la mañana, iban a arrojar su contenido a ese sitio llamado "la Viña".<sup>84</sup> El lugar presentaba un aspecto terrible, con las montañas de desperdicios que formaban:

...Una especie de pueblecito con sus calles y veredas hasta el grado que a los que no estaban habituados, trabajo les costaba salir de ese inmundo laberinto [...]. No parece que decir que cuando soplaba un ventarrón, gran parte de la basura volvía a la ciudad.

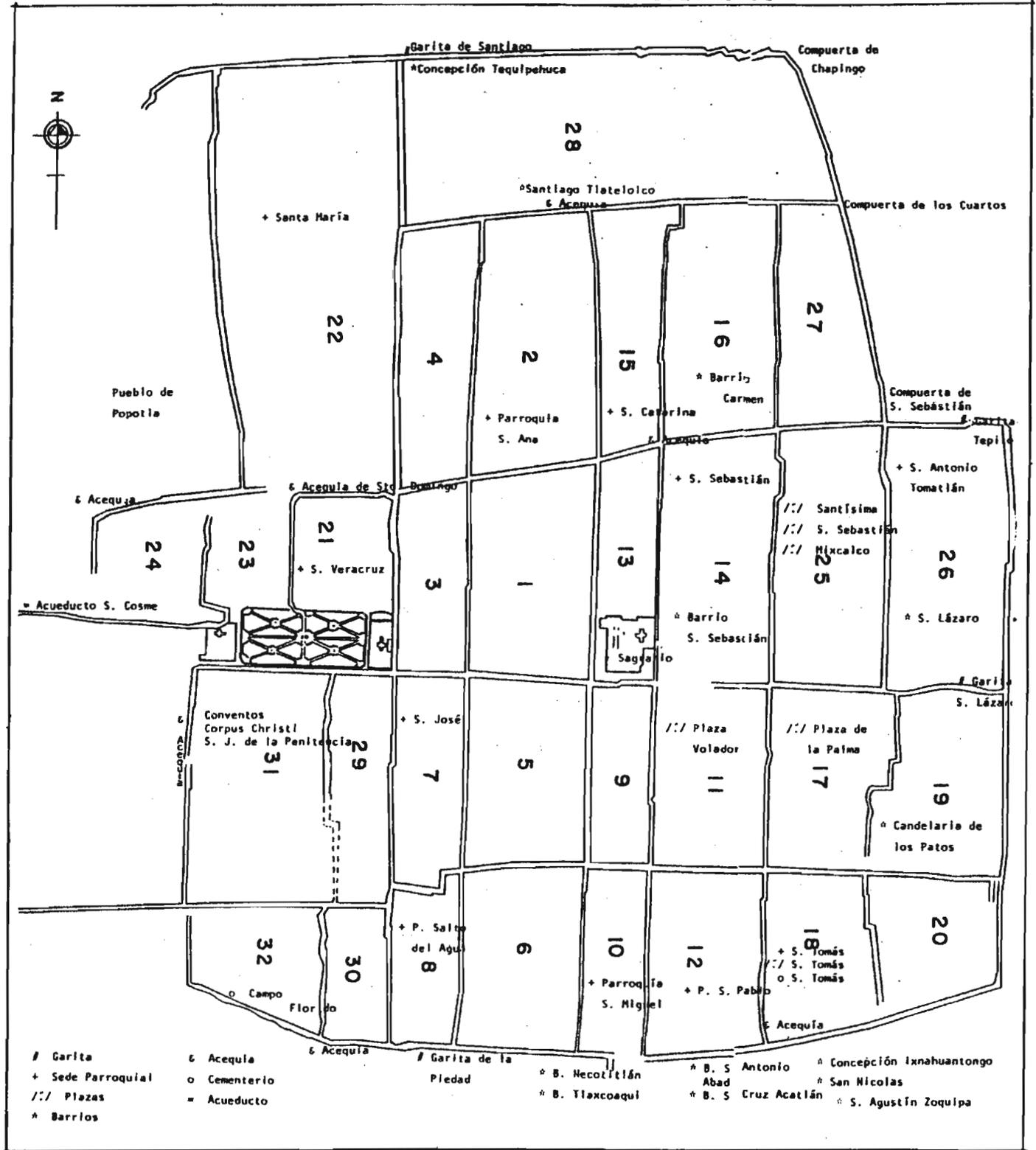
La población que habitaba estos lugares era traperos y pordioseros. En las noches la Viña servía de albergue de "matuteros" y rateros que no tenían casa. Los traperos seleccionaban de entre la basura todos aquellos artículos que pudieran ser reutilizados y vendidos; los pordioseros esperaban a que el trapero realizara su trabajo, para después comprarle

---

<sup>83</sup> Ibid.:43. Entre los extranjeros que escribieron sobre la ciudad de México, Poinsett habla de los suburbios como lugares asquerosos, la gente viviendo en casas de adobe y lodo. Ver. Glanz, 1964:80.

<sup>84</sup> Payno, Op.Cit.:43. Otro problema serio que representa la basura es que propicia la proliferación de insectos y ratas que transmiten enfermedades gastrointestinales, y esta última es reservorio del tifo, transmitido por la pulga o el piojo. Marcela Dávalos publicó recientemente (s.f) un estudio sobre los basureros en la ciudad de México y como se limpiaba la ciudad a finales del siglo XVIII, que amplía la información sobre este tema.

**PLANO - 8**  
**CIUDAD DE MÉXICO -**  
**GARITAS, PARROQUIAS, PLAZAS, BARRIOS, ACEQUIAS Y ACUEDUCTOS .**



Fuente: 500 planos de la Ciudad de México, 1325 - 1933. México S.A.H.O.P. 1982, p,p. 108, 109, 122, 123, 164, 165, 211, 234 .

alguna prenda de vestir.<sup>85</sup>

Los problemas de salud de los lugareños que obtenían su sustento en estos sitios, debieron ser muy graves. La incidencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias seguramente fue muy alta, debido a la descomposición de los alimentos, a los desperdicios, a las heces arrojadas por los carros de limpia y en general, por la insalubridad del lugar. Por otra parte, la venta de prendas de vestir usadas, contribuía a la propagación de las infecciones, sobre todo, entre las personas de escasos recursos. El cuartel menor 16 se localizaba en la esquina noreste, tenía condiciones de urbanización peores que el anterior. Su población para 1811, era de 3157 personas, con porcentajes altos de españoles e indígenas.

#### 5.- El barrio de Santa María (noroeste).

Hacia la zona poniente estaba el cuartel 22, cuya extensión era enorme, pero poco poblado. La parroquia correspondiente era la de Santa María la Redonda, una de las principales de los cuatro barrios antiguos de México.<sup>86</sup> En ese rumbo vivían personas dedicadas a la hilandería, costureras, tejedores, carpinteros y herreros.<sup>87</sup> En mayor número zapateros y sastres.

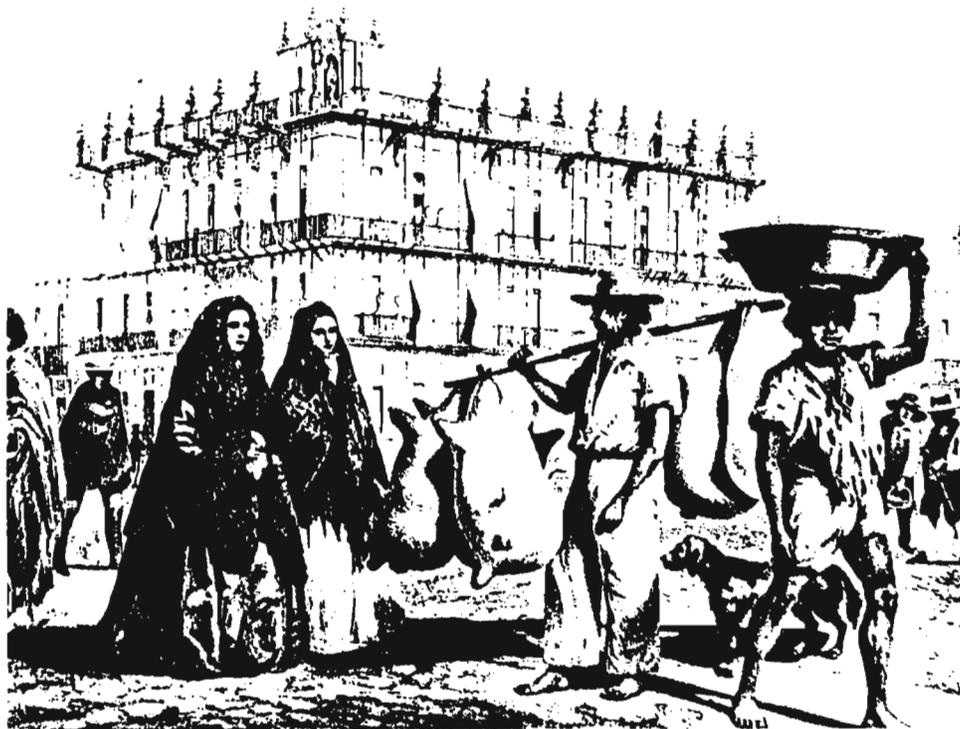
---

<sup>85</sup> Seguramente existía una especie de monopolio entre los traperos, acaparando la explotación del lugar, tal como sucede ahora en los grandes basureros de la ciudad de México.

<sup>86</sup> Payno, Op.Cit.:11.

<sup>87</sup> González Angulo, 1983:112, 113, 117, 118 y 119.

Al igual que los otros barrios de los extremos de la ciudad, abundaban los jacales, habitados por individuos humildes que para las personas acomodadas de la época formaban la "canalla", la "plebe", la masa de léperos y vagabundos, de la que tanto se "asustan" los ricos, que no era otra cosa que trabajadores sin empleo fijo, subempleados o desempleados, a veces dedicados a los servicios como cargadores, aguadores, vendedores ambulantes o artesanos empobrecidos, albañiles, los tocineros, los cargadores, los conductores de carros públicos, los veleros, los curtidores, los empedradores de calles.<sup>88</sup>



---

<sup>88</sup> Rivera Cambas, Op.Cit.:65 y 66.

La permanencia en las costumbres de la población indígena que residía en estos lugares fue apreciada por Rivera Cambas,<sup>89</sup> que veía como un inconveniente sus hábitos y costumbres:

...habitado por una masa considerable de pueblo que vegeta en pocilgas y en el que las costumbres se perpetúan y discrepan tanto de lo que exigen la cultura y civilización actual, que puede decirse que subsisten únicamente porque están como olvidados y las practica la ínfima clase de la sociedad [...] es de notar que en las clases en que más falta la educación siquiera mediana, son más permanentes los hábitos y hasta el carácter, circunstancia que hace que entre los campesinos se transmitan sin cambio alguno las costumbres.

Al parecer, esto ocurre como un mecanismo para reforzar la identidad étnica y cultural y les permite hacer frente a una cultura impuesta.<sup>90</sup> El contraste social en México no escapó a



<sup>89</sup> Ibid.:66.

<sup>90</sup> Este es uno de los planteamientos que se han hecho recientemente con respecto a la identidad étnica en Oaxaca. Ver Carmagnani, 1988.

los ojos de los extranjeros, Humboldt, Mme. Calderón de la Barca, George Ward, o Joel Poinsett. Este último escribe:

...he descrito los palacios de los ricos; pero no donde vive la pobreza [...]. Se encuentra bajo los pórticos de las iglesias, en miserables jacalones en los suburbios, o bajo el dosel del cielo. Hay cuando menos veinte mil habitaciones en esta capital, cuya población no excede de ciento cincuenta mil almas, que carecen de domicilio fijo y de modo visible de ganarse la vida. Después de pasar la noche a veces al abrigo a veces a la intemperie, salen en la mañana como zánganos para hacer presa en la colectividad, para mendigar, robar, y en último caso trabajar.<sup>91</sup>

Esta población a quien Humboldt llama "zaragates o guachinangos", eran conocidos más bien como léperos. Casi todos indios o mestizos.<sup>92</sup>

Los residentes de estos sitios tenía condiciones de vida y trabajo muy difíciles. La mortalidad que presentaban era altísima, pues apenas un porcentaje reducido de la población podía llegar a los 50 años de vida.<sup>93</sup> Muchos de los niños era incorporados desde edades tempranas al trabajo "un gran porcentaje de la población entre 10 y 14 años que la sociedad industrial calificara como niños forma parte de la población activa de esa época".<sup>94</sup>

---

<sup>91</sup> Moreno Toscano, 1981:309.

<sup>92</sup> Los mendigos pululaban por las calles "y la ciudad era un hervidero de pobres". Op.Cit. A pesar de que la gente acomodada contemplara a la plebe como una masa homogénea, entre ellos no sucedía lo mismo, "un oficial barbero mira con tanto desdén a un peón albañil como el más rico agiotista lo hacía con un meritorio de oficina". Ibid.

<sup>93</sup> Gayón Córdova, 1988:16.

<sup>94</sup> Moreno Toscano, 1981:309.

## 6.- Arrabales del poniente.

El lado poniente de la ciudad estaba dividido por los cuarteles mayores sexto y octavo<sup>95</sup>. En el cuartel 21, había grandes casas, con un alto número de sirvientes domésticos. Residían en esa zona muchas costureras y sastres ocupados por los ricos del lugar. <sup>96</sup>

Los cuarteles 23 y 24 se ubicaban en la zona más al poniente de la ciudad<sup>97</sup>, casi en las afueras, tenían pocas calles alineadas, las viviendas aparecen en el plano 1, muy dispersas y escasas, predominando los baldíos. El área se encontraba habitada por costureras, hilanderas, zapateros, sastres, algunos tejedores y herreros.<sup>98</sup> En la periferia de la ciudad se albergaban la mayor parte de los lugares dedicados a la producción, como sucedía en los domicilios de los artesanos.<sup>99</sup> Para principios del siglo XIX en la capital se había dado un desarrollo fabril de la economía urbana, que concentró la producción en zonas aledañas y periféricas de la ciudad.<sup>100</sup>

---

<sup>95</sup> Del 21 al 24 y del 29 al 32. El cuartel 21 comprendía al convento de Santa Isabel y la parroquia de la Santa Veracruz. Báez Macías, Op.Cit.

<sup>96</sup> Maldonado, 1976:154.

<sup>97</sup> En este lugar estaban las capillas de San Juan de Dios, la iglesia y el hospital del mismo nombre. Las iglesias de San Diego y San Hipólito. Se encontraban bordeados por las acequias de Santo Domingo y la Acordada. Báez Macías, 1969:66.

<sup>98</sup> González Angulo, 1983:11-124.

<sup>99</sup> Op.Cit.: 113.

<sup>100</sup> Al estudiar al artesanado de la ciudad e México, Gonzalez Angulo( Ibid.: 122-124) critica los estudios históricos tradicionales sobre la conformación del espacio urbano que ven

El que muchos talleres de artesanos como los tejedores, tintoreros y pasamaneros, se localizaran en la periferia se debía a su subordinación al capital comercial y a la falta de posibilidades para poder vender directamente a los consumidores, por lo cual no había razón para ubicar sus talleres en zonas caras de la ciudad.<sup>101</sup>

Las condiciones de las viviendas, que en muchos casos también eran las laborales, favorecía el contacto entre personas en un mismo sitio, lo cual era un factor propicio para la diseminación de las enfermedades y de un mayor riesgo de contagio. Con respecto a la morbilidad en 1813, notamos que en los cuarteles donde se encuentran vías de acceso a la ciudad, el porcentaje aumenta, lo que indica la llegada de enfermos, como ya mencionamos al hablar de la inmigración en 1811.

En 1833 el área que presentó mayor número de entierros fue la correspondiente a la esquina surponiente de la ciudad, precisamente en una de las principales entradas de distribución de agua. La parroquia de San José, que abarca esa zona tuvo el

---

como causa de la transformación funcional y residencial a los estímulos de la densificación demográfica y del desarrollo tecnológico, sin analizar el problema como esencialmente social y económico, al respecto exolica como se iba extinguiendo el trabajo artesanal domiciliario en las ramas en que se desarrollaba la industria fabril, completando de esta forma el divorcio productivo y el de habitación, merced al trabajo domiciliario de la producción.

Por otra parte, desde el 8 de junio de 1813 se había publicado un bando donde se abolían los gremios. Para ese entonces se acepta la opinión de que las corporaciones gremiales estaban en tal decadencia que "su abolición por las Cortes fue solo el tiro de gracia" Tanck, 1979: 314, 319.

<sup>101</sup> González Angulo, Op.Cit.:103.

incremento más alto en el número de defunciones respecto a las otras parroquias. Los porcentajes de enfermos fueron mayores en los cuarteles 15 y 16, 27 y 28 localizados al norte de la ciudad. Las tasas de morbilidad masculina llegaron al 205.6 por ciento y al 98.4 por ciento.<sup>102</sup> Los cuarteles 29 y 31 estaban mejor urbanizados<sup>103</sup>. Las condiciones de vida de los habitantes de esos lugares eran mucho mejores que los de las personas residentes en el oriente o en el norte de la capital. En contraste en los cuarteles 30 y 32 la urbanización era escasa, en particular en la parte sur.<sup>104</sup>

Por lo común, los pobres que llegaban en esos años a la capital, huyendo de los disturbios armados de la Independencia, o posteriormente, en busca de trabajo o de mejores condiciones de vida, se quedaban en las áreas de entrada, cerca de las garitas, sobre todo por lo que respecta a los trabajadores ocupados en labores ligadas a la construcción -albañil, adobero, ladrillero- y a los servicios -aguador, cargador, sereno.<sup>105</sup>

En el padrón de 1811 encontramos registradas las siguientes

---

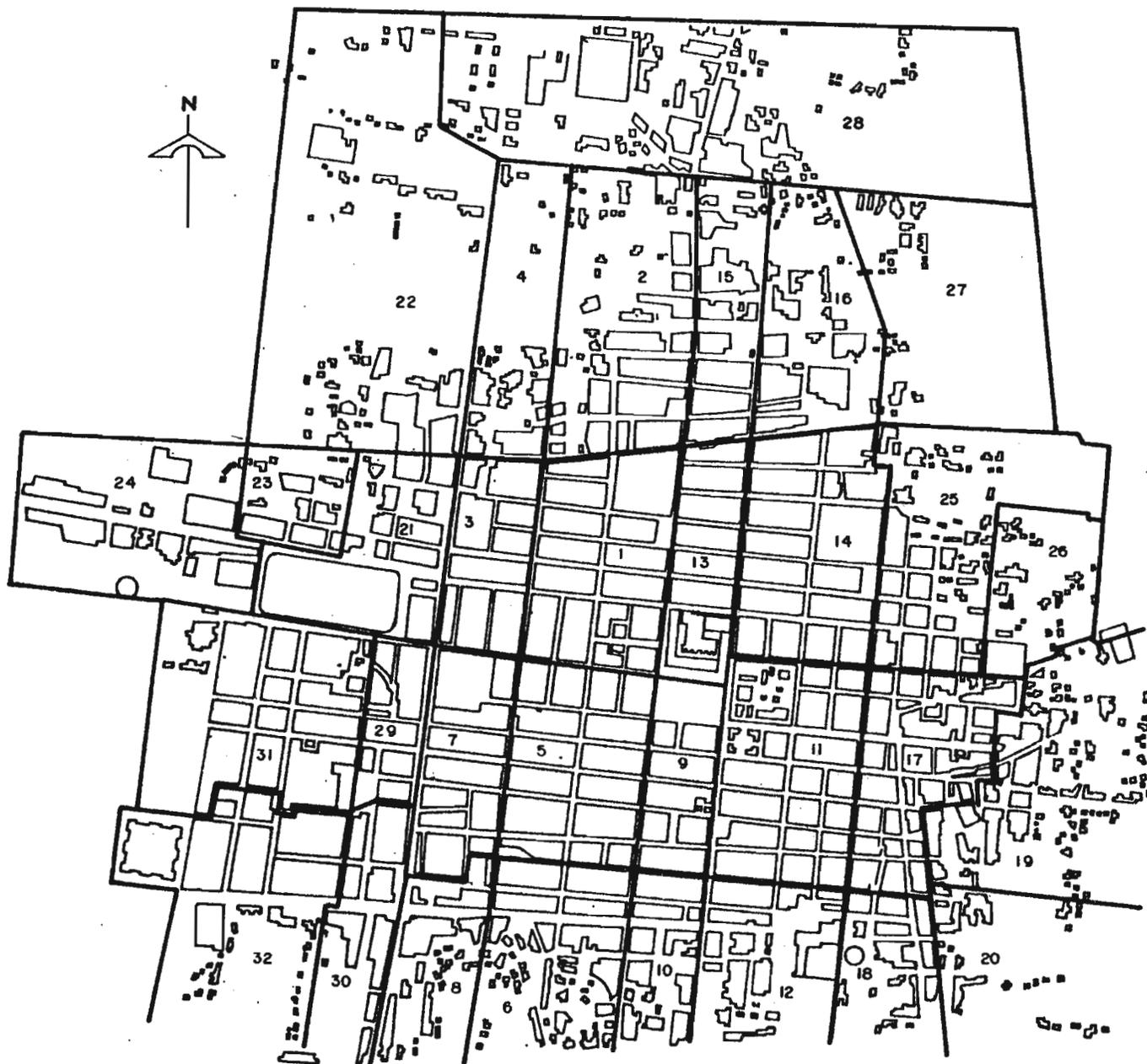
<sup>102</sup> Estos aspectos se analizan con detalle en los capítulos V y VI.

<sup>103</sup> Comprendían al paseo de la Alameda, el hospital Real de Indios, la parroquia de San José, los conventos de Corpus Christi, San Juan de la Penitencia y varias capillas. Pertenecían al octavo cuartel, que se hallaba delimitado por la actual avenida Juárez al norte, la calle del Salto del Agua por el oriente y al sur por una área muy despoblada donde se encontraba el cementerio del Campo Florido.

<sup>104</sup> Comprendía la iglesia de Belén y la capilla del Campo Florido. Báez Macías, Op.Cit.

<sup>105</sup> Moreno Toscano y Aguirre, 1974.

PLANO-9  
CIUDAD DE MÉXICO - 1853  
DIVIDIDA EN 32 CUARTELES MENORES.



Elaborado en base al plano de Mayorga de 1782 (Bóez - Macías, 1969-69)  
y a los planos de González - Terrón, 1976.

ocupaciones: zapatero, carpintero, cantero, cargador, carbonero, albañil, aguador, tejedor, sastre, cigarrero, panadero, tortillera, hilandera y sirvienta.<sup>106</sup>

7.- El centro de la capital, residencia de los ricos.<sup>107</sup>

Este lugar se caracterizaba por sus enormes construcciones, cuyas casas requerían del servicio de entre diez a veinte criados, en su mayoría indios, algunos criollos y mestizos, que vivían en la misma residencia, pero en el piso bajo.<sup>108</sup> Muchos de estos sirvientes eran migrantes (64%).<sup>109</sup> En estas casas ricas había representantes de varias condiciones sociales y de distintos grupos étnicos. La distribución de los sirvientes en la población total en 1811 varió según las zonas de la ciudad.

---

<sup>106</sup> AGN, Padrones, vol.78. En los planos elaborados por González Angulo (Op.Cit.:112-119), sobre distribución de las viviendas de los trabajadores en la ciudad, a partir del padrón de 1811, vemos una alta concentración de zapateros, sastres y tejedores, un número menor de carpinteros, herreros, hilanderas y costureras.

<sup>107</sup> La zona central de la ciudad, estaba delimitada por el Primer cuartel mayor, que comprendía los menores del uno al cuatro; éstos cuarteles tenían características heterogéneas. El uno y el tres, eran grandes, bien construidos, de dos o tres pisos, incluían las casas principales de los Marqueses del Valle, la Alcaicería y los monasterios de Santo domingo y Santa Clara; los conventos de la Concepción, Betlemitas, San Lorenzo, el Colegio de San Andrés y otros edificios importantes. Báez Macías, 1969:61.

<sup>108</sup> Algunos españoles como Juan Antonio de Yermo, miembro del partido Vasco del Consulado de la Nueva España, sostenía en su casa a 42 personas, o como José Juan de Fagoaga, miembro de familias de la élite, que fungió como Regidor Honorario y Alcalde Ordinario del Cabildo de la ciudad de México, que entre parientes y criados mantenía en su vivienda a 36 gentes. AGN, Vols. 53 y 54; Ladd, 1984:98 y 99; Kicza, 1986:51, 278.

<sup>109</sup> Salazar, 1979:186.

la mayoría estaban en aquellas zonas que tenían valores de la tierra y rentas altas. Ahí vivían comerciantes, artesanos pudientes, profesionistas, militares y eclesiásticos de altas jerarquías. Conforme se aleja de la ciudad hacia las afueras, la proporción de sirvientes va disminuyendo. Las áreas donde los valores del suelo y la renta eran más bajos, ocupaban menos sirvientes: la zona central 25.5%; la zona sureste 15.2%; las zonas norte y este solo el 5.2%.<sup>110</sup>

La propiedad de los inmuebles estaba concentrada. La Iglesia era el grupo monopolizador de fincas más importante de la ciudad de México. Los particulares representaban el 94% del total de propietarios, poseían en conjunto el 44.5% del valor urbano; un 80% eran dueños de una sola casa, posiblemente la que habitaban.<sup>111</sup>



<sup>110</sup> Salazar, Op.Cit.:185.

<sup>111</sup> Morales, 1974:74.

A esta zona del centro de la ciudad, en términos generales se le pueden asignar los mayores niveles de vida.<sup>112</sup> El área estaba formada por los cuarteles menores 1, 3, 5, 7, 13, 14, 11 y 9. Por ejemplo, el cuartel 13 comprendía siete manzanas,<sup>113</sup> entre ellas la calle de la Escalerilla, llena de comerciantes, la del Relox, donde había peluqueros y sastres, además de otros comerciantes. En el padrón de 1811 muchos de estos empresarios decían ser españoles procedentes de Navarra, Galicia, Murcia, Cadiz, Córdoba, Asturias y Granada. Había registrados clérigos, vicarios y sacristanes; empleados, dependientes y estudiantes, además del Alcalde Regidor y varios flebotómanos. La población total del cuartel era de 4332 individuos; el predominio de personas registradas como españolas era muy alto.<sup>114</sup> En esta área se localizaba el Sagrario, que era la parroquia principal, tanto por su ubicación, como por ser la primera que se erigió y la de más alto estatus social. Las personas residentes en el cuartel 13 eran las de mejor posición socioeconómica y durante el ataque de "fiebres" en 1813, se registró el 1.92% de incidencia de enfermos, que representa el porcentaje más bajo de toda la ciudad. En cambio en 1833, las parroquias del área centro

---

<sup>112</sup> Moreno Toscano y Aguirre, 1974:34.

<sup>113</sup> Tenía límites muy precisos por ser uno de los cuatro centrales (1, 5, 9 y 13). Estaba delimitado por las calles que hoy conocemos con los nombres de Argentina, Brasil y la plaza mayor. En su interior se localizaban la Catedral, con la parroquia del Sagrario, los conventos de la Encarnación y el Seminario ( Báez Macías, Op.Cit.:61).

<sup>114</sup> Españoles un 73.67%, mientras que los indios constituían el 14.70% y las castas 11.63%, al igual que los otros cuarteles centrales. AGN, Padrones, vol.58. Ver cuadro 3.

de la ciudad tuvieron incrementos en el número de defunciones que oscilaron entre un 85.28% a 108.83% (Ver cuadro 14).<sup>115</sup>

El cuartel menor 14 era uno de los más poblados<sup>116</sup>, formaba parte de los cuarteles centrales, que al igual que los anteriores contaba con una mejor urbanización y servicios, pero también de los más densamente poblados, predominaban las casas de vecindad, con grandes patios, que podían albergar hasta 200 personas. Tenía una población de más del doble que el cuartel anterior.<sup>117</sup> Al igual que en los otros centrales (1, 3, 5, 7, 9 y 13), predominaban los españoles, en particular criollos, que conformaban casi la mitad de los habitantes de la ciudad.

Estos cuarteles estaban densamente poblados, tan solo en el uno, de acuerdo al padrón de 1811, había 10,705 habitantes. Para 1824 la población de este cuartel era de 9,710 personas.<sup>118</sup>

Las personas que vivían allí formaban un grupo heterogéneo, pues muchas de las viviendas estaban ocupadas por diversos grupos

---

<sup>115</sup> En el capítulo sobre el cólera en 1833, haremos una exposición detallada de las posibles causas del incremento de las defunciones de acuerdo a cada parroquia de la ciudad.

<sup>116</sup> Delimitado por las actuales calles de Soledad, Rodríguez Puebla y República de Nicaragua. Comprendía plazas como la de Loreto y San Sebastián, conventos como el de Santa Catalina de Sena, Santa Inés y Santa Teresa la Antigua, el Colegio de San Pedro y San Pablo, la iglesia del Amor de Dios y la parroquia de San Sebastián. Báez Macías, Op.Cit.:113-123.

<sup>117</sup> Había 10,586 gentes distribuidas por grupo étnico de la siguiente forma: 67.20% españoles, indios el 15.86% y castas 16.37%. Ver cuadro 3. A pesar de que no tenemos un padrón para 1833, el padrón de 1824, levantado 13 años después del de 1811, muestra pocos cambios en los totales de población de este cuartel, con 10,152 habitantes. Ver Gortari y Hernández, Op.Cit.T.III,:268-269

<sup>118</sup> Ver plano 11.

socioeconómicos. En el mismo edificio se superponían diferentes capas sociales, comerciantes en el piso bajo en accesorias, "aristócratas" y gente adinerada en el primer piso, arreglado para recepciones brillantes; los individuos con cierta posición económica y social en los niveles superiores como grupo minoritario y los pobres viviendo en los peores lugares.<sup>119</sup>

Este fenómeno no era exclusivo de la ciudad de México, pues al principio del siglo XIX en París, la población: artesanos, comerciantes, trabajadores y mendigos, usualmente vivían en el centro de la ciudad, junto con la burguesía y la aristocracia.<sup>120</sup>

Los pobladores de los cuarteles uno y tres se ocupaban en labores diversas, una mayoría eran comerciantes que vivían con mujer e hijos, con otros parientes y con varios sirvientes. Había también profesionistas: abogados y médicos, otra parte eran artesanos: plateros, herreros, carpinteros y sastres.<sup>121</sup>

Los plateros trabajaban en talleres donde se ocupaban un promedio de cinco empleados; formaban parte del grupo de artesanos ricos y casi exclusivamente españoles.<sup>122</sup> Los herreros

---

<sup>119</sup> Lo mismo sucedía en ciudades europeas de ese tiempo, ver Sauvigni, 1969: 314.

<sup>120</sup> Op.Cit.

<sup>121</sup> Los carpinteros estaban diseminados por toda la ciudad, con un predominio en los cuarteles periféricos del noroeste.

<sup>122</sup> Los talleres de mayor importancia se localizaban en el cuartel menor cinco y otros más pequeños en el uno. González Angulo (Op.Cit.:62, 82) presenta varios mapas por cuarteles menores, con la localización de los distintos talleres artesanales y su importancia en la estructura económica de la ciudad.

constituían otro gremio artesanal importante.<sup>123</sup> Las herrerías no estaban concentradas en el centro, sino más bien diseminadas por toda la ciudad; casi en todos los cuarteles menores había una. Los dos talleres más grandes se localizaban en los cuarteles menores 15 y el 16.<sup>124</sup> También en este oficio había una mayoría de españoles, pero menos que entre los plateros. En general los oficios con predominio de españoles eran los de plateros, hojalateros, herreros, bordadores, pintores y sastres.<sup>125</sup> Estos oficios se caracterizaban por tener acceso directo al mercado de consumo.<sup>126</sup> En la calle de Tacuba abundaban los albañiles, sastres, carpinteros, hojalateros, músicos, peluqueros, cigarreros y algunos militares y panaderos.<sup>127</sup>

El pan de trigo era el alimento básico de una buena parte de la población de la ciudad, y siendo este sector uno de los ocupados mayoritariamente por españoles, no es de extrañar encontrar un gran número de sujetos ocupados en labores de

---

<sup>123</sup> Los 73 talleres que había en 1794, ocupaban alrededor de cuatro trabajadores cada uno. Vendían directamente al consumidor o a comerciantes, los cuales a su vez vendían los artículos en el interior del país. Op.Cit.:62 y 63.

<sup>124</sup> Ibid.:76, 119, mapa 3 sobre herrerías. La mayoría de los herreros vivían en los suburbios de la zona norte y oriente y algunos en los barrios del sur.

<sup>125</sup> En una muestra aleatoria del censo de 1811 se vio que de 843 artesanos de la ciudad el 49.3% eran españoles, el 26.9% mestizos y el 23.7% indígenas. Ibid.:153-154.

<sup>126</sup> Ibid.:153-154.

<sup>127</sup> AGN, Padrones, Vol. 53

panadería.<sup>128</sup> Buena parte de estos negocios ocupaban entre 10 y 15 empleados, casi todos indios, unos cuantos mestizos y mulatos. Más o menos la mitad eran casados y vivían en el mismo edificio con sus familias en habitaciones tipo barracas. Las condiciones de vida de estos empleados eran bastante precarias.<sup>129</sup>

En los cuarteles cinco y siete encontramos características similares a las de los dos anteriores. Las construcciones son grandes y bien alineadas, con servicio de alumbrado, agua, transporte de basura, con calles empedradas.<sup>130</sup>

La mayoría de los residentes se dicen españoles, la denominación es más bien cultural que genética. Las personas trataban de ascender en la escala social llamándose a sí mismas

---

<sup>128</sup> Había en la ciudad 58 negocios de este tipo en los diferentes cuarteles. El gobierno municipal regulaba el precio del pan y el número de locales para venta. Las panaderías abastecían a las pulperías del barrio. AGN, Abasto y panaderías, Leg. 4; Castilleja, 1978:43. A principios de 1813 se decretó por bando la libertad de venta de carne, pan y velas con el fin de evitar la escasez de alimentos que la guerra de Independencia había provocado. Tanck, 1979:315.

<sup>129</sup> Kicza, 1986:205-207; González Angulo, 1983: 63 y 64. Los dueños de las panaderías eran en gran medida españoles, con frecuencia peninsulares. AGN, Padrones, Vol.53 . Mantenían el monopolio de la producción del pan, del abastecimiento y la comercialización. Cada panadería abastecía entre dos y nueve tiendas, dependiendo de la producción; las redes de comercialización se localizaban con una dirección del centro a las afueras. Castilleja, 1978: 37, 44-46.

<sup>130</sup> Corresponden a las actuales de 5 de Febrero, Regina y el convento de San Agustín, San Felipe y Regina y los Colegios de Niñas y Vizcainas. Báez Macías, Op.Cit.:62 y 63.

español, según cambiaran su riqueza o estilo de vida.<sup>131</sup>

Cuadro 16

CUARTEL MENOR 5  
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ÉTNICO Y ESTADO CIVIL.

	Casados		Solteros		Viudos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Espanoles	895	933	2126	2112	129	685
Indios	124	132	367	602	14	184
Castas	141	161	329	473	25	198
Totales	1160	1226	2822	3187	168	1067
Totales	2386		6009		1235 = 9630	

Fuente: AGN, Padrones.

Una mayoría eran comerciantes que habitaban su vivienda junto con su familia o parientes, con empleados y sirvientes. El comercio era la actividad de un gran segmento de la población. Había distintos tipos de comerciantes, desde los mayoristas y propietarios de cadenas de tiendas, los dueños de los grandes establecimientos de mercancías importadas, o de artículos suntuarios, de tiendas de abarrotes, licorerías, estanquillos, hasta vendedores ambulantes. Las mujeres tenían una enorme participación en el comercio al menudeo.<sup>132</sup>

Los comerciantes rentaban sus locales como norma. Los mayoristas tenían varias tiendas grandes y pequeñas donde

<sup>131</sup> Así casi todos los hombres de negocios de la ciudad eran vistos como españoles por la sociedad. "El solo hecho de que hubiera ascendido lo suficiente para ser parte de la comunidad comerciante acarrea la transformación de casta en hispánico". Kicza, 1986:18.

<sup>132</sup> Op.Cit.:118.

distribuían sus productos para el abasto diario de alimentos, bebidas, artículos diversos de consumo doméstico.<sup>133</sup>

En los cuarteles uno, tres, cinco y siete se encontraba el distrito comercial central lleno de tiendas de artículos importados, tan solo en el Parian, en 1816, había 180 tiendas de esta clase.<sup>134</sup> Estos cuarteles componían el espacio de consumo más importante de la capital, pues allí vivían las personas de mayores recursos y capacidad de compra .

Desde 1794 había cerca de 800 talleres de un total de 1520 para toda la ciudad. Muchos de ellos ubicados al sureste; sobre todo las sastrerías, cererías, confiterías, armerías, relojerías, talabarterías, carrocerías y los talleres de pintura y escultura. Los productos de estos talleres eran terminales dentro de su rama de producción y tenían como consumidores exclusivos o principales a los grupos de mayores ingresos.<sup>135</sup>

En cuanto a tiendas de abarrotes había dos tipos: tiendas mestizas y pulperías. Ambas poseían artículos importados en particular herrajes y ferretería, papas, alimentos básicos y bebidas.<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> Las tiendas eran denominadas de acuerdo al volumen de ventas y a la variedad de artículos que vendían como: tiendas mestizas, pulperías y cacahuaterías. Ibid.:124.

<sup>134</sup> Ibid.:125; Báez Macías, Op.Cit.: 58-61; González Angulo, Op.Cit.: 93-103.

<sup>135</sup> González Angulo, 1983:93.

<sup>136</sup> La distinción entre estos dos tipos era más bien de volumen. La pulpería era una tienda dentro de un edificio que contenía un mostrador y daba a la calle, vendían comestibles y productos diversos, como velas, carbón, manteca, chile y frijoles. Kicza, 1986:125.

En esta zona habitaban también abogados, médicos, boticarios, cirujanos, practicantes, catedráticos y varios militares; un número menor de sastres y peluqueros, fonderos y empleados.<sup>137</sup>

Los edificios de la ciudad de México estaban habitados de acuerdo a los requerimientos de los talleres de producción y del comercio al menudeo. La parte superior de las construcciones se usaba como residencia, en tanto que los locales de la parte baja que daban a la calle, eran accesorias dedicadas para el uso de talleres y tiendas. Las accesorias eran cuartos amplios que tenían entrada directa desde la calle y no estaban comunicados con el resto de la construcción y eran utilizados por todo tipo de artesanos y comerciantes.<sup>138</sup>

#### 8.- Los suburbios del sur.

Los cuarteles menores seis y ocho estaban ubicados hacia la parte sur de la ciudad, se encontraban semiurbanizados, con muchos espacios baldíos y arrabales.<sup>139</sup> En esta zona se

---

<sup>137</sup> En este cuartel (No.5) encontramos accesorias cuyos habitantes no constaban en el padrón "por no habitarse de noche". Estaba formado por 15 manzanas y como ejemplo, en la calle de Alfaro y Mesones vivían zapateros, cocineras, cigarreros, costureras, pintores y cocheros. AGN, Padrones, Vol.54.

<sup>138</sup> AGN, Padrones, Vols.53 al 77.

<sup>139</sup> Comprendían conventos importantes como el de San Jerónimo, Montserrate y las capillas de San Salvador el Verde, la iglesia del Salto del Agua y la Plaza de la Vizcainas. Báez

localizaban los talleres de los tejedores y obrajes, un molino de aceite y un taller de almidonería. Residían un buen número de hilanderas, costureras, zapateros, algunos carpinteros y herreros.<sup>140</sup>

Las hilanderas eran uno de los sectores más desvalidos de la población urbana:

Estas trabajadoras iniciaban su rutina al caer la tarde con la compra del algodón en bruto a los comerciantes. Durante la noche en sus domicilios despepitaban el algodón; al otro día, desde el amanecer, vareaban sobre una piel de carnero o de chivo el algodón listándolo para el hilado, tarea que les llevaba todo el día hasta media tarde, momento en que salían de sus domicilios a vender la hilaza en los sitios donde las esperaban los tejedores con sus romanas.<sup>141</sup>

Las hilanderas, no poseían capital, por lo que debían vender su hilo rápidamente sin obtener un buen precio por él. Muchas de las personas que migraron en esos años procedentes de Puebla tenían un conocimiento antiguo del hilado, ya que ésta era una actividad económica importante. Una gran cantidad de mujeres se dedicaba a estas labores, lo que a su vez aumentaba la competencia.<sup>142</sup>

---

Macías, Op.Cit.: 63 y 64.

<sup>140</sup> González Angulo, Op.Cit.:108, mapa 23, tejedurías, obrajes por cuartel menor; mapa hilanderas 1811 (viviendas) p.112; mapa 27, costureras 1811 (vivienda) p.113; mapa 28 zapateros 1811 Vivienda; pp. 115, 117, 118 y 119.

<sup>141</sup> Op.Cit.: 53 y 54. El ejemplo está basado en un estudio sobre las hilanderas en Querétaro, pero puede ser útil si pensamos que las condiciones laborales de estas trabajadoras eran similares.

<sup>142</sup> Ibid.:54.

Los tejedores por su parte constituían el centro de la industria textil; era además, la ocupación con mayores relaciones con los otros oficios textiles. Había tejedores dedicados a la lana, otros al algodón y otros a la seda. Algunos vendían sus productos ya terminados como en el caso de los rebozos, jorongos, o sarapes, y los demás vendían el tejido a sastres y costureras para la confección de casacas, camisas, jubones, capas, etcétera. Una parte de estos trabajadores laboraban en talleres pequeños y otros en obrajes.

De acuerdo con Alejandra Moreno:

Al comenzar el siglo XIX casi todas las unidades productivas eran pequeños talleres de artesanos trabajados por su dueño. El artesano aportaba su trabajo y a veces sus instrumentos personales de trabajo y elaboraba, generalmente a destajo, un número predeterminado de prendas.<sup>143</sup>

En el área más cercana al centro de la ciudad, se encontraba el tercer cuartel mayor. Estaba formado por los cuarteles 9, 10, 11 y 12 menores. El cuartel menor 9 comprendía construcciones tan importantes como el Parián, y el Hospital de Jesús.

Los residentes de estos lugares eran comerciantes, dueños de sus tiendas, empleados o dependientes. Había uno que otro abogado, clérigo (incluyendo al Arzobispo) y una gran cantidad de artesanos: plateros, sastres, carpinteros, tejedores y costureras.<sup>144</sup>

---

<sup>143</sup> Ibid,: 52 a 58. Moreno Toscano, 1981: 316 317.

<sup>144</sup> AGN, Padrones, Vol.55.

El cuartel menor 11 se localizaba al oriente del anterior;<sup>145</sup> se caracterizaba por su bullicio y el movimiento comercial. El mercado del Volador era el mercado principal.<sup>146</sup> Constaba de 192 cajones tanto cerrados como abiertos donde se podía adquirir todo tipo de alimentos (dulces, frutas, semillas, carnes, aves vivas y muertas, pescado freco y salado, aguas, etcétera), prendas de vestir, herramientas, loza, en fin se podía comprar toda suerte de cosas.<sup>147</sup>

Dos terceras partes de la población del lugar eran españoles, no faltando los comerciantes. Sin embargo encontramos mucha gente ocupada en labores relacionadas con la manufactura y los servicios. Había trabajadores domésticos -lacayos, porteros, cocineras, pilmamas-, sereneros, canónigos, corneteros, dulceros, sastres, tejedores y zapateros.<sup>148</sup>

Los cuarteles 10 y 12 se encontraban en el extremo sur de la ciudad, con condiciones de urbanización diferentes a las del 9 y 11, pues estaban muy despoblados, con pocas construcciones.<sup>149</sup>

Por el rumbo de San Pablo las familias se dedicaban al

---

<sup>145</sup> Comprendía las plazuelas del Volador y la Paja y los conventos de Jesús María y San José de Gracia. Báez Macías, Op.Cit.:63.

<sup>146</sup> Entró en funciones desde 1792 y para 1844 ya había sido remodelado. González Obregón, Op.Cit.:298.

<sup>147</sup> Había tinglados destinados a los barberos, en otros se vendía ropa hecha nueva o usada. No estaban permitidos los figones, ni hacer fuego. Ibid.

<sup>148</sup> AGN, Padrones, Vol.57.

<sup>149</sup> Incluían el barrio de Necatitlán y un pequeño vecindario que se extendía hacia el sur.

tráfico de canoas y mucha gente a la música.<sup>150</sup>



El barrio no presentaba una buena urbanización, muchas de las calles no contaban con empedrados, menos alumbrado. Los grandes corrales abundaban, así como infinidad de vecindades y jacales. Payno (1986:9), describe las vecindades como sigue:

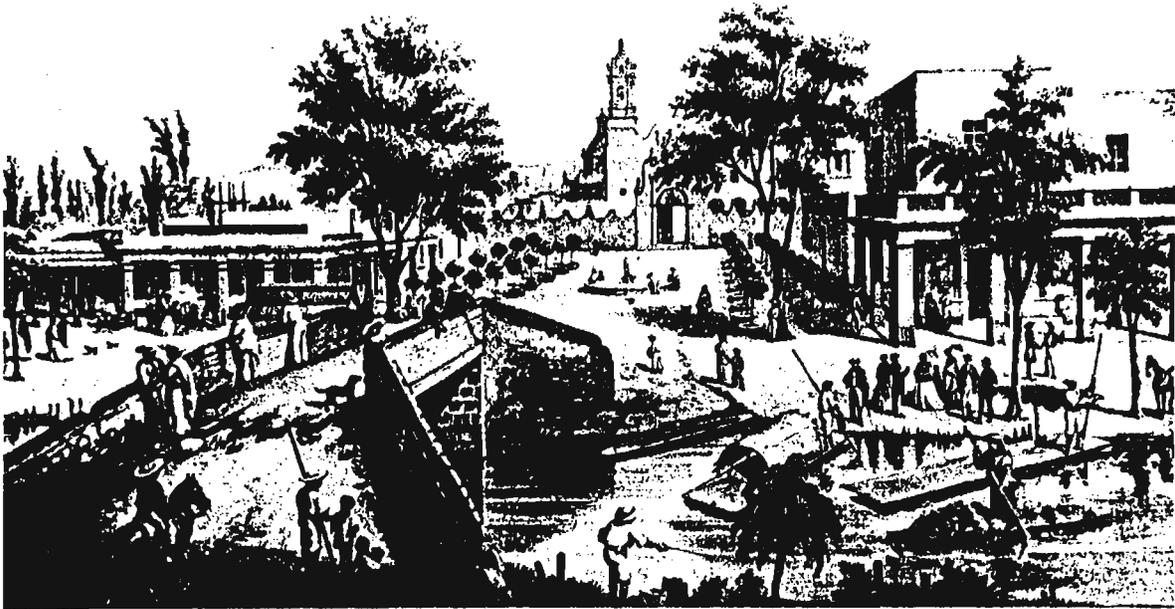
era una casa de un solo piso con más de 30 cuartos, todos habitados por ladrones [...] zahuan [...] segundo patio donde había un pozo profundo [...] muchos cuartos estaban derrumbados pues el propietario ni quería reedificar la casa, ni se atrevía ningún colaborador a entrar en ella para percibir renta.

Estas vecindades estaban habitadas por artesanos (en especial en la zona suroeste) que habían migrado a la capital en busca de trabajo desde la zona de Puebla, Tlaxcala, Chalco, Amecameca, Texcoco y Mineral del Monte, Tulancingo. Por lo general los migrantes tendían a residir en las zonas de la ciudad

---

<sup>150</sup> Maldonado, 1974:34.

que funcionaban como entradas.<sup>151</sup>



Los jacales que abundaban en esta zona consistían en cuartos de madera o de diversos enramados, que utilizaban los campesinos y las personas de escasos recursos, que de alguna manera tenían relación con labores agropecuarias. Las ocupaciones que manifestaba esta gente iban desde operarios de fábricas, hasta carboneros, molineros, cereros, sayaleros, pintores, carpinteros, luteros, músicos, cantores, colectores, talabarteros, hiladores, petateros, muleros, chiveros y chichiguas. Las regiones cercanas a la ciudad tenían grandes concentraciones de población y los asentamientos se iban integrando al desarrollo de la ciudad. La llegada masiva de inmigrantes ocasionó alzas de precios de los productos básicos -alimentos, vestido, vivienda- y provocó, ante una mayor oferta de mano de obra, desempleo y salarios más bajos a causa de la competencia.

---

<sup>151</sup> Moreno Toscano y Aguirre, 1974:11.

## TERCERA PARTE

### CAPÍTULO V

#### LA EPIDEMIA DE TIFO EN 1813.

- 1.- Antecedentes de epidemias de tifo en México.
- 2.- Etiología del matlazahuatl, tifo exantémico, tabardillo o fiebre petequial.
  - 2.1.- Aspectos epidemiológicos
    - Distribución del tifo de acuerdo al clima
    - Determinantes socioeconómicos
- 3.- La epidemia de "fiebres misteriosas" en 1813.
  - 3.1.- Las fiebres y el problema de los cementerios
- 4.- Entierros en las parroquias de la ciudad de México en 1813.
  - 4.1.- Defunciones por edad, estado civil y grupo étnico.
  - 4.2.- Morbilidad y letalidad en los cuarteles menores de la ciudad en 1813: una aproximación epidemiológica.

#### Resultados

## LA EPIDEMIA DE TIFO EN 1813.

### 1.- Antecedentes de epidemias de tifo en México.

Enfermedad acerca de la cual se haya escrito más en México, no habrá seguramente otra como el tifo exantémico; explicándose tal circunstancia porque la dolencia existe en el territorio nuestro probablemente desde tiempos precoloniales, en que parece era conocida con el nombre de 'matlazáhuatl'; si bien hay investigadores de asuntos históricos que opinan, al contrario, que el padecimiento fué de introducción hispana.<sup>1</sup>

A pesar de la dificultad que han tenido los médicos para identificar las causas de las diversas epidemias que han ocurrido en México, la enfermedad llamada en lengua náhuatl, matlazahuatl por los indígenas, o tabardillo o tabardete por los españoles, y después más conocida como tifo exantémico o fiebre petequial, estuvo ampliamente distribuida en el territorio mexicano, por lo menos desde el siglo XVI.

Para algunos investigadores como Nicolás León, el tifo, o matlazahuatl se encontró presente desde la época prehispánica:

La existencia del matlazahuatl o tabardete en nuestro territorio nacional data de los tiempos protohistóricos y sus terribles estragos nos los relatan las pinturas y relaciones toltecas. A ella se debió principalmente la destrucción del reino de Tollan acaecida el año Ce Técpatl (1116 de nuestra era); es de sospecharse que una de las causas de las emigraciones del Huehuetlapallan a México fue esa misma enfermedad por hambre, y esto según los mejores cálculos, acaeció el año de 583 de Cristo (Ce Acatl).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Landa, 1945: 43

<sup>2</sup> León, 1982:392, en Florescano y Malvido, 1982. Este autor se apoya en Fernando de Alba Ixtlilxochitl para hablar de las migraciones y de la caída de Tula. Sin embargo, se trata de un cronista colonial y los datos que presenta en relación a la epidemia pueden estar influenciados por las circunstancias de su época, más que corresponder al diagnóstico de una enfermedad prehispánica.

A partir de las descripciones de algunos de los síntomas provocados por el matlazahuatl, descritos por los cronistas y por documentos del siglo XVI, se han hecho inferencias acerca de su presencia. Los indígenas, se dice, preservaron la información sobre las epidemias y sus repercusiones, anotándolos en sus anales, y "aparecen en el libro de la cuenta de los años, según nos lo hace saber Motolinia. Gracias a ello podemos explicarnos las migraciones, el abandono o despoblamiento de algunas ciudades".<sup>3</sup>

La mayor parte de las referencias sobre epidemias en el periodo prehispánico, están relacionadas con las catástrofes naturales, sequías y la consecuente hambre y sobremortalidad. Las descripciones de los síntomas son muy ligeras lo que impide tener la certeza en el diagnóstico, sin embargo, como la característica más aparente del tifo es el exantema petequeal, algunos investigadores han reconocido en el código indígena Magliabecchi, la representación de los enfermos con la piel cubierta de manchas parduscas.<sup>4</sup> Esta interpretación ha servido al grupo que sostiene que el tifo se encontraba presente en la época prehispánica para apoyar su hipótesis, pero han dejado de lado la época en la cual se pintó el código. Este documento fue hecho en el siglo XVI, conserva elementos del estilo indígena, pero su diseño es totalmente europeo.<sup>5</sup> Por lo tanto no podemos

---

<sup>3</sup> Hernández: 149-150, en Florescano y Malvido, 1982.

<sup>4</sup> Somolinos, 1982: 206-207.

<sup>5</sup> Gutiérrez, 1985: 157.

afirmar, a partir de este códice, que el tifo fuera una enfermedad existente antes de la llegada de los europeos.

A partir del análisis de los restos óseos prehispánicos, no es posible por el momento conocer si esta enfermedad se desarrolló en nuestro territorio para esas fechas, ya que debido al corto tiempo de su ataque, el padecimiento no alcanza a dejar huellas morfoscópicas reconocibles en el esqueleto.<sup>6</sup>

En el periodo "histórico" el mismo Nicolás León menciona una epidemia de matlazahuatl en 1519 y la ocurrida en 1576-1578, como la sexta causada por esta enfermedad. Se ha insistido constantemente, que la epidemia de 1576-1578, que fue una de las que causó mayor mortalidad, se debió al tabardillo. Sin embargo, el Dr. Germán Somolinos d'Ardois, afirma ---después de un extenso trabajo sobre la epidemia en conjunto y reunidos, comparados y evaluados todos los datos médicos sobre la enfermedad que se escribieron en esos momentos, y después de eliminar todas las descripciones de segunda mano o de épocas posteriores--- que la conclusión es "triste pero real: ignoramos qué clase de

---

<sup>6</sup> En la actualidad a través de los estudios osteológicos; morfoscópicos, radiológicos, histológicos y bioquímicos, es posible reconocer varias de las enfermedades que aquejaron a las poblaciones prehispánicas. En particular se utilizan indicadores de condiciones de salud: en especial las carencias nutricionales y los procesos infecciosos de cierta duración dejan huellas específicas en los restos óseos, que al ser identificadas de acuerdo a modelos establecidos con poblaciones testigo, permiten el reconocimiento de la presencia y antigüedad de varias enfermedades. Este sería el caso de la tuberculosis, de la sífilis, entre los padecimientos de mayor controversia, y de la anemia, las deficiencias de vitamina C, D, etc. Márquez, 1982; Márquez, 1984; Jáen y Márquez, 1985; Márquez, 1987.

enfermedad producía la epidemia".<sup>7</sup> El autor insiste en que se ha repetido que era una pandemia de tifoidea o de tifo, pero que para él eso es inverosímil y expone las razones de esta conclusión.<sup>8</sup>

Como el conjunto de síntomas y datos recogidos sobre la enfermedad no corresponden a un cuadro definido, y sí son descripciones parciales de síndromes clásicos, pensamos en la posibilidad de que fueran varias enfermedades simultáneas las que produjeron la mortalidad, ocasionando que los médicos de entonces, al describir la enfermedad, confundieran y mezclaran los síntomas de unas y otras, hasta presentarnos este difuso cuadro que hoy no podemos definir.<sup>9</sup>

Si se trató o no de una epidemia de tifo, o si éste estuvo mayormente presente en 1576 seguramente es algo que por ahora no podemos saber, lo que si es una realidad es que causó enormes daños a la población y produjo grandes repercusiones económicas y sociales. Incluso en el modelo de W. Borah, mencionado por C. Sempat Assadurian, "la gran mortalidad ocasionada por la epidemia de 1576-1579 significó una coyuntura clave en la estructuración del sistema colonial, pues obligó a reorganizar 'la base de la producción de alimentos y las formas de obtener trabajadores' ".<sup>10</sup>

Durante la época colonial fue tal la repercusión del tifo entre la gente de la ciudad, que un extranjero como Humboldt la catalogó, en el siglo XIX, entre los tres grandes azotes de la

---

<sup>7</sup> Somolinos, 1982: 376, en Florescano y Malvido, 1982.

<sup>8</sup> Ver trabajos de Nicolás León; Fernández del Castillo, en Florescano y Malvido, 1982: 383-395, 127-136.

<sup>9</sup> Op.Cit.: 379.

<sup>10</sup> Assadurian, 1989: 422.

población de la Nueva España, junto con la viruela y el hambre.<sup>11</sup>

Desde el siglo XVI los médicos novohispanos se preocuparon por entender las causas de la enfermedad y por los tratamientos adecuados que debían aplicarse. Tanto así, que en 1570 el primer libro de medicina que se publica en Nueva España, la Opera medicinalia de Francisco Bravo, está dedicado en una gran parte al tifo.<sup>12</sup> En 1579 el Dr. García de Farfán publicó el Tratado breve de Chirujia, donde hace una descripción extensa del tifo.<sup>13</sup> Durante el siglo XVII y XVIII los médicos siguen investigando y publicando sus trabajos sobre la enfermedad.

En 1588 y entre 1595 y 1596 hubo brotes de matlazahuatl no tan graves como el cocoliztle de 1576 (término náhuatl que se utilizó para denominar a las epidemias en general), pero que también produjeron grandes estragos.<sup>14</sup> Para el siglo XVII el tifo seguía causando problemas. En 1641-1643 se menciona una epidemia de matlazahuatl, que asoló a la ciudad de Puebla. Otros brotes epidémicos se registraron en 1667 y 1686.<sup>15</sup> El siguiente siglo no se salvó de la presencia nefasta de este terrible mal, pues para 1736 ocurrió una "gran epidemia de matlazahuatl que

---

<sup>11</sup> citado por González Navarro, 1973:64.

<sup>12</sup> Somolinos, 1982: 206.

<sup>13</sup> Fernández del Castillo, 1982: 128.

<sup>14</sup> Op.Cit.

<sup>15</sup> Malvido, 1982: 169-176.

ocasionó numerosas víctimas" en el Arzobispado de México.<sup>16</sup> José Antonio Alzate la calificó como el peor brote de ese siglo y calculó que había ocasionado la muerte de más de la tercera parte de los habitantes de Nueva España.<sup>17</sup> Cooper refiriéndose a un dato publicado en el Diario de México, menciona que se reportaron 60,000 personas muertas en esa epidemia, tan sólo en la ciudad de México. Este mismo autor nos relata los estragos ocasionados por la epidemia de tifo en combinación con un ataque de viruela ocurridos entre 1761-1762, que fue la última epidemia de matlazahuatl en el siglo XVIII.<sup>18</sup>

2.- Etiología del matlazahuatl, tifo exantémico, tabardillo o fiebre petequial.

La población de la ciudad de México se vio atacada por una terrible epidemia durante la primavera y el verano de 1813, los médicos de la época no acertaban en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, ni en cuanto a sus causas.<sup>19</sup> Para mediados del siglo algunos facultativos se inclinaban a pensar que se había tratado

---

<sup>16</sup> Fernández del Castillo, 1982: 131.

<sup>17</sup> Cooper, 1980: 71.

<sup>18</sup> Para 1790 se calculó según el censo de Revillagigedo una población de alrededor de 112,000 personas, por lo que 60.000 muertes en 1737-1739 debió representar una mortalidad muy alta.Op.Cit. Los reportes de totales de muertos en las epidemias del siglo XVIII pueden ser inexactos. Se habla de que murió la tercera parte de la población lo que quería decir que había 180,000 habitantes, cifra bastante elevada de acuerdo a los padrones de 1790 y 1811. En realidad, se tiende a magnificar el número de muertes. De ahí la importancia del estudio demográfico y epidemiológico.

<sup>19</sup> AGN, Epidemias, Vol.9.

del tabardillo o fiebre petequial.<sup>20</sup> En la actualidad el Dr. Miguel Bustamante llegó a la conclusión de que se trató de la combinación de varias enfermedades de carácter infeccioso entre las que estuvieron la tifoidea y en gran medida el tifo.<sup>21</sup>

Los médicos de mediados del siglo pasado se abocaron a la tarea de identificar a la enfermedad denominada desde tiempo atrás con el término genérico de "fiebres". Existían varias alternativas: a) que se tratara de fiebre tifoidea; b) que fuera tifo o tabardillo; c) o tifo clásico o europeo.

Los estudios médicos dieron inicio con el trabajo del Dr. Francisco Jiménez, presentado en 1844 "Apuntes para la historia de la fiebre petequial o tabardillo, que se observa en México". Se efectuaron reuniones médicas en las que hubo trabajos sobresalientes como los de los doctores Hidalgo Carpio, José Olvera y varios médicos extranjeros, que trataban de integrar los cuadros epidemiológicos de estos padecimientos. Varios números de la Gaceta Médica estuvieron dedicados a publicar las diferencias entre una enfermedad y otra. De estos estudios se obtuvieron conclusiones epidemiológicas, entre las que resaltan las siguientes:

a) El tifo era una enfermedad común en México, y la fiebre tifoidea rara.

---

<sup>20</sup> León en cuanto a sintomatología y anatomía patológica. Hidalgo Carpio con su trabajo "Fiebre tifoidea". Gaceta Médica, 1865: 177-183. Claudel. J. con su estudio "Observation de fièvre typhoïde; mort au 24 jour de la maladie", Gaceta Médica, T.I, 1865: 185-188.

<sup>21</sup> Bustamante en Florescano y Malvido, 1982: 425; Fernández del Castillo, en Florescano y Malvido, Op.Cit.,: 127-138

b) El tifo ataca a adultos jóvenes y es raro en niños y viejos. Pero es más letal en adultos medios, como se concluyó en estudios actuales, mientras que la fiebre tifoidea ataca a cualquier edad. c) La duración del tifo es de 15 a 20 días; la de la tifoidea de 30 a 60 días. d) El tifo de México era idéntico al tifo europeo en cuanto a sintomatología y anatomía patológica.

El tifo es una enfermedad infecciosa, por lo tanto depende esencialmente de los factores que influyen sobre las probabilidades de contacto entre un agente infeccioso y una persona susceptible, a la que se le llama huésped. Es así que los determinantes de esta enfermedad se relacionan con los aspectos insalubres y la falta de hábitos higiénicos.<sup>22</sup>

Existían dos clases de tifo: el de Mosser y el murino; la rata es el reservorio y la pulga y el piojo son los artrópodos vectores de las rickettsias.<sup>23</sup> Durante mucho tiempo se hicieron grandes esfuerzos por conocer la etiología de la enfermedad y su modo de transmisión. La alta incidencia de tifo en la ciudad de México propició que las investigaciones iniciadas en el siglo XIX aumentaran. En la segunda década del siglo xx se demostró que el tifo de la ciudad de México era una entidad nosológica que no se

---

<sup>22</sup> Al interpretar los resultados de la morbilidad hacemos la evaluación de la salubridad de la ciudad y sus repercusiones en la salud por medio de indicadores como son: la calidad de los terrenos, el valor de las casas, las redes de atarjeas, los acueductos y las cañerías y cajas de agua, las mercedes de agua públicas y privadas, la distribución de los tiraderos de basura y la densidad de población.

<sup>23</sup> Lilienfeld, 1983: 153. Véase el esquema de transmisión del tifo.

ajustaba a lo que se había postulado para el tifo clásico.<sup>24</sup> Otras investigaciones sirvieron para demostrar que el "tabardillo debía considerarse como una variedad americana del tifo". Se encontró además, que el tifo clásico o europeo estaba presente en algunos estados de la República como Oaxaca y el Estado de México. Los investigadores creían que esta clase de tifo no existía en nuestro país, ya que no había ratas negras, que son el reservorio natural, sin embargo, demostraron que ante la falta de éste, la pulga, que es el vector, infecta a otros tipos de reservorios como puede ser la rata gris, tan abundante en la ciudad de México. Los doctores Mosser, Varela y Ruíz Castañeda encontraron en 1931, la dualidad etiológica del tifo, aislando el agente de la clase murina del cerebro de las ratas capturadas en al antigua prisión de Belén.<sup>25</sup> Supusieron que el tifo murino era poco frecuente antes y que adquirió importancia con las grandes movilizaciones armadas.<sup>26</sup> El tifo de Mosser era transmitido por piojos, pero cuando ese vector usual no existe, el agente de la enfermedad puede ser la rata negra (alexandrina), y se produce lo que conocemos como tifo murino. La rata gris se encontró libre de pulgas, esto se debía a que anidaban en un subsuelo húmedo en verano y bastante frío en invierno, lo que no favorecía la vida de la pulga de la rata. La rata negra anidaba en los lugares secos sobre el nivel del suelo y eran animales muy

---

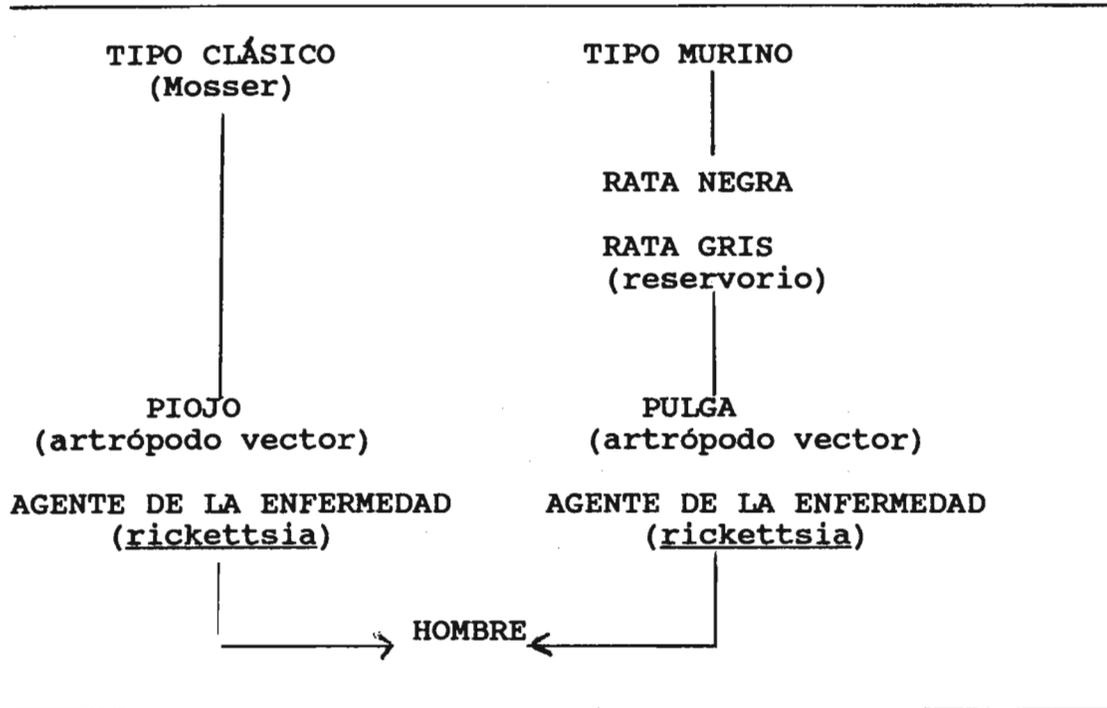
<sup>24</sup> Ruíz Castañeda, 1978: 14-15.

<sup>25</sup> Op.Cit.: 17 y 18.

<sup>26</sup> Ibid.:20.

parasitados. Ambas especies son receptáculos naturales que pueden transmitir la infección al hombre, si hay ocasión de que las pulgas y piojos se intercambien.

ESQUEMA DE TRANSMISIÓN DEL TIFO



En el periodo prehispánico pueden haber ocurrido casos de tifo del tipo Mosser, o sea el transmitido por piojos, sin que apoyemos esta hipótesis hasta no tener pruebas contundentes de su presencia. En el periodo colonial, el tifo de tipo murino, puede haberse transmitido directamente de rata a hombre y el piojo humano pudo haberse encargado de difundir la infección en forma epidémica, o bien fue otro el modo de introducción del virus murino a la población de la ciudad de México. El mecanismo de transmisión de la enfermedad, de rata a hombre, muy probablemente, debe hacerse por la vía de las mucosas bucal, nasal y ocular. El tifo murino puede adquirir proporciones

epidémicas si aparece en una población parasitada y en condiciones anormales, como las guerra, o en las migraciones masivas de refugiados.<sup>27</sup>

Como esta enfermedad se caracteriza por la aparición de brotes epidémicos, cíclicos, separados por largos periodos silenciosos, donde la enfermedad se muestra de manera permanente, superiores en todo caso a la vida del piojo, el problema de la conservación del virus, dentro de las fases interepidémicas, ha constituido un serio problema para los epidemiólogos.<sup>28</sup>

#### 2.1.- Aspectos epidemiológicos.

El porcentaje de enfermos de tifo que mueren, conocido como la letalidad de la enfermedad, es de alrededor de 20.6% y en los periodos epidémicos la letalidad se eleva a 22%.<sup>29</sup> La curva de distribución estacional, en los años epidémicos, era muy débil en el invierno y se encontraba en pleno desarrollo a comienzos de la primavera, y durante el verano y otoño, para alcanzar su mínimo en el invierno.<sup>30</sup> Por lo tanto, la curva de distribución estacional se desplaza, en el periodo no epidémico, hacia los meses invernales.

La magnitud y los caracteres de los brotes dependen de las condiciones higiénicas particulares del conglomerado humano en

---

<sup>27</sup> Ibid.: 21 y 23.

<sup>28</sup> Suárez, 1945a:139.

<sup>29</sup> Suárez, 1945: 111.

<sup>30</sup> Pérez Moreda, 1980: 69.

que se producen.<sup>31</sup> De acuerdo a los médicos "Es difícil encontrar otra enfermedad aguda que tenga tanta importancia mundial, como el tifo exantémico".<sup>32</sup>

En Chile llamaron la atención los brotes que aparecían en sectores de la ciudad que habían presentado casos de tifo esporádicamente desde 1939. Eran sectores situados en barrios superpoblados y con un alto índice de parasitación por piojos, representaban focos permanentes y estables de tifo exantémico.

El porcentaje de enfermos y muertos por tifo con respecto a la edad se presentan así: el primero es más alto en los grupos de 25 a 35 años y de 35 a 44 años. El segundo es más alto en los grupos de 55 a 64 años, después en los grupos de 45 a 54 años y finalmente en el de 15 a 24 de edad.<sup>33</sup> No existe una relación directa entre la incidencia y la letalidad respecto a los grupos de edad.

#### Distribución del tifo de acuerdo al clima.

De manera general se puede decir que en la regiones frías, de más de 2,000 metros de altura en adelante, predomina el tifo transmitido por el piojo, y en las más bajas el murino.

---

<sup>31</sup> Suárez, Op. Cit.: 119.

<sup>32</sup> Suárez, 1945a: 133. En Europa las crisis de mortalidad más importantes se debieron a epidemias de tifo y de viruela en los siglos XVII y XVIII. En Italia la última epidemia de tifo afecto en los años 1816-1818. En el siglo XIX el tifo deja de tener importancia pero aparece el cólera como principal problema epidémico. Panta y Livi Bacci, Op.Cit.

<sup>33</sup> Gaceta Médica, T.I, 13, 1866:222; San Martín, 1988: 220, 281, 307.

El tipo de construcción de los edificios, las costumbres y estado económico de las poblaciones de las zonas frías hacen que tengan un índice de infestación por piojos muy alto. En climas cálidos las costumbres y otros factores sociales y las condiciones de las viviendas hacen que la infestación por el piojo disminuya y aumente la de pulgas. El tifo es característico de climas templados.<sup>34</sup>

#### Factores externos.

Existe toda una polémica acerca del nexo del tifo con la nutrición. Pérez Moreda insiste en que la dieta parecen tener gran importancia en las repercusiones de esta enfermedad. Algunos autores plantean que el tifo exantemático, "era con mucho la enfermedad más relacionada con el estado alimenticio habitual de una población".<sup>35</sup> El nivel alimenticio de la población jugaba un papel importante en el desarrollo del tifo, en algunos sitios como Inglaterra era conocida como "fiebre del hambre". Ocasionaba el mayor número de enfermos entre las capas pobres, sobre todo entre vagabundos y mendigos.

En España las epidemias de tifo se asociaban a problemas de abasto de alimentos. La enfermedad solía presentarse desde el invierno, hasta bien avanzada la primavera, cuando se conjuntaban los condicionantes económicos e higiénicos:

Tras una mala cosecha y una época larga de alimentación deficitaria en el verano y el otoño, el hambre junto con el

---

<sup>34</sup> Montoya, 1945: 126.

<sup>35</sup> Pérez Moreda, Op.Cit.; 71. Ver el capítulo III.

precio de los granos, podía alcanzar topes máximos durante la estación invernal, al tiempo que el frío desanimaba al baño y al cambio de ropa.<sup>36</sup>

Sin embargo, Livi Bachi y otros autores llaman la atención sobre el supuesto nexo de las epidemias y el hambre, diciendo que no está clara la relación y que es necesario tomar en consideración muchos otros aspectos y no únicamente la alimentación.

En México durante los años de 1804 a 1809 la situación de la agricultura era terrible, lo que había provocado el ascenso incontenible del precio de los productos agrícolas y en todas las ciudades crecía el número de revendedores. En el campo se abatió una terrible sequía sobre las sementeras entre los años 1808, 1809 y 1810, con lo que muchos indígenas se quedaron sin trabajo y sin que comer. Por lo que algunos de ellos se integraron con facilidad al ejército insurgente.<sup>37</sup> Otros formaron parte de las masas que se movilizaban de un sitio a otro en busca de una manera para ganarse el sustento.

De acuerdo con Alejandra Moreno, la guerra de Independencia afectó a las dos actividades económicas fundamentales de la Colonia, la minería y la agricultura, desquició el sistema urbano de manera diferente sobre todo al comercio que era la base del sistema colonial de las ciudades. Éstas recibieron refugiados de las zonas rurales, por ejemplo en Querétaro de una población de 30,000 gentes, se elevó a 90,000. Por otra parte las rutas de

---

<sup>36</sup> Op.Cit.: 72.

<sup>37</sup> Florescano, 1986: 152.

comercio se vieron afectadas y el monopolio de la ciudad de México se fracturó. Los focos de la guerrilla se movilizaban de manera periférica a varias zonas, entre ellas los centros cercanos a la ciudad de México como San Angel, Tacubaya, San Agustín de las Cuevas. Se producen movimientos de población que abandona sus pequeños poblados rurales para concentrarse en algunos lugares como la ciudad de México.<sup>38</sup>

### 3.- La epidemia de "fiebres misteriosas" en 1813.

El sitio de Cuautla se inició en febrero de 1812, a fines de abril, la situación de los insurgentes era terrible, por falta de alimentos y de agua, lo que repercutía en el deplorable estado de la población y en las condiciones higiénicas. Esas circunstancias fueron las que propiciaron que se desencadenara una epidemia que adquiriría tintes severos en gran parte del país, en los lugares donde encontraba condiciones adecuadas para desarrollarse.

La iglesia y convento de San Diego fueron improvisados como hospital, pero pronto se llenaron de enfermos, al igual que las casas, donde morían diariamente de 25 a 30 gentes. A fines de abril el número de enfermos llegó a 800. La epidemia fue reconocida como de "fiebres". Al finalizar el sitio y entrar los realistas a Cuautla encontraron un espectáculo desastroso; casas destruidas, gente macilenta, cadáveres, suciedad e inmundicia por

---

<sup>38</sup> Moreno Toscano, 1971.

doquier. Casas y conventos llenos de enfermos.<sup>39</sup> Calleja ordenó a su ejército acampara fuera de la ciudad para evitar el contagio a su tropa. Se atribuye a Calleja y a su ejército la idea de que el sitio de Cuautla fue el detonador para que se presentara la epidemia de "fiebres malignas del año de 1813" que se extendió por todo el país "provocando estragos entre la gente pobre de las grandes ciudades".<sup>40</sup> En mayo de 1812 después del sitio de Cuautla, Morelos con sus tropas huyeron hacia el Popocatepetl, perseguidos por Don Anastasio Bustamante. Arrangoiz narra como:

El hambre y las enfermedades que la son consiguientes, habían hecho terribles estragos en la población; las casas estaban llenas de enfermos y cadáveres [...] Calleja dispuso que se socorriera a los necesitados, y que sus tropas fueran acampadas fuera de la Villa, para que no se contagiaran; más a las pocas semanas apareció una epidemia de fiebres que se extendió por casi toda Nueva España, que se le llamó la peste de Cuautla e hizo grandes estragos especialmente entre los indios.<sup>41</sup>

México se hallaba rodeado por los insurgentes y durante semanas no entraron en la ciudad ni carbón, ni pulques y los alimentos de todo tipo escaseaban cada día. Después del sitio de Cuautla el Ejército del Centro entró a México y se distribuyó en varias divisiones.<sup>42</sup> Al parecer esta sección del ejército no se había contagiado ya que los primeros casos de fiebres en la

---

<sup>39</sup> Hernández Torres, 1982: 554-563.

<sup>40</sup> Op.Cit.: 556.

<sup>41</sup> Arrangoiz, 1985:90. La trilogía enfermedad, guerra, hambre esta bien establecida en los trabajos sobre las crisis de mortalidad en Europa. Panta y Livi Bacci, Op.Cit.

<sup>42</sup> Arrangoiz, Op.Cit.: 93

ciudad no se declararon sino hasta los inicios de 1813.<sup>43</sup>

Sabemos que el tifo se desarrolla con más fuerza cuando se reúnen tropas en gran número. Además de ser un padecimiento de las prisiones y de los campamentos, como ya mencionamos arriba, por lo que no es extraña su aparición dadas las circunstancias de esos momentos.

Para el mes de enero las fiebres se encontraban presentes en Puebla. De ahí la epidemia se diseminó por los pueblos cercanos a la ciudad de México, para después entrar seguramente por la parte oriente, y por los otros accesos de la capital, ya que los cuarteles donde estaban ubicadas las garitas, presentan elevados porcentajes de enfermos.<sup>44</sup>

Desde los primeros meses de 1813 el Diario de México, empezó a publicar algunas noticias respecto a la aparición de fiebres así como otros artículos relacionados con la salubridad.<sup>45</sup>

Al conocerse estas noticias en la ciudad de México, las autoridades convocaron al Protomedicato para tomar un acuerdo en cuanto a prevenir la entrada de la epidemia. El Ayuntamiento y el Protomedicato actuaron en conjunto, el primero a través de la Junta de Salud y el segundo organizando las medidas para evitar la diseminación de la enfermedad, a través de un cuerpo de médicos.

---

<sup>43</sup> Gaceta Médica, T.I, II, 1865:169, 173.

<sup>44</sup> Ver planos 5 y 10, y cuadro 21.

<sup>45</sup> Diario de México, 2a serie, vol.I, 28 de enero de 1813, pp.157-160; 29 de enero de 1813, p.161; 3 de febrero de 1813, pp.181-191

Los primeros pasos se encaminaron a declarar la cuarentena en las garitas, por medio de la fumigación de las personas que venían de Puebla, y de sus pertenencias: ropas, mercancías, carruajes. A aquellos que se les detectaba la enfermedad se les ponía en cuarentena.<sup>46</sup>

En Zacatlán los rebeldes estaban atrincherados y desde ahí interceptaban las comunicaciones con la ciudad de Puebla. Robaban y amedrentaban a los "trajinantes" y arrieros, "destruían y aniquilaban" el territorio de Tlaxcala..<sup>47</sup>

La situación era bastante desalentadora, en la Gaceta del Gobierno de México, se publicó un mensaje del virrey Felix María Calleja al respecto:

A nuestra vista han desaparecido los pueblos y los campos: han huído las artes y el comercio: han caído las riquezas y la abundancia: en vez de fértiles campiñas, laboriosos talleres y ciudadanos opulentos, solo se nos presentan desiertos, ruinas y miserias. Asoladas las poblaciones arrastrando á las armas el pacífico cultivador: yermas las tierras pingües y cubiertas de cadáveres en lugar de frutos preciosos [...] usurpadas las propiedades, abandonadas las minas; saqueadas las posesiones; obstruidos los caminos...

---

<sup>46</sup> Los trastornos económicos, en cuanto a la distribución y comercialización de ciertos productos se dejó sentir de inmediato, pues se retenían todos los artículos comerciales, en particular la lana y el algodón procedentes de Puebla. Las crisis de mortalidad, en este caso provocada por una epidemia, tienen efectos en cadena en diversos sectores como es el comercial y el de la manufactura. En el primero, por los transtornos causados por la paralización del tráfico de mercancías y de las cuarentenas. En el segundo porque se elevan los costes salariales y se reduce 'el mercado doméstico. AHCM, Actas de Cabildo, Vol.132, 15 de enero, 5 y 10 de febrero (1813). Pérez Moreda, 1980: 88.

<sup>47</sup> Gaceta del Gobierno de México, 26 de mayo de 1813, IV, 406, p.537.

48

Es evidente que la vigilancia y las cuarentenas fueron burladas tanto por la gente que quería entrar a la ciudad, como por los que traían mercancías y no estaban dispuestos a que se les confiscaran. Lo cierto es que en tan sólo dos meses la epidemia se había extendido por toda la ciudad. No es difícil imaginar la manera en la cual la epidemia de tifo se dispersó y llegó a la ciudad de México. Había constantes incursiones de los rebeldes en los pueblos cercanos como San Agustín de la Cuevas al sur de la capital y en otros poblados, como Xocoatlalco, Coatepec, Texcoco, Chalco, donde robaban ganado, alimentos y caballos y quizá algunos estaban ya contagiados o eran portadores de la enfermedad.<sup>49</sup>

El Protomedicato dio órdenes para que se informara "de la naturaleza de la actual epidemia y del número de enfermos en la capital y sus barrios". Se empezaron a reportar enfermos a finales de marzo, principalmente en los suburbios.<sup>50</sup>

Los médicos presentaron un informe en el que se decía "ataca sin dispensar edad, ni sexo".<sup>51</sup> Los síntomas detectados eran los

---

<sup>48</sup> Gaceta del Gobierno de México, jueves 6 de abril de 1813, IV, pp.355-356.

<sup>49</sup> Gaceta del Gobierno de México, jueves 18 de marzo de 1813, IV, 374, pp.219. Martes 11 de mayo de 1813, IV, 399, pp.431.

<sup>50</sup> Ver duración de la epidemia en la parroquias, gráfica 12.

<sup>51</sup> AGN, Epidemias, Vol.9, exp. 8, f.117. En esta afirmación es posible percatarnos de lo que sucede en las apreciaciones generales de un problema de salud, cuando no existen datos estadísticos. Ahora sabemos que la enfermedad repercute con mayor severidad en grupos de edad adulta, y no en todos por igual.

siguientes:

El calosfrio, dolor gravativo de la cabeza, espalda y piernas, lasitud para el ejercicio de las acciones, amargura en la lengua, muchas veces bascas y aun vómitos viliosos amarillos, estreñimiento de vientre y fastidio a la comida. En el incremento de la enfermedad se presenta un espontáneo sudor más o menos abundante, que remite los anteriores dolores, expedita el cuerpo y aparentemente pone al enfermo en un estado casi sano, pero a pesar de esta falsa retirada la fiebre se mantiene siguiéndose el flujo de la nariz al cuarto o quinto día que suele repetir más o menos fuerte hasta el séptimo, una evacuación en muchísimos ha terminado felizmente la fiebre, pero en otros después de una calma de quatro o cinco días, recrudece sin mérito particular sobreviniendo vómitos y evacuaciones viliosas.<sup>52</sup>

Las autoridades dictaron varias medidas para prevenir que se agravara la epidemia. como fueron: impedir que se guardaran frutas y verduras en jacales. Limpiar las calles y quitar las inmundicias. Enterrar los cadáveres en profundidad. Fumigar los hospitales. Las fumigaciones se debían hacer de ajo y vinagre, pero se recomendaba el uso de nitro y ácido sulfúrico o muriático, que "son las que pueden descomponer y corregir la infección particular de esas partes de la atmósfera".<sup>53</sup>

Sin embargo no se contaba con personal, pues los operarios habían caído enfermos. Por tal motivo se tuvo que acudir a los forzados del presidio, para que realizaran estas labores de limpieza que por otra parte nadie quería efectuar. Las autoridades del ayuntamiento pensaban quitar los pantanos y otras porciones de agua de las atarjeas. Los carros de basura debían salir después de las diez de la noche. Sin embargo, los vecinos

---

<sup>52</sup> AGN, Epidemias, Vol.9, exp.8, f.117 y 118

<sup>53</sup> AGN, Epidemias, Vol.9, exp.8, f. 122v, 129, 22 de junio de 1813.

no esperaban a la llegada de los carros que transportaban los desechos orgánicos y los tiraban a la calle, amaneciendo las aceras intransitables.<sup>54</sup>

Por otra parte, por la noche, en San Lázaro, se estaban quemando los petates de los enfermos, con lo que se trataba de detener el contagio. La situación era grave y desesperada tanto en la ciudad como en los pueblos de los alrededores.



Las constantes peticiones de ayuda procedentes de las comunidades indígenas muestran lo dramático de la situación, pues constantemente solicitaban permiso para utilizar los bienes de sus cajas, para atender las necesidades de los epidemiados. En

---

<sup>54</sup> AGN, Epidemias, Vol.9, exp.8, f. 122v, 129, 22 de junio de 1813.

julio, de Ixtacalco y de Mexicalcingo, pedían 300 pesos para "socorrer a las graves necesidades de la epidemia de las arcas comunes de los indios". De los pueblos de Tulyehualco, Ayotzingo y Chalco se quejaban de la falta de recursos para hacer frente a la epidemia de fiebres. Los indios carecían de atención médica, de medicinas y de ropa. Solicitaban al gobierno su ayuda y el permiso para utilizar el dinero de las cajas de comunidad para cubrir gastos.<sup>55</sup> Las autoridades de Quautitlan pidieron auxilio "para socorrer a los contagiados con la presente epidemia en el Pueblo de Huehuetoca". De los pueblos cercanos estaban llegando los indígenas a solicitar ayuda y medicinas a las autoridades. Varios documentos mencionan el alto número de fallecimientos.<sup>56</sup> Por su parte el administrador del Estado y Marquesado del Valle sugiere que del arca de bienes de comunidad pertenecientes a los indios de la Villa de Tacubaya, se saque lo necesario para socorrer a los enfermos de ella.<sup>57</sup> En pueblos como Coyoacan piden dinero para solventar la epidemia que cada día cobraba más fuerza. En ese lugar se estableció una casa para los desvalidos.

Además del problema de la epidemia, la situación en algunos pueblos se agravaba por motivo de las inundaciones. En agosto, en el Pueblo de San Mateo Churubusco, perteneciente a la jurisdicción de Mexicalcingo, se desbordó el río Nuevo de la jurisdicción de Coyoacan. Los residentes exponían su situación:

---

<sup>55</sup> AGN, Epidemias, Vol.8, exp.1, f.8 julio (1813); Vol.9, exp. 9, f. 211 a 229, exp. 10, 15, ( junio 1813).

<sup>56</sup> AGN, Epidemias, Vol 8, exp.3, f.118.

<sup>57</sup> AGN, Epidemias, Vol. 8, exp. 4, f.24, junio de 1813.

Las aguas arrastran nuestras cortas siembras poniéndonos en el mas deplorable estado. Como sea notorio lo acontecido por la fatalidad que nos acarrea, como lo hemos experimentado el dilatado de un mes y quince días nos es muy doloroso, así para nosotros como para nuestras familias, por la presente epidemia que nos aflige, como también a la miseria que nos ha reducido este dilatado tiempo. Todos estos prejuicios para unos pobres indios tributarios, cargados de familia, y sin más caudal que nuestro personal trabajo y nuestras cortas siembras que se han perdido como es notorio [...] suplicamos [...] se sirva tener a bien mandar que al interesado de la Hacienda de San Antonio, que sin más pretexto repare y componga el mencionado rio [...] no sabemos firmar.<sup>58</sup>

La epidemia estaba afectando seis pueblos del sur: Ixtapalapa , Santa María Astahuacan, Santa Cruz, Santa Marta, Santiago y los Reyes. Habían muerto 1200 gentes y centenares estaban postrados. Casi todos los pobladores de estos lugares estaban contagiados.<sup>59</sup> Muchos de estos pueblos eran grandes productores de hortalizas y frutas, la enfermedad debe haber originado una gran baja en la producción, distribución y comercialización de estos productos con el consiguiente desabasto y carestía de los mismos.

Las peticiones para utilizar los bienes de las cajas de comunidad para ayudar a los epidemiados son constantes. Incluso el mismo Ayuntamiento pide permiso al virrey Calleja para disponer de 6,000 pesos de los fondos de las arcas de San Juan

---

<sup>58</sup> AHCM, Desagüe, vol.741, T.2, exp. 58, 22 de octubre de 1813. El río se desbordaba cada año y para evitar que la inundación llegara a la capital, se rompía la parte que daba al pueblo de Churubusco. Durante dos años se hicieron diferentes inspecciones, para buscar solucionar el problema, pero no se cuenta con documentación acerca de la resolución final.

<sup>59</sup> AGN, Epidemias, Vol. 9, exp. 6, f.97, exp. 7, f.108, 1813.

y de Santiago Tlatelolco, aduciendo que de acuerdo al "espíritu" de la Constitución de 1812, las comunidades indígenas dejaban de tener una posición separada y por lo tanto era posible transferir los fondos a las arcas del Ayuntamiento. Calleja autorizó la confiscación, aclarando que lo hacía pensando en el bienestar público y sólo a causa de la crisis financiera, pero que no quería presentar un precedente en ese sentido.<sup>60</sup> Como este dinero no era suficiente el Ayuntamiento pidió treinta mil pesos "de lo que haya en la Tesorería de la Inquisición", para hacer frente a la contingencia. Las autoridades de Hacienda Pública no contaban con recursos económicos, de tal manera que no pudieron ayudar, además de que el gobierno había determinado que todo debía ser puesto al servicio de la defensa contra los insurrectos.<sup>61</sup> El ayuntamiento argumentaba que tenía que dar medicinas y ayuda ante la "peste" y concluía: "la salud pública nos parece por todos aspectos preferente, como que sin ciudadanos no hay Reynos, ni tropas, ni opulencias". Las autoridades de la ciudad trataron de obtener dinero a como de lugar, y como el gobierno carecía de recursos deciden solicitar un préstamo a los comerciantes del Parían y Monterilla, a cuenta del arrendamiento por un año o nueve meses.<sup>62</sup> Además se colectaron limosnas con la aprobación del Virrey para socorrer a los epidemiados. Desde el 30 de abril el virrey había girado una orden al Ayuntamiento para

---

<sup>60</sup> Cooper, 1980: 204-205.

<sup>61</sup> Ver Ohgaki Kodama, 1979:87

<sup>62</sup> AGN, Epidemias, Vol. 8, exp.5, f.70, julio de 1813.

la recolección de ayuda y distribución del socorro. Se tomó dinero de los fondos de la ciudad para comprar medicinas y se pagó a los médicos para que atendieran gratuitamente a los enfermos. Las autoridades médicas tuvieron que dar cuenta del ejercicio del dinero, así el Dr. Montaña llevaba una lista de las personas "socorridas por caridad", cuantas sanaban y cuantas morían.

El 12 de junio la Gaceta del gobierno de México, publicó una lista con el dinero recolectado hasta el 28 de mayo. Los ingresos mayores se obtuvieron de la Iglesia Metropolitana (4,000 pesos), del Tribunal del Consulado (4,000 pesos), de la Archicofradía del Santísimo de Catedral y de varios particulares como Doña Ana María de Iraeta y Manuel Rodríguez de la Madrid.<sup>63</sup>

No fue posible obtener una suma mayor, y las autoridades se vieron obligadas a suspender la ayuda temporal que estaban brindando a los enfermos diciendo:

a pesar de los esfuerzos con que se esta tratando de estimular la caridad y compasión de los vecinos de esta capital, y tememos mucho vernos en la sensibilísima necesidad de suspender los auxilios comenzados, con los que hasta ahora se han experimentado tan buenos efectos.<sup>64</sup>

En algunas partes de la ciudad había escasez de agua debido a problemas en el mantenimiento de la cañería que iba desde la Mariscala hasta la zona de Santiago, a pesar de haberse pagado cuantiosas sumas para las obras de reparación a José Vicente

---

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Gaceta del Gobierno de México, 12 de junio de 1813, IV, 413, pp.598-602.

Rivera, la cañería estaba en un estado deplorable y escaseaba el vital líquido tan necesario "con notable prejuicio de aquellos infelices que más que nunca claman por ella en las actuales circunstancias de la epidemia". Las súplicas fueron escuchadas



de tal manera que el 16 de septiembre de 1813 el Ayuntamiento acordó dar abastecimiento de agua al barrio de Santiago.<sup>65</sup> De acuerdo con Gibson, a fines del siglo XVIII en Tlatelolco, Santa María y San Sebastián, había una gran desecación. Alzate señalaba que toda la región del norte de la ciudad estaba casi despoblada por esta causa.<sup>66</sup>

La angustia de los residentes de la ciudad aumentaba al no encontrar un lugar donde poder ser atendidos. Los hospitales estaban ocupados en un cien por ciento. Del de San Andrés y el

<sup>65</sup> AHCM, Cañerías, vol.22, t.3, exp. 137, 4fs, septiembre de 1813.

<sup>66</sup> Gibson, 1978: 388.

de Jesús Nazareno informan que a pesar de que ya no tienen lugar y que además les faltan recursos, han recibido a todo el que lo ha solicitado.<sup>67</sup> Por el contrario los médicos se quejan de que los indígenas se rehusan a ser tratados por los facultativos.

### 3.1.- Las fiebres y el problema de los cementerios.

La epidemia se recrudeció en los meses de junio y julio y era tal la cantidad de muertos, que los cadáveres se estaban llevando al "Zanjón de Santiago", fosa que se había hecho en el campo santo de Santa María. Dicho zanjón era capaz de albergar quinientos cadáveres. Además había otras sepulturas allí mismo, donde "podrán enterrarse 200". En el cementerio de la Parroquia de la Santa Veracruz se dio orden al párroco de no enterrar a nadie allí, debido a la dificultad en ese terreno de poder ahondar las tumbas. Los cadáveres debían enviarse al cementerio de Santa María.<sup>68</sup>

Las autoridades del Ayuntamiento habían ordenado que a las víctimas de la epidemia que fallecieran se las enterrara en Santiago o en otros Campos Santos extramuros. Pero la gente se oponía a no ser enterrada en las iglesias. Por su parte las autoridades no sabían como convencerla y pidieron al virrey que tomara una resolución:

La inbencible preocupación de las gentes vulgares, de ser enterradas en Sagrado, nos detuvo entonces de pedir a V.E. se extendiera esta determinación a los muertos todos tiempos y enfermedades, y mucho mas para pedirle la única

---

<sup>67</sup> AGN, Epidemias, Vol. 9, exp.15, 1813.

<sup>68</sup> AGN, Epidemias, Vol. 9, exp. 8. 1813.

determinación verdaderamente Canónica, Filosófica, Cristiana y que aleja todo riesgo y daño de los vivos y es la de quemar toda clase de cadáveres principalmente los de las epidemias; ojalá en el Virreinato de V. E. y en el tiempo de este Ayuntamiento se lograre ver establecida una providencia tan Santa y tan benéfica que nos ahorraría gastos en el tiempo presente, y nos pondría a cubierto de todo riesgo y temores.<sup>69</sup>

Las peticiones y órdenes acerca de la creación de cementerios fuera de la ciudad se iniciaron desde por lo menos 1779 por medio del Arzobispo Alonso Nuñez de Haro, con motivo de la epidemia de viruelas que atacó en ese año, y continuaron en 1787, a través de una Real cédula. El 27 de mayo de 1789 el Rey mandó que los Virreyes, Presidentes, Gobernadores y demás ministros que ejercían el Vicepatronato real informaran de la necesidad de cementerios independientes de los poblados. En otra Real Cédula de 1804 se pide la formación de cementerios en Nueva España.

El 6 de noviembre de 1813, fecha en la cual la epidemia estaba terminando, se circuló, en la Secretaría del Estado y del Despacho de Gobernación de la Península, para la regencia del Reino, la prohibición de enterrar en el interior de la ciudad, que se debía dar a los jefes políticos.

las órdenes más terminantes a fin de que se pusiesen exacta observancia a las Leyes de nuestros códigos que prohíben los enterramientos dentro de las poblaciones bajo ningún pretexto previniéndola que cualquier autoridad sin distinción de clase, que intentase entorpecer la ejecución de tan urgente y saludable disposición sería personalmente responsable y se haría efectiva su responsabilidad conforme a la Constitución y a la ley de 11 de noviembre de 1811.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> AGN, Ayuntamiento, Vol.2, exp. 6, f. 40; exp. 7, fs. 56 a 58., 22 de junio de 1813.

<sup>70</sup> AGN, Ayuntamiento, T.2, exp. 10, f.113.

A pesar de las múltiples ordenes en este sentido, en la realidad, de acuerdo a los documentos sobre cementerios de años posteriores, se seguía enterrando al interior de la ciudad, aduciéndose mil y una justificaciones.<sup>71</sup>

La situación era bastante grave debido a muchas irregularidades que ocurrían durante los entierros, como muestra presentamos lo siguiente:

Se sepultan los cadáveres en los campos santos sin hacerles el oficio de sufragios y privándolos de las oraciones de los fieles, conduciéndoles desde sus casas a ellos en caxones clavados con un desprecio escandaloso y gravísima infracción de los ritos y ceremonias misteriosas de Nuestra Santa Madre la Iglesia, sepultándolos sin distinción alguna a sacerdotes, adultos y párvulos, dejándolos a pelo de tierra porque no se pueden profundizar las sepulturas y por esa causa espuestos a que se los coman las tuzas y los perros, y a que su fetidez sea muy comunicable a la Ciudad. Inhumándolos para vender públicamente la tapa interior y las mortajas con que los cubren, es que ejecutan mayor daño a la salud pública [...]. Suplico mande hacer una visita de ojo al Campo Santo de San lázaro e informase a los curas y demás particulares que sean de la inspección de policía para creditar y valorizar nuestra representación.<sup>72</sup>

Las iglesias parroquiales acostumbraban a enterrar a sus feligreses difuntos en el interior del templo, para lo cual abrían el piso y depositaban los ataúdes. Las sepulturas eran reabiertas cada vez que era necesario, lo que provocaba el mal olor al interior. Incluso cuando las fosas estaban completamente llenas y se necesitaba nuevo espacio para enterrar, los curas no tenían reparo en sacar, por las noches, los restos de los

---

<sup>71</sup> AGN, Ayuntamiento, T. 2, exp. 8, f. 98, exp.9, fs. 101-102, 103, exp. 10, f. 114.

<sup>72</sup> AGN, Ayuntamiento, exp. 9, fs. 101 y 102. AHCM, Policía y Salubridad, Cementerios y Entierros, vol. 3673, T. I, exp. 3, 7fs., 6 de septiembre de 1813.

ataúdes y llevarlos a otros sitios, aun cuando se tratara de cadáveres recientes. Los entierros tenían un costo diferente dependiendo del sitio que se eligiera, entre más cercano al altar, más caro. De ahí que los entierros constituían un buen negocio, sobre todo si eran de ricos.<sup>73</sup> Los entierros de "pompa" costaban cuatro pesos, los de medio pompa dos y uno en los regulares.<sup>74</sup>

El problema de la construcción de un cementerio general se revela en los constantes documentos de 1809 a 1813, y aún después. Estas medidas forman parte de las nuevas ideas respecto a los aires, los miasmas, la materia pútrida. De ahí que se implementen reglas para sacar los cementerios y también los basureros de los límites de la ciudad. Se busca un sitio adecuado para su establecimiento, que finalmente se eligió en la esquina norponiente de la capital, no lejos del Santuario de Nuestra Señora de los Angeles. El plano de cementerio se realizó de acuerdo a los requerimientos de las situaciones normales y previendo la de las epidemias, por el arquitecto Manuel Tolsá. Los requisitos para los entierros serían los siguientes: hacer sepulturas de cuatro varas, para que sean sepultados dos cadáveres y cubiertos con 1.5 varas de tierra, "lo que es suficiente para dar la calor que se necesita para corromperse". Al lado de la pared se podrían levantar sepulcros para gente de la nobleza, el clero o para los que quisieran marcar su sepultura

---

<sup>73</sup> Márquez, 1984.

<sup>74</sup> AGN, Ayuntamiento, T.2, exp. 10, f.119, junio de 1807.

de un modo exclusivo para si y su familia. De ahí se podían obtener fondos para la obra, si su compra se promovía desde ese momento. Estos sepulcros se decía, traerían otra ventaja, pues los ricos son los que más se empeñaban en eludir las providencias que prohibían el entierro en los templos: "unos porque tienen sepulcros en ellos, otros porque son individuos de las Terceras Ordenes o de Cofradías y otros por diversos motivos que les inspira el amor propio, que les pinta como caso de menos valer, que el cadáver de sus padres o superiores se entierren sin distinción en el cementerio general".<sup>75</sup> En julio de 1821 se presentó el presupuesto de los costos del cementerio general, que se ubicaría en el Colegio de Santiago Tlatelolco, con un costo de 50,000 pesos. En él cabrían 22,216 cadáveres, y debido a cuestiones de descomposición y salubridad, cada tres años y medio es cuando se podrían mover las sepulturas.<sup>76</sup>

La campaña para sacar los cementerios fuera de las ciudades se relacionaba con las ideas acerca de las causas de las enfermedades, de ahí que se mencionaran a los miasmas, aires pútridos y demás efluvios procedentes de los cadáveres como origen de los males. El aire puro se dice, "constituye el mejor de los antisépticos, porque las emanaciones que surgen de los cuerpos y la basura encarnan la amenaza pútrida, ventilar, drenar la inmundicia, desamontonar a los individuos, es desinfectar".<sup>77</sup>

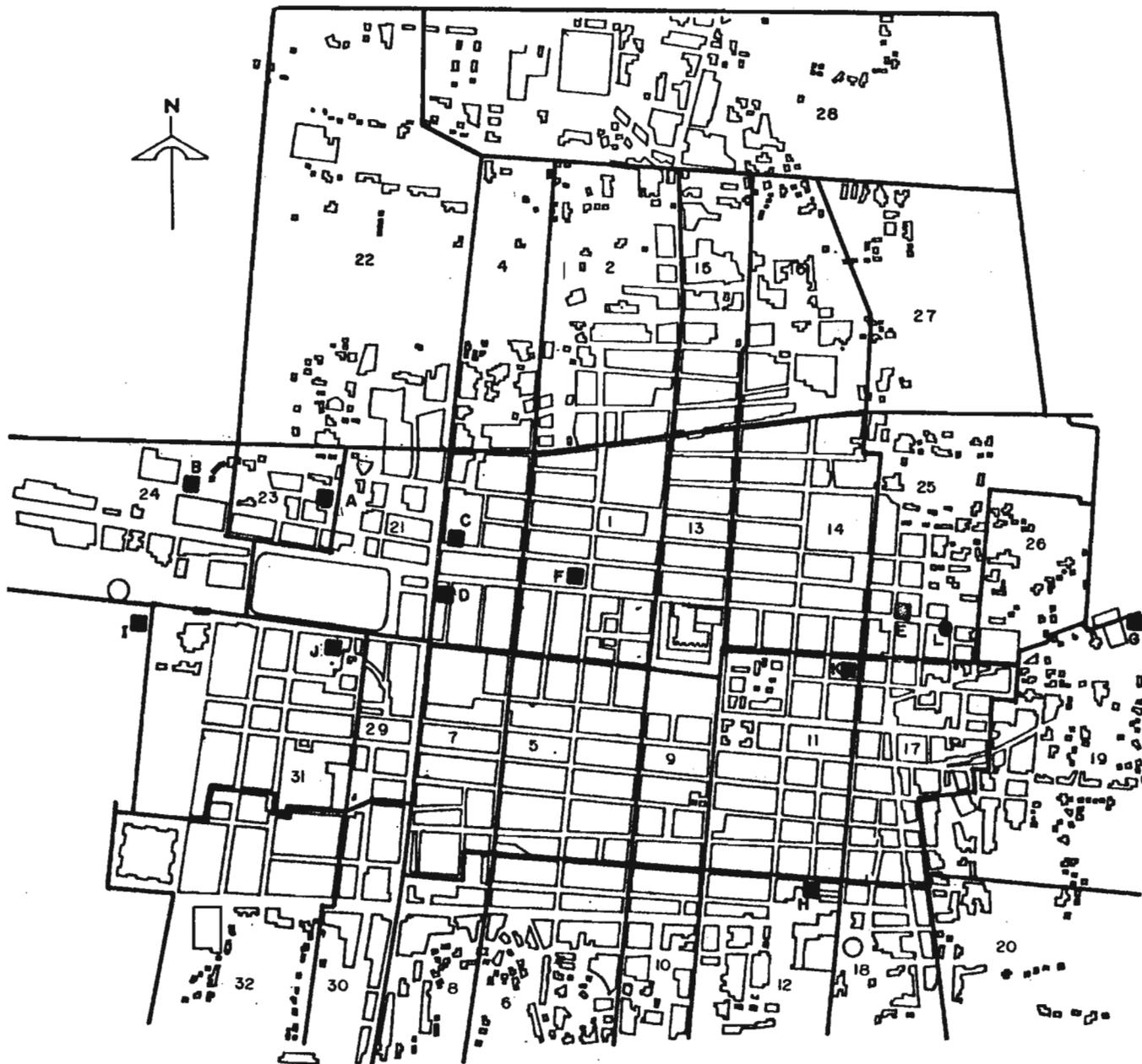
---

<sup>75</sup> AGN, Ayuntamiento, T.2, exp.12, f. 192.

<sup>76</sup> AGN, Ayuntamiento, e.2, exp. 12, f.178, 25 de julio de 1821.

<sup>77</sup> Corbin, 1987: 118.

PLANO - 12  
 CIUDAD DE MEXICO - 1813  
 LOCALIZACION DE HOSPITALES.



- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| A H. SAN JUAN DE DIOS.      | G H. SAN LAZARO.              |
| B H. SAN HIPOLITO.          | H H. SAN PABLO.               |
| C H. SAN ANDRES.            | I H. DE POBRES.               |
| D TERCEROS DE SN.FRANCISCO. | J H. REAL DE INDIOS.          |
| E H. LA SANTISIMA.          | K H. DE JESUS.                |
| F H. DEL DIVINO SALVADOR.   | L H. CASA DE NIÑOS EXPOSITOS. |

■ H = HOSPITAL  
 ■ H = HOSPICIO

● - CASA DE NIÑOS EXPOSITOS

Fuente: A.H.C.M.

"Plano general de la Ciudad de México [...] publicado por Juan Dalmonte año 1856"  
 "Plano general de la Ciudad de México, por Diego García Conde. 1793 y grabado en 1807."

Para transportar los cadáveres de los lazaretos, el Ayuntamiento mandó construir varios carretones con tapa, que también sirvieron para levantar a las otras personas que morían en sus casa o en la calle y así evitar que fueran enterrados clandestinamente en las iglesias.<sup>78</sup>

### 3.2.- Los hospitales y lazaretos.

Debido a que los hospitales resultaron ser totalmente insuficientes para socorrer a las víctimas de la epidemia, además de que muchos de ellos tenían funciones muy especializadas como era la atención de los dementes, hombres y mujeres, de los indígenas, de los leprosos, o de personal eclesiástico, las autoridades de Ayuntamiento, junto con algunos particulares que formaban la Junta de Caridad constituida por 16 personas encargadas cada una de dos cuarteles menores, establecieron 17 hospitales provisionales llamados lazaretos, en los barrios de la ciudad.<sup>79</sup> A pesar de que en sus orígenes los lazaretos eran lugares donde se aislaban a los enfermos de lepra, después se generaliza el término para los hospitales provisionales que se montan en tiempos de epidemias. Estos lazaretos no contaban con instalaciones adecuadas, se trataba de piezas grandes, corredores y galerones, donde se les ponían petates y daban frazadas y alimentos a los enfermos. No todos acudían a estos lazaretos a pesar de necesitar tanto la ayuda, pues les daba "horror" y miedo

---

<sup>78</sup> AGN, Ayuntamiento, vol. 2, exp. 6, f.40, exp. 7, f. 54.

<sup>79</sup> AGN, Epidemias, vol. 13, exp.6, fs. 78-78v.

llegar a esos sitios y morir solos, sin su familia. Otros decidían curarse por si mismos o por medio de los curanderos "que por lo regular no faltan en los pueblos". La Junta de Sanidad creía que esta era una de las causas de la alta mortandad.<sup>80</sup> Sin embargo, ni las condiciones de los lazaretos eran las adecuadas, ni tampoco se conocía el origen y las causas de la enfermedad para dictarse el tratamiento correspondiente. Como un ejemplo de lo que sucedía mencionemos la epidemia de viruela y tifo ocurrida en 1761-1762, donde según Alzate se atendieron en el hospital Real de Indios a 9,000 enfermos, de los cuales sólo sobrevivieron alrededor de 2,000 debido al tratamiento a base de purgantes y de sangrías.<sup>81</sup> De hecho las mismas autoridades del Ayuntamiento al comparar los registros de defunciones de los lazaretos con los de los enfermos atendidos fuera de ellos se percataban de que "los lazaretos son dañinos para la salud".<sup>82</sup> Más aún, el establecimiento de un sitio, donde la gente recibía comida, pudo hacer que algunos pobres no enfermos llegaran al lugar para obtener el alimento y allí se contagiaron con los verdaderos enfermos, lo que no sería extraño pues sabemos que el número de personas sin empleo, que sus contemporáneos denominaban como mendigos, vagabundos y menesterosos en la ciudad era muy alto. Además los alimentos escaseaban y los que había eran caros, lo que apoyaría esta idea.

---

<sup>80</sup> AHCM, Vol.3686, exp. 32, f.18. 1813.

<sup>81</sup> Cooper, 1980:72.

<sup>82</sup> AGN, Epidemias, vol. 9, exp. 8, f. 18v.

Las autoridades acordaron nombrar a cuatro facultativos que se encargaron de proporcionar sus servicios en un cierto número de parroquias, aunque para fines de abril tuvo que aumentarse su número a ocho debido a la gran cantidad de enfermos.<sup>83</sup> Los médicos estaban encargados de atender gratuitamente a todos los enfermos de la ciudad y visitarlos diariamente. Recorrián los lazaretos, y llevaban medicinas. Los facultativos estaban coordinados por el Dr. Luis Montaña, quien personalmente tenía a su cargo el primer cuartel mayor de la ciudad. El nombre de los médicos, de los comisarios del ayuntamiento y de los vecinos encargados de ayudar a los enfermos se publicaban en el Diario. Los enfermos tenían que obtener una orden firmada por alguno de los médicos a fin de conseguir medicinas, ropa y comida. Toda la población estaba obligada a informar de cualquier caso de "fiebres" al alcalde de barrio, el cual llevaba las cuentas del número de enfermos y de los gastos.<sup>84</sup>.

Además, los nombres de los médicos fueron impresos en rótulos para noticia del público. Cada facultativo anotaba a las personas fallecidas y a los que sanaban en la parroquia, y en los cuarteles. El Dr. Montaña, ordenó el registro de todo el que enfermaba, sanaba, moría y de los que se encontraban

---

<sup>83</sup> AGN, Epidemias, vol.9, fs.15-19.

<sup>84</sup> Cooper, 1980: 205. Este autor menciona que los médicos no llevaban ningún registro exacto, pero que es posible que el Dr. Montaña si lo tuviera, pero que se negaba a entregarlo a las autoridades hasta que no le dieran los fondos que había solicitado. Op.Cit.; 208. Por mi parte creo que las listas encontradas en el Ayuntamiento son las que se elaboraron a partir de los datos de los alcaldes de barrio.

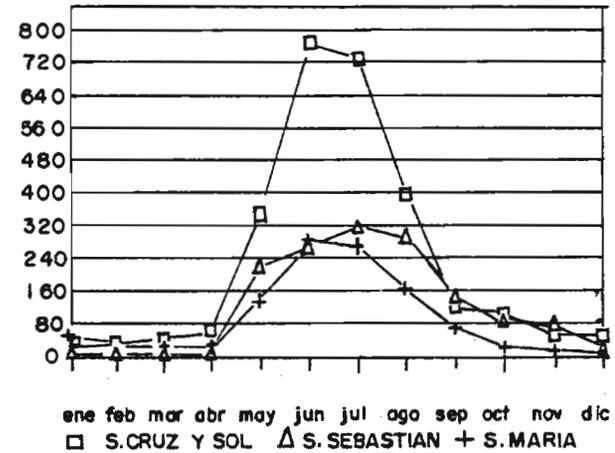
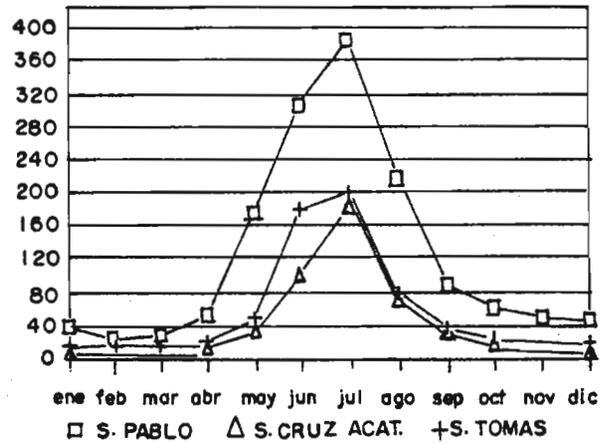
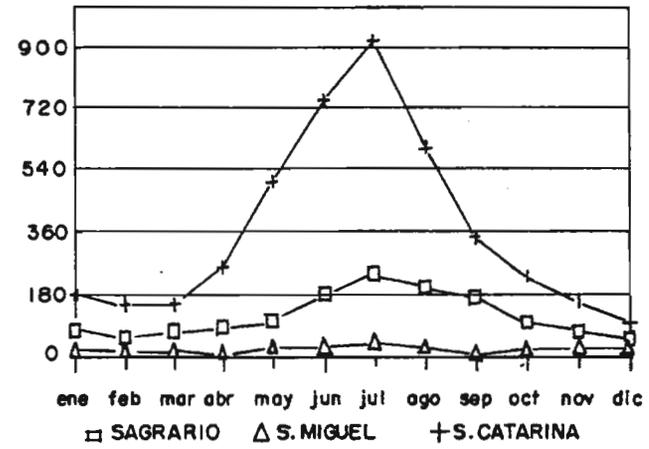
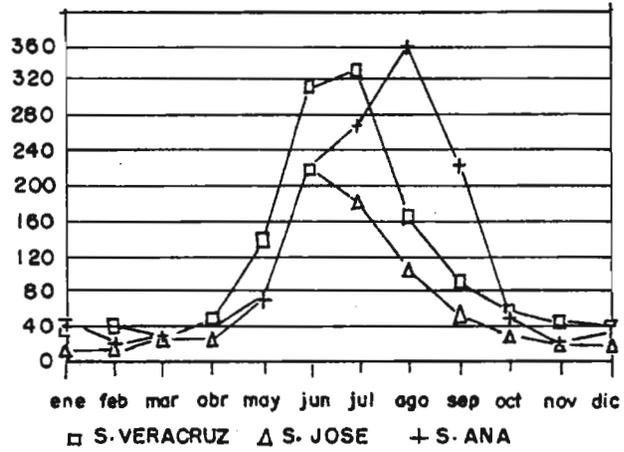
convalecientes, con el fin de hacer una evaluación de la situación. Además de poder comprobar los gastos del dinero que le fue asignado, de acuerdo al número de individuos atendidos.<sup>85</sup> A pesar de que los enfermos de esa zona aumentaban cada día, éstos se negaban a ir al hospital "...unos por repugnancia al hospital y otros por ignorancia de que les estaba designado su auxilio" Como es seguro estos médicos no se daban a vasto para atender a los necesitados. El 10 de junio era tal el número de informes de enfermos que el Ayuntamiento anunció que contrataría más médicos para atender en los 32 cuarteles menores, ya que los ocho médicos encargados de ayudar en toda la ciudad eran insuficientes. Sin embargo, parece que esto nunca se llevó a la práctica ya que, cuatro días después, esta autoridad anunció que se habían agotado todos los recursos. Así, a finales de julio, a pesar de ser uno de los meses en los que la epidemia fue más severa, se veían obligados a suspender la ayuda y a cerrar los comedores uno tras otro.<sup>86</sup> Las listas de los enfermos anotados por el Ayuntamiento abarcan los meses de mayo, junio y julio, periodo en el cual se estuvo prestando asistencia. Para agosto

---

<sup>85</sup> .AHCM, Policía y Salubridad, 3668, exp.15. AHSA, Impresos, Epidemias, Consejo Superior de Salubridad. Gracias a ello contamos con listados de los enfermos y muertos de cada uno de los cuarteles menores, que nos permiten elaborar las estadísticas acerca de la tasa de morbilidad o incidencia del padecimiento, y la de letalidad. Estos son indicadores más finos de la mortalidad epidémica que refleja los efectos combinados de la mortalidad; la proporción de la población afectada, y la letalidad; la tasa de mortalidad de aquellos infectados. AGN, Epidemias, Vol. 9, exp.11.

<sup>86</sup> Diario de México, ea. serie, vol. I, 14 de junio de 1813, p.724, en Cooper, Op.Cit.: 211.

GRÁFICA -12  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1813  
 DURACIÓN DE LA EPIDEMIA .



el número de enfermos había llegado a los 65,512 individuos.

Según las gráficas de las defunciones de 1813, Santa Catarina fue la primer parroquia que presentó un aumento en el número de muertes en el mes de marzo y la curva más elevada y la de mayor duración. La segunda parroquia donde se aprecia el aumento de defunciones fue San Pablo y luego Santa Cruz y Soledad, para generalizarse, en los meses de mayo y junio. Las curvas empiezan a descender en agosto y no se normalizan sino hasta el mes de noviembre. Algunas parroquias, como por ejemplo Santa Ana no comenzaron a registrar una elevación en las defunciones sino hasta el mes de mayo, y manifiestan su punto más alto en el mes de agosto, donde en otros sitios estaba declinando. Podríamos decir que junio y especialmente julio fueron los meses de más alta mortalidad en la ciudad de México.

La situación política y económica del momento tuvo repercusiones desastrosas favoreciendo la gravedad de la epidemia. La organización de las autoridades fue muy deficiente, tanto por no contar con recursos humanos y materiales, como por que gran parte de la atención se canalizaba hacia el movimiento insurgente, limitándose las medidas que pudieran haberse tomado. Donald Cooper que analizó varias de las epidemias ocurridas en el siglo XVIII menciona que la organización administrativa para ayudar a los enfermos fue más completa y mejor en esos años, que en 1813, pues para ese periodo se careció de gran parte de los mecanismos que se adoptaban anteriormente para hacer frente a las epidemias, en especial la ayuda de los ricos y la coordinación de las instituciones involucradas en los servicios de salud, el

Protomedicato, la Iglesia, el Ayuntamiento y el gobierno virreinal.

#### 4.- Entierros en las parroquias de la ciudad de México.

##### 4.1.- Defunciones por edad, estado civil y grupo étnico.

Con el fin de tener un acercamiento más detallado de la mortalidad, analizamos las variables disponibles en los registros parroquiales para 1813 de las parroquias de El Sagrario, de Santa Cruz y Soledad y de Santa Ana. Consulté las defunciones por edad, por sexo, por estado civil, por grupo étnico. La información no es homogénea, pues algunos párrocos anotaban la edad en años, otros utilizaban categorías como párvulos, solteros, casados, viudos. A veces se cuenta con datos sobre el grupo étnico, otra vez este no existe.

Estas tres parroquias se encontraban situadas en diferentes sitios de la ciudad. La primera en el corazón de la ciudad y que albergaba a un buen porcentaje de población dotada de grandes recursos económicos. Santa Cruz y Soledad localizada en una de las áreas pobres del oriente de la capital y Santa Ana (antiguo Santiago) que correspondía a los suburbios del norte, igualmente de escasos recursos.

Las defunciones según el estado civil, en las parroquias del Sagrario y de Santa Ana, que en este caso podemos utilizar como indicador de mortalidad infantil, subadulta (párvulos: término utilizado en muchas ocasiones para referirse a los niños menores de siete años) y adulta (solteros, casados y viudos) y la de

Santa Cruz y Soledad por grupos de edad se presenta en los cuadros 17, 18 y cuadro 19.

Cuadro 17

PARROQUIA DEL SAGRARIO  
ENTIERROS POR ESTADO CIVIL EN 1813

Estado Civil	Entierros	Porcentaje
Párvulos	141	9.52
Doncellas	164	11.08
Solteros	162	10.94
Casados	607	46.41
Viudos	326	22.02

\*Los datos del registro parroquial no indican la edad en años, sino en estas categorías.

Fuente: AGN, Registros parroquiales, Entierros, microfilm, rollo 39, Sagrario Metropolitano, 1813

Cuadro 18

PARROQUIA DE SANTA ANA  
ENTIERROS POR ESTADO CIVIL EN 1813

Estado civil	Porcentaje
Párvulos	33.57
Solteros/doncellas	19.42
Casados	31.64
Viudos	15.35

\* El volumen 6 se encuentra manchado y deteriorado.

Fuente: AGN, Registros parroquiales, Entierros, microfilm, rollo 325, serie y-x, 2163, vols.5, 6, 7. Santa Ana, 1813.

Los datos obtenidos con respecto a las defunciones por estado civil y a los grupos de edad no pueden ser evaluadas como quisiéramos pues no contamos con la información sobre cuantas personas habitaban cada cuartel (la población base) y su

distribución por edades, que nos permita obtener las tasas de mortalidad, general y por edades. Sin embargo, y con todas las precauciones del caso, notamos porcentajes altos de defunciones en la población adulta (en particular los casados, no porque la edad necesariamente tenga que ver con el estado civil, sino porque es indicativo de los grupos de edad más susceptibles de contraer la enfermedad ).<sup>87</sup> Los porcentajes en los grupos de párvulos y de 0 a 5 años en las parroquias de Santa Ana y de Santa Cruz y Soledad de 29.71% y 33.52 contrastan con los del Sagrario de apenas 9.52%. Esta información es de relevancia en los análisis de morbimortalidad diferencial ya que está ampliamente aceptada la utilización de las cifras de mortalidad en los primeros cinco años de vida como excelente indicador de la calidad de vida.

En que medida las diferencias en los porcentajes se deben a condiciones de vidas distintas en estos sitios o a la estructura por edades es algo que desconocemos, sin embargo no es ilógico inclinarnos por la primer posibilidad, dado el contraste en el estado de los servicios de la ciudad en las partes correspondientes a los suburbios, en particular de la zona oriente y norte donde se encontraban ubicadas las parroquias de Santa Cruz y Soledad y la de Santa Ana.<sup>88</sup> También debió haber

---

<sup>87</sup> Ver etiología del tifo y determinantes epidemiológicos relacionados con la edad.

<sup>88</sup> Los estudios actuales de mortalidad infantil en México, al analizar las condiciones de la vivienda, obtuvieron que "en las viviendas sin agua entubada, sin luz eléctrica, ni drenaje, la mortalidad infantil es de 2.4 veces mayor que en las viviendas que cuentan con los tres servicios". Jiménez Ornelas, 1989:15.

una asociación entre las edades de los residentes, aunque sea un aspecto que no podemos probar por el momento.

Se sabe que en México, en la actualidad el 30% del total de las defunciones ocurren antes de los cinco años de edad,<sup>89</sup> de tal manera que los porcentajes de las parroquias de Santa Ana y de Santa Cruz y Soledad, nos indican una mortalidad infantil "normal" y a los adultos como el grupo de edad más afectado. De acuerdo a la epidemiología se reconoce al tifo como un padecimiento que afecta especialmente a la población adulta, lo cual concuerda con nuestros datos.<sup>90</sup>

Cuadro 19

PARROQUIA DE SANTA CRUZ Y SOLEDAD  
ENTIERROS POR GRUPOS DE EDAD EN 1813

Grupo de Edad	Porcentaje
0-5	29.71
6-12	1.30
13-23	11.86
21-30	16.94
31-40	10.92
41-50	7.15
51-60	6.95
+ -60	4.77

Fuente: AGN, Registros parroquiales, Entierros, microfilm, rollos 1359 al 1363, serie 2S, no.123 al 127, Santa Cruz y Soledad, 1813.

Para 1813 se pudieron obtener los porcentajes de entierros por grupo étnico, aunque no para todas las parroquias. La parroquia de Santa Ana estaba ubicada en lo que era el antiguo

<sup>89</sup> Jiménez Ornelas, 1988: 5.

<sup>90</sup> Suárez. 1945:133-148.

barrio de Santiago Tlatelolco, zona eminentemente indígena, por lo que el elevado porcentaje de entierros de indios no es de sorprender. Resultados como estos permiten llamar la atención de los estudiosos que no están familiarizados con las técnicas demográficas, para mostrar porque es necesario contar con cifras bases de población, por ejemplo, cuántos indígenas correspondían a esa parroquia, para calcular el porcentaje, pues los números absolutos no indican la realidad del proceso.

Cuadro 20

PARROQUIA DE SANTA ANA  
ENTIERROS POR GRUPO ÉTNICO EN 1813

Grupo étnico	Porcentaje
Espanoles	9.62
Indios	88.25
Mestizos	1.62
Castizos	0.39
Mulatos y pardos	0.12

\*28 ilegibles para el mes de julio de los grupos españoles, mestizos y castas.

\*\* El volumen 6 se encuentra manchado y deteriorado

Fuente: AGN, Registros parroquiales, Entierros, microfilm, rollo 325, serie y-x, 2163, vols. 5, 6, 7, Santa Ana, 1813.

4.2.- La enfermedad y la muerte en los cuarteles menores de la ciudad en 1813: una aproximación epidemiológica.

La evaluación de la incidencia de enfermos durante la epidemia y de cuantos murieron, se refiere a un análisis específico, más detallado acerca de la morbilidad y la letalidad del padecimiento que provocó la sobremortalidad, en este caso principalmente al tifo. La fuente con la que contamos para el

estudio del porcentaje de enfermos y de su letalidad, se refiere a número de enfermos, convalescientes y muertos en cada cuartel de la ciudad, sin especificar edades o si se trataba de hombres o mujeres, de indios, mestizos o españoles.

Para obtener un panorama completo de la situación epidemiológica y hacer una evaluación más amplia los complementamos con los datos de los registros parroquiales que nos permiten tener el perfil de la mortalidad general de la población, que analizamos a partir del total de defunciones registradas en las parroquias y a la que hicimos referencia, como un indicador adicional para hablar de las defunciones por edades, sexo y grupo étnico.<sup>91</sup>

Reportamos los resultados de estos dos análisis, uno general acerca de las defunciones por parroquias y otro específico sobre la incidencia del tifo y de su gravedad en los cuarteles.

#### Resultados.

La enfermedad atacó a gran parte de la población de la capital.<sup>92</sup> Los habitantes de los cuarteles menores 25, 26, 20 y 18, del oriente de la ciudad, vieron seguramente con gran miedo

---

<sup>91</sup> MacMahon y Pugh, 1978: 1.

<sup>92</sup> El Dr. Hidalgo Carpio pensaba que "en efecto, en México da fiebre indistintamente en todas las edades [...] se desarrolla con más fuerza cuando se reúnen tropas en gran número". El Dr. hace un análisis minucioso de las características de la enfermedad que lo llevan a concluir que lo que había en México en forma endémica desde mucho tiempo atrás es tifo; aclara también que a los tifosos se les llamaba febricitantes. Gaceta Médica, T.1, 11, 1865:169-174. En los documentos de los archivos relativos a las "fiebres de 1813", se hace continua mención de los febricitantes. AHCM, Epidemias

como enfermaban uno tras otro, hasta no quedar un vecino sano. La tasa de morbilidad muestra valores mayores al 100%.<sup>93</sup> Estos "extraños" porcentajes se explican por el aumento en el número de personas reportadas como enfermas que se encuentra en relación con la enorme inmigración de personas de escasos recursos y enfermos que llegaban a la ciudad y se establecían en cualquier sitio, sobre todo en los suburbios, donde podían encontrar un jacal donde dormir.<sup>94</sup> Además en la parte oriente se localizan los centros de abasto, distribución y comercialización de alimentos.



De ahí que vamos a tener registrados más enfermos que la

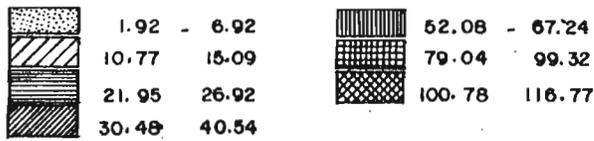
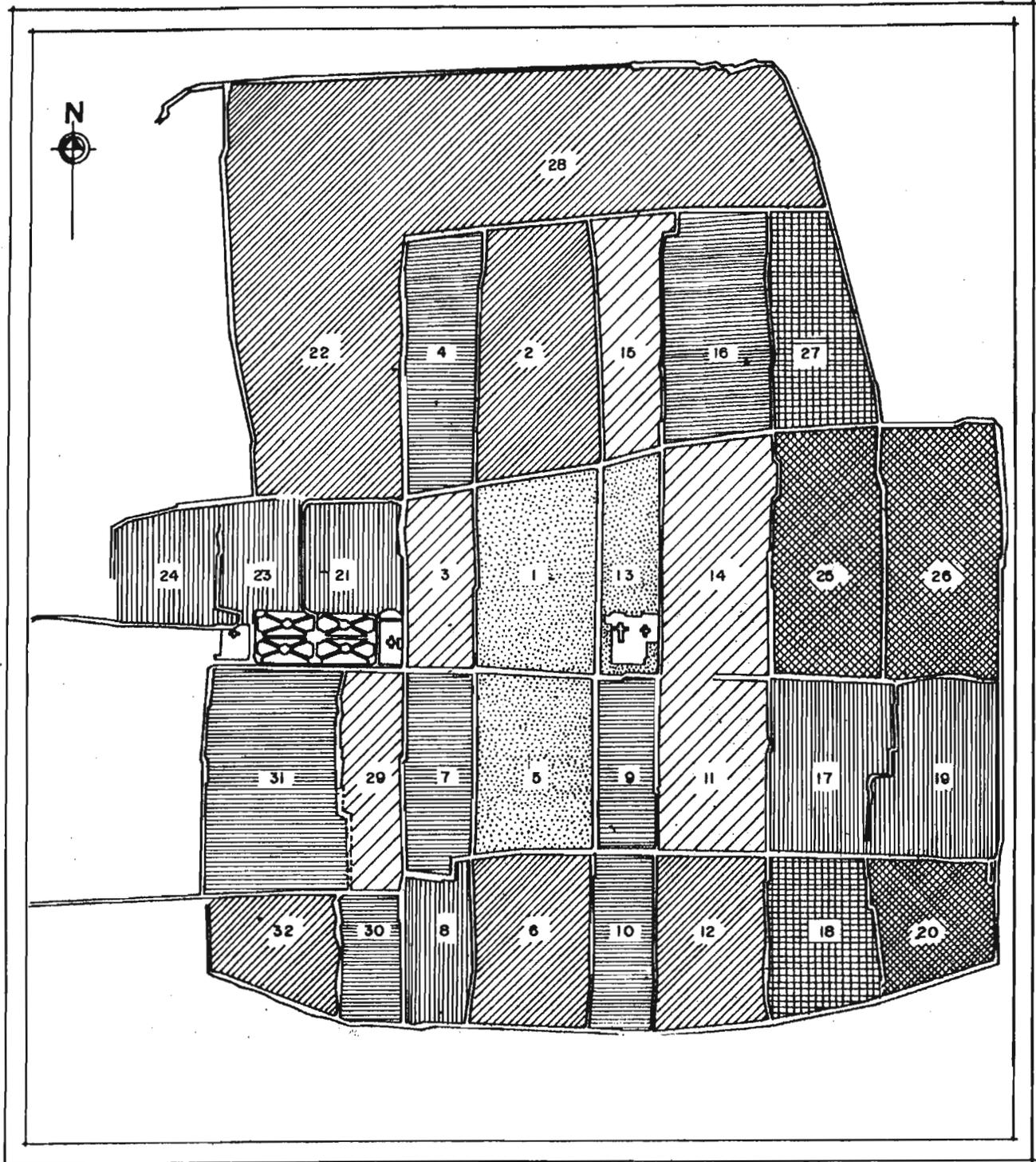
---

<sup>93</sup> La tasa de incidencia de enfermos o de morbilidad, es el porcentaje de personas que enfermaron del total de la población.

$$\frac{\text{No. de enfermos} \times 100}{\text{Pobl. del cuartel}}$$

<sup>94</sup> Ver capítulo I, inciso sobre inmigración en 1811.

PLANO - 10  
**CIUDAD DE MÉXICO - 1813**  
 INCIDENCIA DE ENFERMOS EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



Fuente: AGN, epidemias volumen 9, exp. 11- 1813 y cuadro 21.

población que estaba anotada en los padrones como residente en esos cuarteles.

El oriente y el norte de la ciudad eran una zona reconocida como de alta insalubridad, los médicos contemporáneos decían:

es verdad que las epidemias han comenzado por el cuartel noreste de México [...] creo que puede explicarse esta primera aparición en ese rumbo, por ser esa parte de la ciudad la primera que recibe los vientos que como se sabe son un vehículo no raro de epidemias y el observar que allí habita la gente más pobre y desaseada, que es la parte más escasa de agua, al grado de irse abandonando poco a poco su habitación.<sup>95</sup>

Los cuarteles correspondientes a la zona oriente presentaron incidencias de enfermos 114.3% lo que implicaría que todos los residentes enfermaron, además de los inmigrantes que estaban llegando a esa área. Esto se nota al revisar los porcentajes de enfermos en los cuarteles con garitas de entrada a la ciudad. otra parte, en el cuartel 25, se encontraba el hospital de San Lázaro, lo que elevó las cifras de enfermos allí. Las condiciones sanitarias eran pésimas, con un gran basurero en la zona y con el canal de San Lázaro a donde iban a parar las aguas negras de la ciudad.

La letalidad,<sup>96</sup> es un indicador independiente de la incidencia de enfermos (tasa de morbilidad). Un porcentaje alto de enfermos no necesariamente corresponde a una letalidad alta. Es un dato muy difícil de obtener a causa de la falta de

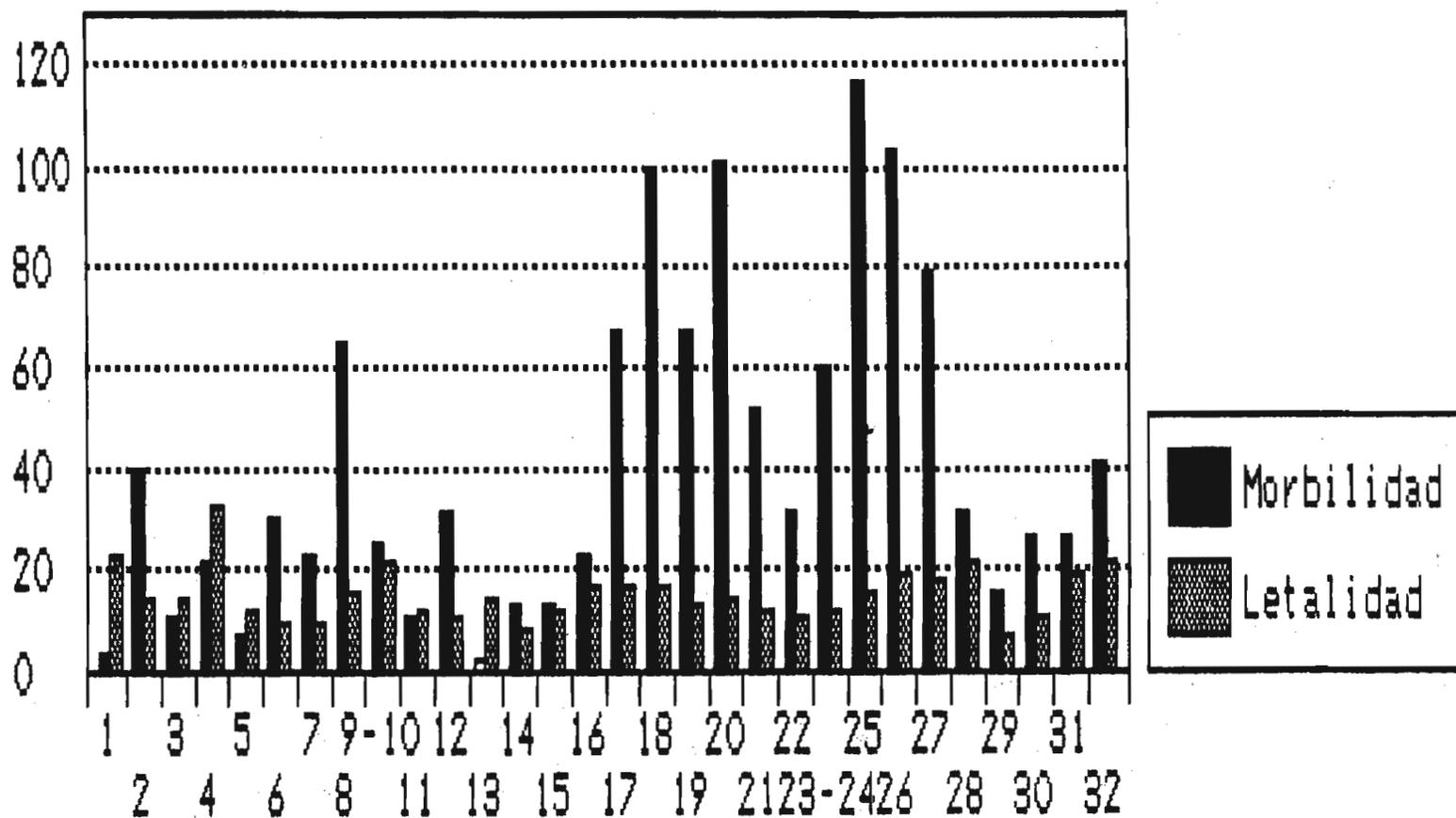
---

<sup>95</sup> AHCM, Policía y Salubridad, 3668, exp.15.

<sup>96</sup> La tasa de letalidad se calcula por medio del porcentaje de enfermos que murieron. 
$$\frac{\text{No. de muertos} \times 100}{\text{No. de enfermos}}$$

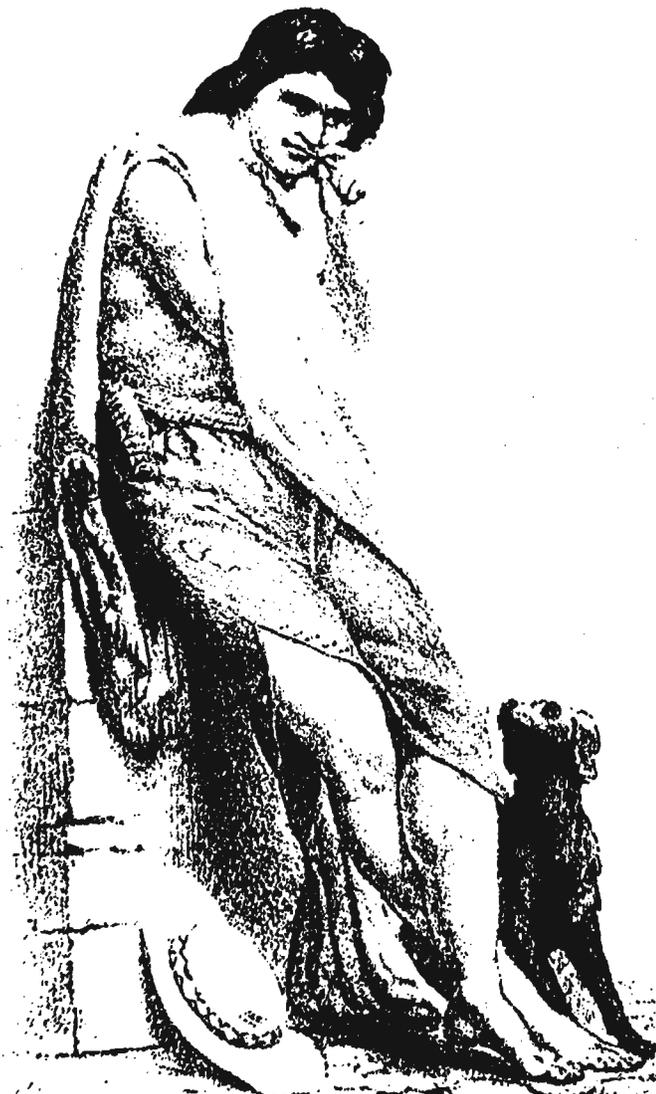
Gráfica 13

Letalidad y morbilidad en los 32 cuarteles en 1813



Fuente: AGN, Epidemias, vol.9, exp.11, 1813

documentación adecuada para su cálculo, de ahí el escaso conocimiento que se tiene sobre las tasas de letalidad específica de las enfermedades en el pasado. La letalidad en el cuartel 25 fue de 15.87% y en el 26 de 19.05% (véanse, planos 13 y gráfica 13). Estas cifras no fueron las más altas, como veremos después; pues a pesar de haber enfermado toda la población, ésta tenía una capacidad de recuperación ante una infección como el tifo, debido a su constante presencia entre los pobres:



Desde tiempo inmemorial reina en nuestros climas en forma endémica con exacerbaciones epidémicas una enfermedad grave

## Cuadro 21

## CIUDAD DE MÉXICO, 1813: LETALIDAD E INCIDENCIA DE LAS "FIEBRES MISTERIOSAS"

CUARTEL	Población:		Registro de mayo, junio y julio:				Tasas de:	
	Empadronada al 1/I/12	Recorrida al 31/IV/13	Enfermaron	Sanaron	Muertos	Convalescientes	Incidencia	Letalidad
1	10705	10982	383	245	88	50	3.49%	22.98%
2	7509	7703	3053	2269	453	331	39.63%	14.84%
3	4073	4178	450	195	63	192	10.77%	14.00%
4	3623	3717	816	496	260	60	21.95%	31.86%
5	9630	9879	684	447	84	153	6.92%	12.28%
6	7084	7267	2215	1881	215	119	30.48%	9.71%
7	5139	5272	1228	874	121	233	23.29%	9.85%
8	2188	2245	1446	992	231	223	64.42%	15.98%
9-10	7496	7690	1954	1488	426	40	25.41%	21.80%
11	8211	8424	919	420	109	390	10.91%	11.86%
12	3908	4009	1251	885	140	226	31.20%	11.19%
13	4212	4321	83	15	12	56	1.92%	14.46%
14	10586	10860	1497	1170	123	204	13.78%	8.22%
15	3396	3484	460	270	53	137	13.20%	11.52%
16	3157	3239	754	567	127	60	23.28%	16.84%
17	6189	6349	4251	3151	715	385	66.95%	16.82%
18	1745	1790	1778	1261	295	222	99.32%	16.59%
19	7040	7222	4856	3555	663	638	67.24%	13.65%
20	2772	2844	2866	1926	423	517	100.78%	14.76%
21	3047	3126	1628	1055	204	369	52.08%	12.53%
22	3579	3672	1159	925	130	104	31.57%	11.22%
23-24	5645	5791	3478	2647	409	422	60.06%	11.76%
25	4905	5011	5728	4414	909	405	114.3%	15.87%
26	4596	4715	4893	3746	932	215	103.78%	19.05%
27	735	754	596	418	106	72	79.04%	17.79%
28	2883	2958	924	642	198	84	31.24%	21.43%
29	3373	3460	522	390	35	97	15.09%	6.70%
30	2882	2957	796	623	88	85	26.92%	11.06%
31	6468	6635	1776	967	339	470	26.77%	19.09%
32	3539	3631	1472	429	320	723	40.54%	21.74%
TOTAL	147717	151541	53916	38363	8271	7282	35.58%	15.34%

Fuentes: AGN, Epidemias, Vol 9 Exp 11, 1813 "Estado general de los que han enfermado de la presente Epidemia, los que han sanado, muertos y existen hasta 31 de julio proximo en los 32 cuarteles de esta capital y q. han sido socorridos por cuenta de la caridad"

Total de población de 1811: AGN, Padrones, Vols 53 al 78.

Para los cuarteles 3,4,6,7,8,12,17,19,24,25,27 y 32 utilizamos los datos de Humboldt 1984 p. 130.

Nota: La población se recorrió del 1º de enero de 1812 al 31 de abril de 1813, suponiendo un crecimiento exponencial, de acuerdo al Cuadro 1.

y mortífera [...] fiebre o tabardillo.<sup>97</sup>

Además debe haber existido un subregistro de muertos en esas zonas pues en tiempos de epidemia era tal la cantidad de cadáveres que éstos no se depositaban en fosas individuales sino que eran enterrados en una fosa común y muchas veces, sin registrarse el número de defunciones.

Cabe recordar que la letalidad registrada por medio de los datos de los cuarteles, corresponde a los enfermos atendidos gratuitamente, anotados en la lista, durante un lapso menor que la duración total de la epidemia. Todos aquellos que enfermaron, y quizá murieron, pero que no llegaron a ser atendidos quedaron fuera del registro del Ayuntamiento.

Si calculamos la tasa de mortalidad a partir de los datos del mismo documento, vemos que existe una relación estrecha entre los porcentajes de enfermos y las tasas de mortalidad (cuadro 22).<sup>98</sup> Los cuarteles con las incidencias más altas, como los 26, 25, 28, 20, y 27, también presentan las mayores mortalidades: 19.76%, 18.14%, 16.48%, 14.85%, 14.05%, respectivamente. A su vez, los cuarteles con menores porcentajes de enfermos corresponden a los que presentan las tasas de mortalidad más bajas como los 13, 1, 5, 14, 11, 3, 15 respectivamente, con mortalidades de: 0.27, 0.80, 0.85, 1.13, 1.29. 1.50, 1.52.

---

<sup>97</sup> Gaceta Médica, T.1, No.13, 1865: 261 y 177 a 229.

<sup>98</sup> La tasa de mortalidad se calculó a partir de los totales de población de cada cuartel, y se obtuvo el porcentaje de éstos que murieron.

	<u>No. de muertos</u>
	<u>Pobl. del cuartel</u>

## Cuadro 22

## CIUDAD DE MÉXICO, 1813

## Tasas de Incidencia de enfermos, Mortalidad y Letalidad

Cuartel	Incidencia	Mortalidad	Letalidad
1	3.49	0.80	22.98
2	39.63	5.88	14.84
3	10.77	1.50	14.00
4	21.95	6.99	31.86
5	6.92	0.85	12.28
6	30.48	2.95	9.71
7	23.29	2.29	9.85
8	64.42	10.28	15.98
9 y 10	25.41	5.68	21.80
11	10.91	1.29	11.86
12	31.20	3.49	11.19
13	1.92	0.27	14.46
14	13.78	1.13	8.22
15	13.20	1.52	11.52
16	23.28	3.92	16.84
17	66.95	11.26	16.82
18	99.32	16.48	16.59
19	67.24	9.18	13.65
20	100.78	14.87	14.76
21	52.08	6.52	12.53
22	31.57	3.54	11.22
23 y 24	60.06	7.06	11.76
25	242.02	18.14	15.87
26	103.78	19.76	19.05
27	79.04	14.05	17.79
28	31.24	6.69	21.43
29	15.09	1.01	6.70
30	26.92	2.97	11.06
31	26.77	5.10	19.09
32	4054	8.81	21.74
Promedio	35.58	5.59	15.34

La tasa de incidencia es el porcentaje de enfermos respecto a la población total de cada cuartel.

La tasa de letalidad es el porcentaje de enfermos que murieron. La tasa de mortalidad es el porcentaje de personas que murieron del total de la población de cada cuartel.

El total de población se recorrió del 1 de enero de 1812 al 31 de abril de 1813, suponiendo el crecimiento exponencial del periodo (.007420), ver cuadro 1.

Fuente: AGN, VOL.9, Exp.11, 1813. Para los cuarteles 3, 4, 6, 7, 8, 12, 17, 19, 24, 25, 27 y 32 utilicé los datos de Humboldt, 1984:130.

Los datos sobre las defunciones totales de ese año en las parroquias del área, muestran que la parroquia correspondiente a esta zona, la de San Sebastián<sup>99</sup> fue seriamente afectada. El número de muertes se elevó de un promedio de 116 en los cinco años anteriores a 1468 en ese año, 1813, lo que representó un aumento brutal del 1175%. La intensidad de la crisis en esta parroquia fue la mayor de toda la primera mitad del siglo XIX, incluyendo los datos de la epidemia de cólera de 1833 y la de 1848-1850, donde los porcentajes en general nunca rebasaron el 200% de incremento.

La parroquia de Santo Tomás, ubicada también en el oriente tuvo un incremento en el porcentaje del número de fallecimientos respecto a los cinco años anteriores de 552.26% (ver cuadro 13).

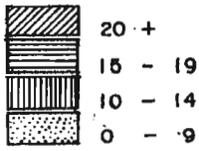
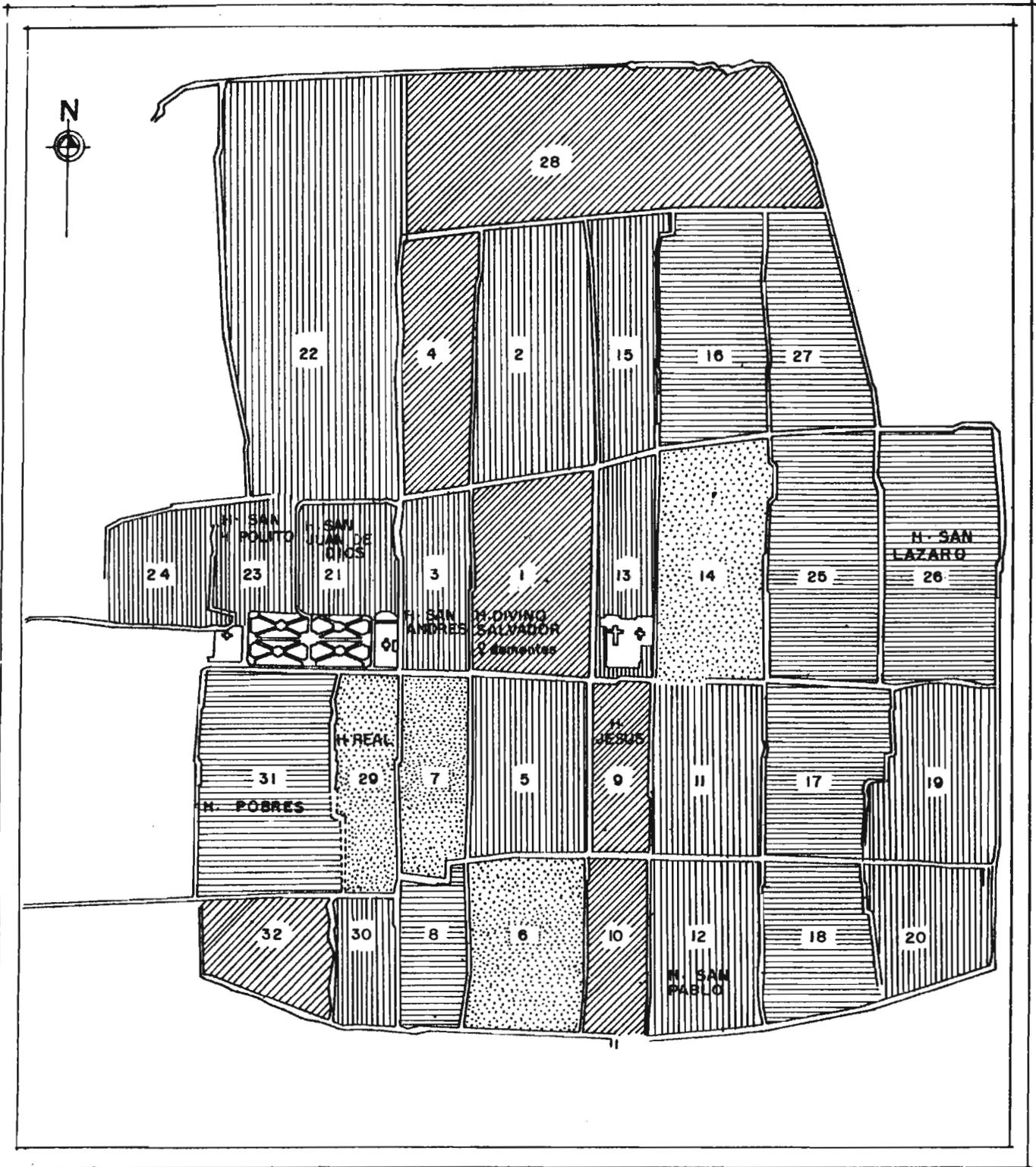
Los datos de defunciones están relacionados con el aumento en los entierros registrados en la parroquia, y el número de muertos especificado en la lista del Ayuntamiento se refiere a los atendidos por el ayuntamiento a causa de la epidemia. Cabe aclarar que los dos registros, el parroquial y el del ayuntamiento, no son iguales, mientras que en el segundo la morbilidad se refiere a los enfermos atendidos por el equipo del Dr. Montaña y de éstos, a los que murieron (letalidad), el eclesiástico anota los entierros totales manifestadas en la parroquia, durante todo el año.

El cuartel menor 20, se encontraba situado en el extremo oriente, era una zona muy despoblada. La incidencia de la

---

<sup>99</sup> Recordemos que la jurisdicción parroquial es mucho mayor que la de cada cuartel.

PLANO 7 13  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1813  
 LETALIDAD DE "FIEBRES MISTERIOSAS" EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



H - HOSPITAL.  
 Fuente: AGN, Epidemias, Vol a exp. II

epidemia fue de 100%, y la letalidad de 14.76%.<sup>100</sup> Este cuartel incluía como pueblo aparte a la Magdalena Mixiuca, correspondiente a la parroquia de Santo Tomás La Palma,<sup>101</sup> y a la de Santa Cruz Acatlán, donde se registró, en ese año, un aumento de los entierros del 450%.<sup>102</sup> El aumento en el número de muertos del registro parroquial se encuentra acorde con la alta morbilidad.

Los cuarteles 17, y 19 se encontraban rodeados de áreas<sup>103</sup> donde la epidemia atacó fuertemente como fueron los cuarteles 25, 26, 20 y 18, en ellos los porcentajes oscilaron alrededor del 100%. En el primero el 68.68% de sus habitantes enfermó; de éstos, el 16.82% murieron. Los residentes del cuartel 19 llegaban a 7040; 3414 hombres y 3676 mujeres. El 68.97% enfermaron y

---

<sup>100</sup> Una tercera parte de la población de este cuartel estaban registrados como párvulos. Por otra parte, respecto al grupo étnico el 73.88% de la población total eran indígenas.

<sup>101</sup> Lira, Op.Cit.:118.

<sup>102</sup> Los curatos o parroquias de los cuarteles de la periferia eran muy grandes, pues extendían su jurisdicción más allá de los cuarteles menores. Abarcaban barrios y pueblos de indios, además de la población propiamente urbana. Los ingresos de los curatos de Santo Tomás y Santa Cruz Acatlán, aledaños al Quinto cuartel, eran muy altos, pues los pueblos o barrios de esta jurisdicción pagaban cada mes entre 50 y 80 pesos, que servían para celebrar las fiestas religiosas, las misas y pagar los derechos parroquiales. Las sumas destinadas al culto religioso eran por lo general, más importantes entre los pueblos alejados de la ciudad. Ibid.:123 y 124.

<sup>103</sup> Su jurisdicción principiaba en la contra esquina del cementerio de Jesús María. Hacia el norte colindaba con el cuartel 25 (calles de La Soledad); por el oriente el límite era muy irregular por lo intrincado de las calles. Dentro de este cuartel estaba el convento de La Merced, La capilla de La Palma y la plaza de este mismo nombre. Báez Macías, 1969:65. Esta zona muestra más áreas habitadas que las de los otros cuarteles de la misma región (18, 19 y 20).

murieron el 13.65%. A este cuartel correspondían la parroquia de Santa Cruz y Soledad, las capillas de San Jerónimo y la Candelaria de los Patos.<sup>104</sup>

De acuerdo a los registros parroquiales de Santa Cruz y Soledad, en 1813 los entierros se elevaron de 300 anuales (promedio de los cinco años anteriores), a 1309, lo que representó un aumento considerable de 439.98%. Fallecieron más mujeres (56.24%), así como indígenas (60.37%).<sup>105</sup> La epidemia afectó a la población de manera diferencial con respecto a la edad, los niños presentaron el porcentaje mas alto, 29.71%. Las defunciones de la parroquia corresponden tanto a los fallecidos por la epidemia, como a los que murieron por otras causas.

En el caso de "las fiebres de 1813", no se trató, creemos, de una sola enfermedad, sino del efecto combinado de varias de ellas, incluida la tifoidea y quizá el paludismo, con la desnutrición crónica y otras infecciones.<sup>106</sup> Como la mortalidad infantil y la ocurrida antes de los cinco años es un magnífico indicador de las condiciones de vida, si comparamos las defunciones de acuerdo a la edad, registradas en la parroquia de El Sagrario encontramos tan solo un 10.11% de entierros de

---

<sup>104</sup> Báez Macías, OP.Cit.

<sup>105</sup> Entre los españoles un 27.55% y las castas 11.86%. Aun cuando desconocemos la composición étnica del cuartel 19, suponemos que era similar a la de los cuarteles aledaños -entre 75 a 80% de indígenas- de tal manera se explica que el porcentaje de muertos fuera tan grande para ese grupo.

<sup>106</sup> T. Anna (1981:183), presenta un análisis de los factores sociales, políticos y económicos que se conjugaron en el año de 1813, agravando la situación sanitaria.

párvulos. En este caso es necesario pensar en la posible composición de la población por grupos de edad. Posiblemente el porcentaje de niños que habitaban en el Sagrario era menor a los de los suburbios, pero en realidad no contamos con cifras exactas al respecto.

La zona norponiente correspondía a los cuarteles 22 y 28. El primero contaba con 3579 habitantes.<sup>107</sup> En 1813, alrededor del 31% de la población enfermó de tifo. Los habitantes del segundo a pesar de ser más grande, eran mucho menos (2883) y enfermaron aproximadamente en el mismo porcentaje. La distribución de la población de este rumbo ayudó a que la epidemia no se propagara tan gravemente, ya que el asentamiento estaba muy disperso; el 31% de enfermos puede considerarse menos severo, la tasa de letalidad en el cuartel 28 fue de 21.43%, un poco por arriba de la media, (15%) y en el cuartel 22 de 11.22%. En la parroquia correspondiente, la de Santa Ana, se triplicó el número de entierros.<sup>108</sup>

Dadas las condiciones del lugar, es necesario plantearse que probablemente las víctimas de la epidemia recurrieron a la medicina tradicional, a sus curanderos, en lugar de a los médicos oficiales, ya que se trata de sitios donde predominaba la población indígena, lejanos y de difícil acceso. Así, desconocemos si los bajos porcentajes de enfermos y muertos se debieron a la realidad o a que fueron atendidos y enterrados sin

---

<sup>107</sup> 1661 hombres y 1718 mujeres; de éstos, el 53% eran indios, el 30% españoles y el 16% castas. AGN, Padrones.

<sup>108</sup> Ver cuadro 13 y gráfica 13.

dar cuenta a las autoridades médicas del Ayuntamiento.

También en la parte norte se encontraban los cuarteles menores dos y cuatro, éstos se hallaban semiurbanizados. De un total de población de 7509 personas en el cuartel dos,<sup>109</sup> se registraron como enfermos el 39.54%, de éstos, murieron el 14.84%. En el cuatro, la epidemia atacó al 22.52%, lo cual es bastante bajo, pero la tasa de letalidad fue 31.86%, la más alta de toda la ciudad.

En los archivos de la parroquia de Santa Ana se anotaron los decesos y el estado civil al momento de la muerte. Con respecto al registro de defunciones por grupo étnico los indígenas presentan los porcentajes más altos, 88.25%; los españoles un 22.62%, a pesar de que en ese cuartel el 47.80% era población española y el 34.34% indígena. En cuanto a la edad, el 33.57% de los entierros de 1813 fueron de párvulos, el 19.42 % de solteros y doncellas, el 31.64% de casados y el porcentaje más bajo fue el de viudos. Se aprecia una relación entre la edad adulta y el ataque de una enfermedad como el tifo. La mortalidad infantil, que es excelente indicador de las condiciones de vida fue de 33.57%.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> A este cuartel pertenecían las parroquias de Santa Catarina Martir y la de Santa Ana. Estaba delimitado por la acequia de Santa Ana al norte y por la de Santo Domingo al sur. Báez Macías, Op.Cit.:61.

<sup>110</sup> Ver cuadros 17, 18 y 19. Es necesario aclarar que la mortalidad infantil en términos demográficos es la que ocurre en el primer año de vida, sin embargo este dato no es posible obtenerlo del registro parroquial pues están anotados solamente como párvulos, palabra que se usa en algunos casos, para denominar a los niños hasta los siete años.

En 1851 la mortalidad registrada en Santa Ana, entre los 0 a

El cuartel menor 16 se localizaba en la esquina noreste, tenía condiciones de urbanización peores que el anterior. Su población para 1811, era de 3157 personas, con porcentajes altos de españoles e indígenas. La incidencia de la epidemia en este lugar fue del 22.52% y la letalidad igual a la del cuartel 15 (16.84%), pero en este enfermaron más personas; lo cual se pudiera explicar en términos de un mayor hacinamiento por la cantidad de vecindades del barrio del Carmen, en cada una de las cuales se podían encontrar viviendo hasta doscientas gentes.

En el cuartel 22 vivían alrededor de 3579 personas; la epidemia afectó al 31.49% de sus habitantes y la letalidad fue de 11.22%. La dispersión del asentamiento presentaba condiciones no propicias para un amplio contagio, de ahí que la incidencia no fuera muy alta. Por otra parte, en otros estudios sobre la distribución del tifo se encontró mayor asociación entre el porcentaje de enfermedad y los lugares de trabajo, que con los de residencia. El estudio detallado de los sitios de empleo indicó una alta tasa de ataque entre los trabajadores de depósitos de alimentos, tiendas de comestibles, bodegas y restaurantes, donde abundaban las ratas que actuaban como reservorio de la enfermedad y los artrópodos vectores eran las pulgas y los piojos.<sup>111</sup> Lo que se ve apoyado por las altas

---

3 años de edad fue de 57.4% (Gayón Córdova, 1988:16), por esto es que el promedio de edad a la muerte bajo a 13 años, lo que manifiesta el empeoramiento de las condiciones generales de vida para mediados del siglo.

<sup>111</sup> El estudio fue realizado en Alabama. Lilienfeld, 1983:151 y 152. En el caso de la ciudad de México, en la parte oriente encontramos los lugares de entrada para distribución de alimentos

incidencias obtenidas para el área este, en los cuarteles 26, 25, 20, 28, 27, 19 y 17.

El cuartel 23 contaba con una población de 3463, y el 24 con 2,940, de éstos, las dos terceras partes eran mujeres. El número de enfermos reportados para ambos cuarteles fue de 3478, lo que da una incidencia de 54%, y una letalidad de 12%.<sup>112</sup>

Cuadro 23  
CUARTEL MENOR 30  
POBLACIÓN POR GRUPO ÉTNICO, SEXO Y ESTADO CIVIL

Calidad	Solteros	Casados	Viudos	Varones	Hembras
Español	656	507	179	565	777
Indio	194	392	138	445	579
Castas	252	190	74	191	325
Total	1102	1089	391	1201	1681

Fuente: AGN, Padrones, Vol.78.<sup>113</sup>

perecederos y muchos de los almacenes. Por lo que no es de extrañar que fuera la parte donde hubo más enfermos.

<sup>112</sup> Es necesario recordar que en esa zona había dos hospitales, el de San Juan de Dios y el de San Hipólito, por lo que el número de enfermos reportados era alto, pues parte de la población enferma iba a parar a ellos, elevándose así la cantidad de pacientes. Chase (1975:50 a 84) analiza cuatro hospitales para ver el cuidado médico a los pobres: el hospital de Jesús era el más antiguo y estaba destinado a españoles pobres; el de San Andrés, para españoles, mestizos, militares y esclavos; el Real de Indios para indígenas; el de San Hipólito para enfermos mentales.

<sup>113</sup> En cuanto al número de habitantes el padrón aclara: "Como se advierte el total de este cuartel menor No.30 de todas las calidades, estados y sexos era 2882, pero como diariamente se ofrecen mudanzas de unos cuarteles a otros y hay de comigte alta y vaja solamente puede contraerse este padrón al mes de septiembre en que se concluyó sus variaciones constan en los libros en donde están asentadas las familias conforme al Reglamento y para que sirva de gobierno al señor Oidor Superintendente de Policía Pedro de la Puente le entrego una copia en México a 31 de diciembre de 1811.

El cuartel 29 albergaba a 1442 hombres y a 1931 mujeres; españoles en un 66 por ciento. La incidencia de la epidemia de 1813 en este lugar fue muy reducida, sólo alcanzó un 15.05% y la letalidad fue aún más baja (6.70%). De tal manera que se ven reflejadas las mejores condiciones de vida de sus residentes, con menor cantidad de personas que atender "por caridad", en contraste con lo que ocurría en el oriente de la ciudad.

La zona del cuartel 30 presentó una incidencia de enfermos del 26.86% y la letalidad del 19.09%. El cuartel 32 tenía más habitantes que el anterior, se registró el 41.59% de incidencia de enfermos y de estos murieron el 21.75, casi una cuarta parte de los pacientes. Esta incidencia está relacionada con la llegada de individuos enfermos a través de la garita de entrada a la ciudad en ese cuartel.

La letalidad osciló entre el 8.22% al 16.84%, lo cual se mantiene por abajo de la letalidad media contemporánea, debida al tifo, que es de 25%.

Como en el resto de la ciudad, la población más atacada fue la adulta económicamente activa. La mortalidad en estas edades debió haber repercutido de manera negativa desde el punto de vista de los servicios y quizá de la producción, puesto que sabemos que hubo más de 20,000 muertes en total,<sup>114</sup> y de éstos un gran porcentaje eran adultos.

---

El Marqués de la Cruz de Iguanzo."  
AGN, Padrones, Vol.78.

<sup>114</sup> La Lima de Vulcano, en 1825 publica un listado de matrimonios, nacidos y muertos, en el que se anotaron 28,786 decesos para el año de 1813. Gortari y Hernández, 1988, T.III:296.

En el cuartel 14 la epidemia atacó al 13.75% de sus vecinos y tuvo una letalidad de 8.22%.

Las personas residentes en el cuartel 13 eran las de mejor posición socioeconómica y durante el ataque de "fiebres" en 1813, se registró el 1.92% de incidencia de enfermos, que representa el porcentaje más bajo de toda la ciudad. Lo anterior puede indicar la asociación entre las condiciones de vida determinadas por los factores sociales, económicos, culturales y cierto tipo de padecimientos. Por otra parte también influye en los registros la salida de las personas con posibilidades a sus fincas en las afueras, lo que aumenta la posibilidad del subregistro. Las personas con mayores posibilidades económicas, o bien salieron de la ciudad o si enfermaron debieron recurrir a médicos particulares, los cuales pueden haber reportado o no al enfermo. Como las listas corresponden a las personas "socorridas por cuenta de la caridad" es notorio que en este cuartel no hubo muchas personas que requirieran de esa ayuda. En el cuartel 1 como era de esperarse dado su estatus social, las mejores condiciones higiénicas, una mejor limpieza de las habitaciones, de las ropas y de las personas, mejores servicios en esa zona, los alimentos que consumían, entre otros factores, durante la epidemia de tifo, solamente enfermó el 3.46% de sus residentes, y la letalidad fue de 22.98% (el promedio de letalidad por tifo en cualquier población se encuentra alrededor del 25%).

La distribución de las tasas de letalidad en la población que residía en los diferentes cuarteles, debe estar relacionada con la capacidad de adaptación de los organismos ante las

agresiones externas. Lo que indica una determinación con un mayor peso hacia lo biológico. Es sabido que las personas que habitan lugares insalubres desarrollan una serie de anticuerpos para defenderse de ciertos padecimientos,<sup>115</sup> por lo que ésta pudiera ser una explicación al porcentaje de letalidad presentado por los habitantes de los cuarteles con las letalidades más altas. En apoyo a lo anterior, vimos como algunos de los cuarteles que presentaron más alta incidencia de tifo, no tuvieron tasas de letalidad altas. Algunos especialistas en salud pública opinan que "una gran parte de las causas de morbilidad más frecuentes en las poblaciones, tienen una mortalidad relativamente baja".<sup>116</sup> En esos casos pudiera existir un mayor desarrollo del aparato inmune a ciertos padecimientos de tipo endémico entre los pobres, como era el caso de esta enfermedad. Esta sería la explicación biológica de la letalidad. Sin embargo cualquier aseveración en este sentido me parece apresurada, y quede esto tan solo como una posibilidad. Por otro lado tampoco sabemos, ya que en muchos casos el registro parroquial no lo especifica, la ocupación del fallecido, la cual nos permitiría saber si se trató de sirvientes o empleados pobres, o con condiciones de trabajo no adecuadas, como en el caso de los panaderos.<sup>117</sup> Lo que si especifica la fuente, repetimos, es que la lista corresponde a los atendidos por caridad.

---

<sup>115</sup> San Martín, 1988: 68.

<sup>116</sup> Ibid.

<sup>117</sup> Kicza, 1986:205-207; González Angulo, 1983: 63 y 64.

La obtención de estadísticas sobre letalidad es un dato muy raro para poblaciones anteriores a este siglo a causa de la falta de documentos adecuados para este tipo de análisis, de ahí lo novedoso de los resultados obtenidos por nosotros y que serán seguramente importantes en el campo de la historia de medicina y de las enfermedades.

En el cuartel menor cinco la epidemia afectó muy levemente; la tasa de morbilidad fue una de las más bajas (6.91%) y tuvo una letalidad de 12.28%. En el cuartel siete, enfermaron 1228 personas (23.89%) y la letalidad no rebasó el 9.85%.

En el cuartel menor diez enfermó la cuarta parte de sus habitantes y murieron el 21.80%; en el segundo, enfermó la tercera parte y murió el 11.19%.

Las parroquias de estos cuarteles<sup>118</sup> eran las de San Miguel, donde sólo hubo un incremento de entierros del 8.84% con respecto a años anteriores y la de San Pablo, con un aumento del 175.81%.<sup>119</sup>

Las máximas densidades de población las encontramos en los cuarteles uno y siete de la zona central y el 21 del poniente. Siguen los cuarteles 13, 14, en el centro y el 16 y 27 en la parte norte y los cuarteles 9 y 11 hacia la parte sur.<sup>120</sup> Si

---

<sup>118</sup> Esta zona es la que se localiza actualmente entre las calles de Chimalpopoca, Pino Suárez, Regina y 5 de Febrero. Báez Macías, 1969.

<sup>119</sup> Ver cuadro 13.

<sup>120</sup> Fuente: plano sobre número de habitantes por hectárea, en los 32 cuarteles menores, elaborado por el Seminario de Historia Urbana del INAH. Moreno Toscano, 1978:14.

comparamos la morbilidad obtenida en los cuarteles (cuadro 21) con los sitios con mayor número de habitantes, vemos que la incidencia más alta se presentó en los cuarteles 25, 26, 20, 18, 23 y 24, que no son los más densamente poblados (plano 11).

La epidemia que afectó a los habitantes de la capital durante la primavera y el verano de 1813 tuvo como causante directo al tifo, sin embargo diversos factores se conjuntaron agravando la situación.<sup>121</sup>

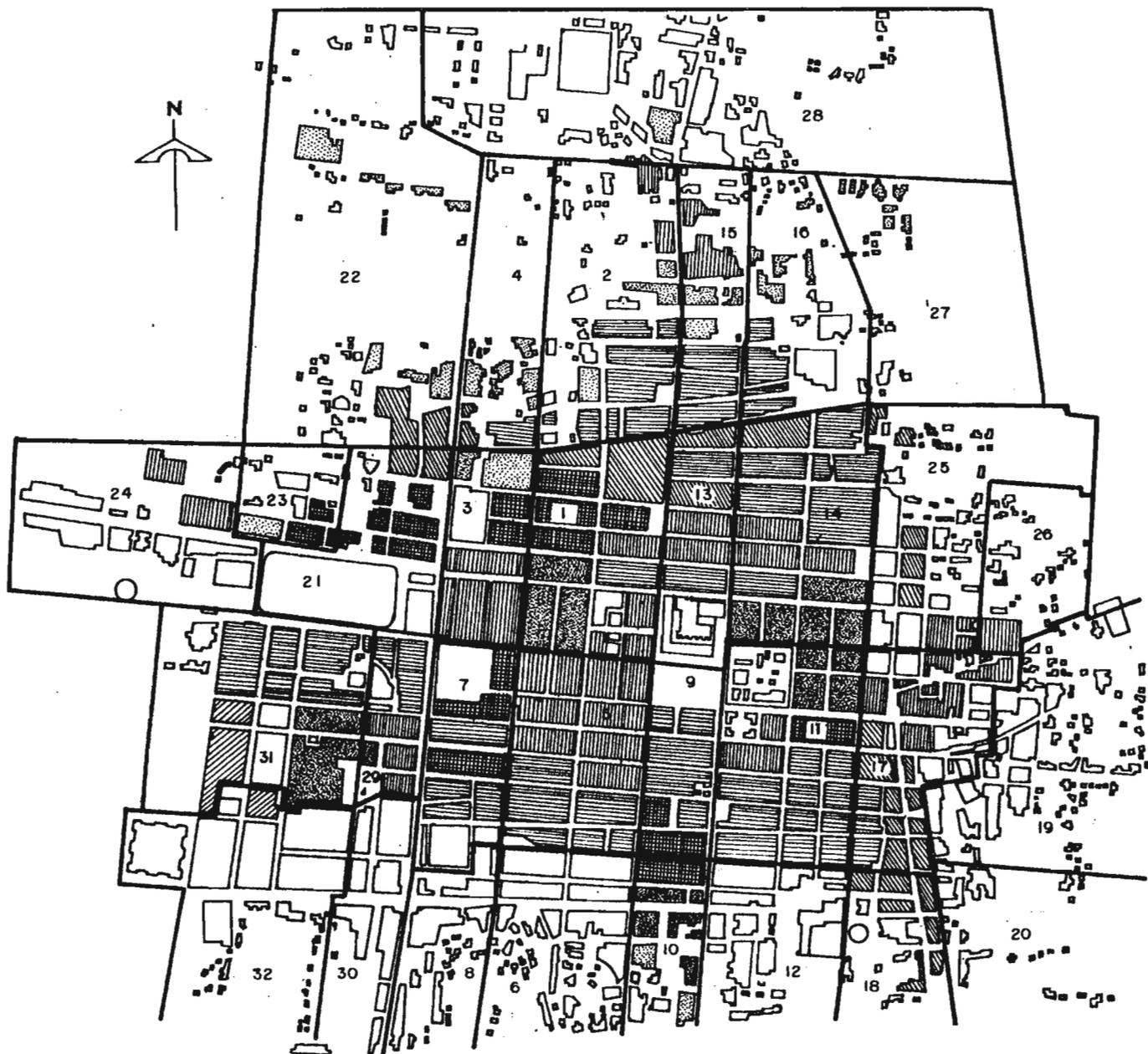
En la segunda década del siglo XIX, la ciudad de México recibió oleadas de inmigrantes que huían de los disturbios bélicos a causa de la guerra de Independencia. Las "fiebres misteriosas" se iniciaron a fines de marzo de 1813, pero ya desde enero la prensa alertó a la población sobre la posibilidad del inicio de una epidemia.<sup>122</sup> Los primeros enfermos reportados procedían de los suburbios. Sin embargo, la epidemia estaba afectando a diversos pueblos cercanos como eran los de Santa María Astahuacán, Santa Cruz, Santa Marta, Santiago, Los Reyes, Huehuetoca, Tulyehualco, Chalco, Mexicalcingo, Ayotzingo y Coyoacán. En esos sitios habían muerto miles de gentes y había otros tantos enfermos postrados, en general toda la población se

---

<sup>121</sup> A pesar de que los médicos de la época no acertaban en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, ni en cuanto a sus causas, (AGN, Epidemias, Vol.9) las investigaciones hechas por el Dr. Bustamante y los documentos consultados permiten afirmar que la epidemia se trató de tifo.

<sup>122</sup> Diario de México, 2a serie, vol.I, 28 de enero de 1813, : 157.

PLANO - II  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1811  
 DENSIDAD DE POBLACIÓN POR CUARTELES.



	5.9 a 92.8 hab/ha.
	92.8 181.7
	181.7 270.7
	270.7 359.6
	359.6 448.5
	448.5 537.5

Fuente: Moreno Toscano 1978:14

reportaba contagiada.<sup>123</sup>

No fue sino hasta abril que el virrey Calleja tomó cartas en el asunto e inició una investigación para comprobar la existencia de un problema epidémico.<sup>124</sup> Durante los meses de mayo a agosto las solicitudes sobre permisos para utilizar los bienes de las cajas de comunidad se multiplicaban. Fue necesario hacer frente a la epidemia, dar alimento, ropas, y cuidado a los enfermos que carecían hasta de lo más indispensable, pero no se contaba con recursos para este fin.



Para toda la ciudad La Lima de Vulcano reportó un total de 23,786 muertos, entre los que no estaban incluidos los de los

---

<sup>123</sup> AGN, Epidemias, Vol.9, exp.7, f.108; exp.6, f.97; exp.15; exp.8. Vol.8, exp.1, f.8.

<sup>124</sup> AGN, Epidemias, vol.9, exp.16, f.1.

pueblos indígenas aledaños a la ciudad.<sup>125</sup>

El tifo se desarrolló en los lugares más densamente poblados del altiplano.<sup>126</sup> La epidemia se extendió por toda la ciudad a partir de mayo, pero adquirió proporciones francamente alarmantes en los meses de junio, julio y agosto, en casi todos los cuarteles.<sup>127</sup> En la región oriente desde el mes de mayo el número de muertos se multiplicó. Conociendo la etiología del tifo es fácil entender que la epidemia surgiera en ese rumbo, puesto que por él entraban todos los abastos de alimentos como frutas, verduras y hortalizas. En esa zona existían depósitos y almacenes de productos alimenticios. Por otra parte, no olvidemos la presencia de grandes basureros en esa área y la contaminación provocada por el canal del desagüe y por la laguna de Texcoco, que evidentemente constituían los sitios ideales para la proliferación de los reservorios del tifo, ratas y piojos. La insalubridad y el desaseo de esos cuarteles, la carencia de atención en cuanto a urbanización y limpieza de esos sitios por parte de las autoridades del Ayuntamiento, que estaban canalizando todos los recursos hacia la lucha contra la insurgencia, así como la falta de higiene de sus habitantes, y de medios para prevenir la enfermedad, deben haber contribuido a su difusión. De tal manera entendemos que la tasa de morbilidad se mantuviera en un 100% en esos lugares. En contraste, queda de

---

<sup>125</sup> La Lima de Vulcano, No.17, sábado 14 de diciembre de 1833.

<sup>126</sup> González Navarro, s/f:414.

<sup>127</sup> Ver gráfica 12.

manifiesto la escasa repercusión de la epidemia en los cuarteles del área centro, donde para algunos tan solo alcanzó el 1.92%, 3.38% y 6.91% (cuarteles menores 13, 1 y 5). Las condiciones de vida de sus habitantes: alimentación, vestido, hábitos higiénicos personales y de sus viviendas, la parte de la casa que ocupaban, así como las posibilidades de huir del contagio, hacia sus residencias de descanso situadas en zonas más salubres de las afueras de la ciudad, influyeron en la baja incidencia de la epidemia en estos lugares.

Los perfiles de morbimortalidad calculados reflejan el impacto en las víctimas de la epidemia, sobre todo con respecto a el número de enfermos, que muestra la gravedad y difusión de la enfermedad en sitios específicos. Las cifras de letalidad obtenidas, en general no son altas, pues en sólo un caso rebasan el valor medio que se espera en cualquier epidemia de tifo. De acuerdo con los epidemiólogos las cifras de letalidad que obtuvimos con un promedio del 15.34%, no son sorprendentes en una enfermedad como esa, cuyo porcentaje de incidencia se calcula entre un 20% y un 25%. Las diferencias en las tasas no son fáciles de interpretar, pues requeriríamos de historias clínicas específicas para valorarlas más efectivamente. Sin embargo, representan unos de las primeras estimaciones epidemiológicas con las que contamos para la capital. En un inicio nos parecían contradictorias, ¿cómo era que siendo las áreas periféricas, en particular las del oriente, más seriamente afectadas y con porcentajes de enfermos del 100%, la letalidad no fuera la más alta allí, sino en uno de los cuarteles del norponiente, el

cuartel menor cuatro, que presentó una tasa de morbilidad baja. Ahora sabemos que no existe correlación directa entre la incidencia de enfermos y la letalidad y que son variables independientes. Que no porque la morbilidad sea alta, necesariamente la letalidad debe coincidir. En cambio, las tasas de mortalidad que calculamos muestran una estrecha correspondencia con los porcentajes de enfermos. La interpretación de las cifras no puede ser simple, los datos son reveladores de varios aspectos distintos, algunos relativos a cuestiones meramente biológicas, en particular de inmunidad, y otras de las deficiencias en el registro de muertos en las áreas pobres y alejadas de la ciudad, y de enfermos en las zonas habitadas por personas con mejores recursos, que no se atendió con los médicos oficiales. Además de que tampoco debe descartarse la posibilidad de que los pobres, residentes en la zona centro, sirvientes, empleados, etcétera, son los que se hubieran acudido con los médicos designados por el Ayuntamiento y por esto hubieran quedado anotados en las listas.

La benignidad y gravedad del tifo está relacionada con la forma epidemiológica en que ocurren los casos, ya que se observan más formas graves cuando son epidémicos y más formas benignas cuando son endémicos. De ahí que en los grupos de escasos recursos socioeconómicos, donde el tifo era una enfermedad permanente desde siglos atrás, el padecimiento se presentó de una forma benigna, con tasas de morbilidad y mortalidad altas y de letalidad normal y baja, mientras que para las personas que no estaban en contacto permanente con la enfermedad, en la epidemia

de 1813, el tabardillo afectó a este grupo de manera grave, con tasas altas de letalidad. En particular las circunstancias determinantes que propician la dispersión del tifo y su carácter epidémico son las condiciones higiénicas de cada lugar y de las personas. Los piojos, las pulgas y las ratas, reservorios y agentes de la enfermedad, solo pueden sobrevivir y proliferar en los sitios sucios, insalubres, donde abunda la basura, en personas que no se cambian de ropa, que no la lavan, ni se bañan.

Las estadísticas se refieren únicamente a las personas que se anotaron en la lista como enfermos, pero debe haber existido un subregistro grande de otros sectores de la población. Los habitantes con recursos económicos asistidos por médicos particulares tal vez no estaban anotados en esta lista, ¿ó quizá enfermaron menos ?. En cuanto a los decesos, estos eran registrados en la parroquia que les correspondiera, de acuerdo a las costumbres de la época.<sup>128</sup> La información debió ser más exacta para las personas de mejores recursos económicos, en contraste con el de los pobres de los suburbios, de los que sabemos que en muchas ocasiones se abrían zanjas y se les enterraba sin ningún registro.

De cualquier manera las defunciones generales anotadas para 1813 en las parroquias de El sagrario, San José y de San Miguel, consideradas parroquias de españoles, ubicadas en el centro de la ciudad, fueron bajas en comparación con las de otras

---

<sup>128</sup> La gente era enterrada en la parroquia que le correspondía según su residencia. De acuerdo a sus ingresos podía ser enterrado más cerca o más lejos del altar, o en cierto lugar de su preferencia. Márquez, 1984.

parroquias de los suburbios. Desafortunadamente no contamos con datos similares para las epidemias anteriores, que pudieran formar el mosaico epidemiológico de este padecimiento desde tiempo atrás. De ahí la importancia de estas primeras estimaciones sobre una de las enfermedades que mayor número de muertos ha causado en la historia de la población de la ciudad de México. Todas estas posibles explicaciones nos conducen a reflexionar en las estimaciones sobre las epidemias y sus repercusiones. Las interpretaciones de su impacto se realizan tan solo en base a cifras totales, sin analizar el contexto social, ambiental, etcétera. El ejemplo mostrado en el intento de explicación de las tasas de morbilidad, mortalidad y letalidad en 1813, nos demuestra lo complejo del panorama y la multiplicidad de factores que es necesario tener en cuenta para efectuar conclusiones. La dificultad de acercarnos al conocimiento de la realidad se presenta con claridad al querer interpretar nuestros resultados. Que por lo demás, tan solo pretendemos dejar anotados como alternativas de explicación.

El tifo siguió afectando a los capitalinos durante largo tiempo. Sin embargo, la población con posibilidades económicas, que residía en el centro, para la segunda mitad del siglo XIX, se estaba trasladando a las colonias residenciales que empezaban a surgir en la parte poniente y sur de la ciudad, dejando sus casas en renta y convirtiéndose éstas en más vecindades.

A finales del siglo XIX, el tifo era la enfermedad de mayor mortalidad en la República. En 1893 causó más de 80,000 bajas, moría un enfermo de cada cuatro (la tasa de letalidad era del

25%).<sup>129</sup> Eduardo Liceaga relacionó la etiología de esta enfermedad con el problema social: alimentación, aseo, vestido y habitación. Para él los elementos etiológicos eran la aglomeración en habitaciones estrechas y sucias, insuficiente ventilación, escaso alimento y malas condiciones de salud. Liceaga proponía destruir varias manzanas de los cuarteles I y II:

los más deplorables de la ciudad; demoler las casas de vecindad de esos cuarteles en los que se desarrolla primero el tifo, abrir amplias avenidas y construir parques y jardines [...] se aumentaría la dotación de agua y se completaría el drenaje.<sup>130</sup>

En el estudio realizado en la ciudad de México para 1905 se confirmó la relación entre la mortalidad y la higiene de las zonas afectadas. Los cuarteles más antiguos y populosos, presentaron la mortalidad por tifo más alta; los barrios de La Soledad, Manzanares y la Merced, donde había multitud de casas de vecindad y cuartos excesivamente aglomerados.<sup>131</sup>

Los estragos de la epidemia de 1813, conocida por sus contemporáneos como "fiebres misteriosas" no ha sido cabalmente evaluada. Ese año fue un año aciago, por múltiples factores: el conflicto armado de la Independencia, la bancarrota del Ayuntamiento, la baja en la producción de alimentos a causa del abandono del campo, el acaparamiento, la carestía, la inflación, y la enorme migración a la ciudad de gente sin empleo, de escasos

---

<sup>129</sup> González Navarro, s/f: 66.

<sup>130</sup> González Navarro, s/f, :415.

<sup>131</sup> González Navarro, 1973 :87.

recursos económicos que llegaban a alojarse en los sitios más miserables y se ocupaban en cualquier trabajo, agravaban la situación.<sup>132</sup> Desde el punto de vista demográfico se trata de un periodo muy crítico y el aumento en la mortalidad responde a un amplio complejo de factores que nos llevan a clasificar este año como el de crisis severa de mortalidad.

La ciudad de México en el periodo comprendido entre 1813 y 1833 no sufre grandes transformaciones, ni en cuanto a tamaño de la población ni en el entorno urbano, por lo que para el análisis de la crisis de mortalidad ocurrida en 1833, la descripción de la ciudad es todavía válida. La situación cambió a partir de cuarta década del siglo XIX, donde algunas personas con recursos deciden salir del centro para ir a habitar en las nuevas colonias que empezaban a surgir en los suburbios. Por otra parte, de acuerdo con Moreno Toscano, es a mediados del siglo cuando la organización del espacio urbano de la ciudad se modificó sustancialmente, como parte de un proceso, donde la separación de propietarios y trabajadores entre los artesanos se hace evidente y se rompe la identidad del sitio de trabajo y el de la vivienda, con lo que se definen nuevas segregaciones espaciales.<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> La falta de trabajo y recursos empuja a la población rural hacia las ciudades en momentos de crisis. La escasa y mala alimentación, la falta de vivienda y de otros satisfactores básicos se unen generando conflictos sociales, Solano, 1975:149; Anna, Op.Cit.

<sup>133</sup> Moreno Toscano, 1978:24.

## CAPÍTULO VI

### LA EPIDEMIA DE CÓLERA EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN 1833.

- 1.- La ruta de la muerte.
- 2.- Medidas preventivas contra el cólera.
- 3.- ; Ahora si es en serio!. La llegada del cólera a la ciudad de México.
- 4.- Ambiente político.
- 5.- La población de la capital en 1833 y su mortalidad.
  - 5.1.- Mortalidad por sexo y edad.
- 6.- Etiología del cólera.
  - 6.1.- Agente etiológico.
- 7.- Mortalidad por cólera en las parroquias.
- 8.- Morbilidad y letalidad por cólera en los cuarteles de la ciudad en 1833.
  - 8.1.- Formas de transmisión del cólera.
    - 8.1.1.- Tratamiento de desechos orgánicos o heces fecales.
    - 8.1.2.- Abasto de agua potable.

Resultados de morbilidad.

Letalidad.

## LA EPIDEMIA DE CÓLERA EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN 1833.

### Melancolía, Muerte y Guerra civil.<sup>1</sup>

Historia del cholera morbus de México del año de 1833 y de los estragos de la guerra civil de aquella época muy mas terribles que los de esta epidemia asoladora.

Carlos María Bustamante (1835).

#### 1.- La ruta de la muerte.

A principios del siglo XIX el cólera recorrió el mundo entero atacando por vez primera a varias poblaciones. Era una enfermedad endémica en Asia desde siglos atrás. En 1830, Moscú había declarado una epidemia de este mal y de ahí fue llevada por soldados rusos a Polonia, desde donde se distribuyó a Europa occidental. Partiendo del Medio Oriente el padecimiento tendió sus redes al resto de Europa. En octubre de 1831 esta enfermedad había invadido Hamburgo y todos los puertos del Báltico. Las noticias llegaron a México, donde el Secretario del Departamento del Interior ordenó la prohibición del desembarco de mercancías

---

<sup>1</sup> Existen cuatro excelentes trabajos sobre la epidemia de cólera de 1833 ocurrida en México, a los que haremos continuamente mención a lo largo de este capítulo. El primero escrito por un contemporáneo, Carlos María Bustamante, por la riqueza en la información tanto de su Diario, como del artículo que publicó sobre el cólera. El segundo, es una investigación realizada por el historiador Huitchinson (1958) donde muestra magistralmente como se mezclaron los aspectos políticos, sociales y epidemiológicos en 1833. El tercero fue efectuado por Oliver (1986), con un enfoque sociodemográfico, con el fin de resaltar el impacto provocado por el cólera en la ciudad de Guadalajara. Por último, una tesis en demografía (Velasco, 1984) sobre la población de la ciudad de México y la epidemia de cólera de 1833, que también utiliza, la información de los registros parroquiales.

procedentes de estos lugares. Se mantendrían en cuarentena los barcos. Las naves que llegaran a Tampico y a otros puntos debían enviarse a la Isla de Sacrificios. Lucas Alamán envió un comunicado al Secretario de Guerra.<sup>2</sup> Puede decirse que la epidemia iniciada en 1832 en países europeos y en Norteamérica fue la primera gran pandemia internacional de cólera facilitada por las movilizaciones militares y por el incremento en el comercio. También debieron contribuir los comunicados de la Academia de Medicina de París, difundidos por el mundo, de que el cólera no era contagioso.<sup>3</sup>

En 1832 el temible mal cruzó el Atlántico y atacó en Canada, pasando a los Estados Unidos donde en pocos meses se diseminó.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Diario de Gobierno, 1831.

<sup>3</sup> Oliver, 1986: 23-24. El que la epidemia haya tardado tanto tiempo en llegar a México pudo estar relacionado con las cuarentenas impuestas en 1831, cuando se pensaba que el cólera era contagioso. Diario de Gobierno, 1831. En octubre de 1831 el Protomedicato, máxima institución en materia de salud, diagnosticó que el cólera era una enfermedad contagiosa, que podía ser transmitidas por "cosas inanimadas y de los seres vivos". De ahí que Lucas Alamán dictara una serie de providencias para prevenir el contagio. Firmaba el Dr. Flebes. Diario de Gobierno, 10 de octubre de 1831. Sin embargo, los comunicados europeos posteriores afirmaban que no se trataba de una enfermedad contagiosa, por lo que, se decía, las cuarentenas no servían.

<sup>4</sup> En septiembre de 1832 llegan noticias de los estragos que estaba ocasionando el cólera en los Estados Unidos del norte. El presidente interino ordena al Ayuntamiento que "tome las medidas necesarias en asunto de limpieza, pues es notorio el desaseo y falta de policía de la ciudad, lo que puede provocar que el cólera aparezca en la ciudad." AHCM, policía y Salubridad, vol. 3676, exp.2. Hay órdenes desde junio de ese año al respecto, pero uno de los problemas principales para poder llevar a efecto las medidas necesarias era la falta de dinero. Las arcas del Ayuntamiento estaban vacías lo que imposibilitaba la operación de limpieza. Se solicitaba permiso "con el fin de formar para solo esta vez el fondo competente para los gastos que demandá la

En México el 25 de noviembre de ese año las autoridades de Coahuila y Texas tuvieron conocimiento del problema.<sup>5</sup>

En enero de 1833, por una confusión, Bernardo González Angulo anunció oficialmente a todos los gobernadores que el cólera había aparecido en Chiapas y los instruyó para tomar las medidas de limpieza pertinentes. José Joaquín de Herrera envió al Ayuntamiento, el 7 de enero, una carta donde les comunicaba el mismo reporte de Chiapas.<sup>6</sup>

Para la segunda mitad de 1833 la prensa proclamó su arribó por dos puntos: en el noreste, procedente de Nueva Orleans entró a Tamaulipas, por el puerto de Tampico, declarándose la epidemia el 24 de junio. Avanzó por Coahuila hacia el centro y occidente de México.<sup>7</sup> En la parte sureste entró por Campeche, donde la población fue asolada. Mérida tampoco pudo sustraerse a su agresión. En este caso se pensó que la epidemia procedía de la Habana. Carlos María Bustamante se dió cuenta del peligro desde febrero de 1833: "Empezamos a tener miedo cuando supimos que en la Habana habían muerto miles de víctimas".<sup>8</sup>

Ya en el país, la primer ruta en el norte, fue la de Tampico a San Luis Potosí, centro de operaciones comerciales de

---

limpia de los relacionados muladares". AHCM, Policía y Salubridad, vol.3676, exp.2, f.2.

<sup>5</sup> Huitchinson, Op.Cit.: 5.

<sup>6</sup> AHCM, Policía y Salubridad, vol.3676, exp.2, f.46 y 47.

<sup>7</sup> Hutchinson, Op.Cit.: 15-16. El Alcalde de Saltillo previno a la población desde el 27 de junio. Bustamante, 1835.

<sup>8</sup> Citado en Hutchinson, Op.cit.: 7.

importancia, la enfermedad tardó tres semanas en arribar a través de los arrieros contagiados que transportaban sus mercancías.<sup>9</sup> Las siguientes ciudades importantes que recibieron la desagradable visita fueron Zacatecas, donde para el 14 de julio ya se había alertado a la población, y Aguascalientes. El 24 de julio de 1833 el cólera cobró su primera víctima en Guadalajara.<sup>10</sup>

El temor hizo presa de toda la población de México, al percatarse de lo incontenible de su avance.

De acuerdo con Hutchinson:

durante la última semana de julio y la primera de agosto, el cólera se extendió por todos los confines del interior del país, Durango, Chihuahua, Monterrey. Se propagó luego hacia el sur y el oeste. Guanajuato para finales de julio, Morelia, Querétaro y toda la región del Bajío, durante la primera semana de agosto, donde atacó fuertemente, llegando algunos autores a afirmar que murieron la mitad de los habitantes de esta zona, a causa del cólera y de la guerra civil.<sup>11</sup>

Los datos que pudimos recopilar para 1833, muestran que la epidemia de cólera afectó diferencialmente a las poblaciones de México. Los porcentajes, aunque muy burdos muestran a ciudades como Tampico, Aguascalientes y Veracruz, con cifras altas, hasta de un 40% de incidencia. Sin embargo, los datos que mejor se han

---

<sup>9</sup> Oliver, Op.Cit.: 26.

<sup>10</sup> La epidemia duró en Guadalajara dos meses, en los siguientes tres meses se presentaron casos aislados. Murieron 3,275 personas, entre el 8 y el 20 de agosto se enterraron un promedio de 150 víctimas diarias. Ibid.: 31, 32.

<sup>11</sup> Hutchinson, Op.Cit.: 21, 29. Santa Ana afirmó que de un total de 4000 de sus soldados, murieron 2000. Claro que el cólera no distinguía entre tropas del gobierno y rebeldes así es que fueron atacados por igual.

trabajado son los de Guadalajara y los de la ciudad de México, en la primera obtuvimos un 11% y en la segunda un 5%.<sup>12</sup>

Cuadro 24

REPORTES SOBRE NUMERO DE MUERTOS POR LA EPIDEMIA DE COLERA EN  
VARIAS CIUDADES DEL PAIS (1833).

Ciudad	Población*	Número de muertos	Porcentaje
Aguascalientes	14476	5000	35%
Tampico	3000	1200	40%
Tepic	10000	964	9%
Campeche	20000	5000	25%
Veracruz	6000	2000	33%
San Luis	-	4366	-
Guadalajara	44928	4993	11%
C. de México	197974	9606	5%
Oaxaca	18000	1400	8%

\* cifras aproximadas.

Fuente: Las cifras de la población de las ciudades y del número de muertos, exceptuando a la ciudad de México fueron obtenidas de Hutchinson, Op.Cit. Para Aguascalientes se tienen dos cifras de población: una de 1794, con 8376 y otra para 1857 con 20000 (Davies, 1972: 484). Sacando un valor medio podríamos calcular muy burdamente que la población, en 1833, era de 14776 habitantes. La Población reportada para 1820, en la ciudad de México, fue de 179830, Navarro y Noriega, Op.Cit.. El siguiente reporte corresponde a 1838, con un total de 205430. Davies, Op.Cit.: 501. La población estimada por nosotros para 1833, fue de 197,974. Las cifras de Guadalajara corresponden a los datos de Oliver, Op.Cit.: 75, 125.

<sup>12</sup> Las cifras de las otras ciudades no son equiparables pues los porcentajes se obtuvieron a partir de datos que creemos poco confiables, de meras apreciaciones del momento, lo que pudo llevar a inflar el número de muertos a causa de la epidemia.

## 2.- Medidas preventivas contra el cólera.

En el campo de la salud pública la epidemia de cólera motivó a las autoridades a tomar ciertas medidas preventivas. Desde 1831 Carlos María Bustamante trató de convencer a la cámara de diputados para que ordenara la limpieza de los basureros de la ciudad de México.<sup>13</sup> A finales de ese año Don Lucas Alamán ministro de Relaciones Exteriores escribió a Manuel Eduardo Gorostiza, embajador de México en Londres para solicitarle información sobre la epidemia que estaba ocurriendo allí.<sup>14</sup>

Con el fin de emitir un diagnóstico acerca del cólera y de la forma en la cual se propagaba, en 1831 el Protomedicato hizo un balance de los conocimientos que sobre el particular se habían visto en el mundo. Esta institución recibió dos notas, una fechada el día 3 y otra el día 7 de octubre, donde se le comunicaban los sucesos ocurridos en Europa respecto al cólera.

[El Protomedicato] ha procurado recoger los datos que han estado a su alcance [por] temor a la propagación de tan terrible plaga y si este temor es justificado. [...] de las numerosas epidemias de cholera morbus que se han observado en Europa y Asia unas se han circunscrito y otras se han propagado en una ecstención considerable.

Circunscrito: Londres hace 162 años y repitió a los siete años. Suiza hace 135 años; Alemania hace 114 años, Paris y Cadiz. Propagado: Europa ahora en 1831 y desde 1817 hasta el 25 inclusive, en toda Asia.<sup>15</sup>

La primera observación era que esta enfermedad no se circunscribía a un clima o a una situación geográfica,

---

<sup>13</sup> Bustamante, 1835: 2.

<sup>14</sup> Oliver. Op.Cit.; 154. Diario de Gobierno, 10 de octubre de 1831.

<sup>15</sup> Diario de Gobierno, 22 de Octubre de 1831.

temperatura, humedad, "policía pública", costumbres de sus habitantes, sino que se desenvolvía en cualquier situación, todo ello dificultaba el llevar al cabo las medidas adecuadas para prevenirla. El Diario de Gobierno decía:

Se creé que dicho mal solo ha invadido algunos de sus países [Europa] cuando ha sido transportada de otros donde ecsistía. [...] ecsiste un temor racional de que introduzca esta terrible enfermedad, siempre que no se evite por providencias severas de policía, como pretende el Supremo Gobierno, el arribo á los puertos de la República de buques procedentes de lugares epidemiados.<sup>16</sup>

El cólera es una enfermedad contagiosa, ahora lo sabemos, sin embargo las discusiones al respecto en esos años y la prevalencia, al final, de los conceptos médicos europeos, de que no había de temerse al contagio,<sup>17</sup> sino solamente tomar medidas de salubridad, influyeron en el arribo a México de la epidemia a principios de 1833, al ser eliminadas las cuarentenas y levantados los cordones sanitarios. En los últimos meses de 1831 y durante parte de 1832 Lucas Alamán había dictado medidas precisas sobre la prohibición del desembarco de pasajeros y mercancías procedentes de lugares donde hubiera epidemia de cólera. Los barcos debían enviarse a la Isla de Sacrificios,

---

<sup>16</sup> Diario de Gobierno, 23 de octubre de 1831.

<sup>17</sup> No todos lo médicos opinaban que el cólera no era contagioso. Existía una clara preocupación por definir conceptos tales como; virus, miasma, contagio e infección. "Reconociendo dichas enfermedades por contagio y por infección, daremos el nombre de virulentas a las primeras y de miasmáticas á las segundas[...] cuantas veces una enfermedad no tenga un gérmen específico originario ó desenvuelto trasmisible por cualquier vía de un enfermo á una persona sana no habrá contagio [...] la cólera morbus se debe considerar en la clase de enfermedades epidémicas no contagiosas, producidas por un foco de infección". Diario de Gobierno, 23 de octubre de 1831.

donde se mantendrían en cuarentena hasta que no hubiera peligro. Se debería informar acerca de los puntos que habían tocado durante la travesía y si habían subido pasajeros o mercancías a bordo. Una vez pasado el tiempo, las mercancías se perfumarían con diversas sustancias, entre las que se encontraba el cloro, el ácido nitroso y el sulfuroso, "o al menos el vinagre."<sup>18</sup>

Los anuncios sobre las epidemias de cólera en Europa habían aparecido en la prensa desde 1831,<sup>19</sup> y los especialistas médicos, algunos de motu proprio y otros a petición del gobierno, se encontraban dedicados a la investigación sobre las características de este padecimiento,<sup>20</sup> pero el público no les había dado importancia.<sup>21</sup> Las noticias sobre el número de atacados, medidas preventivas, métodos curativos,<sup>22</sup> etcétera,

---

<sup>18</sup> Diario de Gobierno, octubre de 1831.

<sup>19</sup> El Diario de Gobierno (24 de octubre de 1831), publicó una síntesis de la memoria del Dr. Arganil, médico que había viajado por todo el mundo y que residió en el Indostán. Proponía medidas contra el cólera y hablaba de su etiología. "proviene generalmente de la alteración, degeneración o descomposición de los principios elementales que constituyen el fluido atmosférico". Este trabajo había sido publicado en el Mercurio de Nueva York. Este fue uno de los muchos artículos publicados al respecto de esta enfermedad.

<sup>20</sup> Diario de Gobierno, 22, 23 y 24 de octubre de 1831.

<sup>21</sup> De acuerdo a Carlos María Bustamante se pensó que las noticias eran exageradas. (1835: 235. Sin embargo, Lucas Alamán, que era Ministro de Asuntos Exteriores escribió a Gorostiza embajador en Londres para que tomara informes respecto a la enfermedad. En diciembre de 1831 Gorostiza pidió al Dr. Hordas y Balbuena que emitiera un dictamen sobre el particular para el gobierno de México, ya que él estaba ejerciendo en Londres. Hordas y Balbuena, 1832.

<sup>22</sup> El método curativo propuesto por Broussais, médico francés daba algunos de los síntomas de la enfermedad. Se le llamaba cólera porque los enfermos vomitaban mucha bilis. La

proliferaron cuando Nueva Orleans cayó bajo las garras de la enfermedad. Los periódicos reproducían recetas y consejos al público para prevenir la llegada del cólera.<sup>23</sup> la preocupación se centró en el reconocimiento de la enfermedad como contagiosa o no. El Dr. Hordas, residente en Londres, pensaba como muchos otros médicos en Europa, que el cólera no "había sido, ni podía ser contagioso", por lo que los controles sanitarios, las cuarentenas y demás medidas efectuadas en otras enfermedades, eran inútiles en ésta. Una vez que se presentara la enfermedad, proponía, de acuerdo a la Academia Real de Medicina de Paris, que sólo se usaran las medidas de salud pública. Desde 1832, el Dr. Hordas propuso al gobierno mexicano que se instituyera una rígida campaña de limpieza y que se cuidara la asistencia y ayuda a las clases necesitadas.

En 1831, cuando se pidió un reporte al Protomedicato acerca del cólera éste dictaminó que sí era contagiosa, de ahí las medidas preventivas:

1) Ningún buque desembarcaría sin previa inspección de la Junta de Policía y Salud "que al efecto se establecería en cada uno de los puertos". 2) Se exigiría la patente de sanidad , constancia del lugar de procedencia de los pasajeros y de las mercancías,

---

palabra venía del griego cholé, que quiere decir bilis y de la palabra latina morbus, que es enfermedad. AHCM, policia y Salubridad, vol.3676, exp.2, f.7-33.

<sup>23</sup> Algunas de las medidas preventivas recomendaban el uso de perfumes " la correspondencia se perfume lo menos por el espacio de dos horas por medio del cloro ó del ácido nitroso, ó del sulfuroso ó á menos del vinagre". las mercancías también debían ser perfumadas. Diario de Gobierno, octubre de 1831.

buques con los que había entrado en contacto, y puntos donde había anclado. 3) Se designarían lazaretos.<sup>24</sup>

En septiembre de ese año, se envió un comunicado al ayuntamiento con las medidas que debían tomarse para "precaerse del cólera de acuerdo a las observaciones que se han hecho en los lugares donde esta enfermedad se ha presentado". Existen diversos documentos que muestran que desde finales de 1831 el gobierno estaba preocupado por la limpieza de la ciudad como principal medida preventiva contra el cólera. A principios de julio, Andrés Pizarro dirigió una carta a las autoridades del Ayuntamiento con las siguientes observaciones:

eliminar:

los depósitos de inmundicias ya en las atarjeas subterráneas ya en la multitud de muladares formados en el propio centro de la ciudad; y que uno de los preservativos debe ser la extensión de estos últimos pues en el estado actual no solo serán bastantes para que esa terrible epidemia se propague con rapidez en todo el vecindario si por desgracia comienza a obrar aquí sus efectos, sino también para fomentar las que se padecen comunmente con el carácter de endémicas ú originar otras muchas.<sup>25</sup>

Pocos días después las autoridades se quejan de no contar con fondos para efectuar los trabajos de limpieza.

El Ayuntamiento el 5 de octubre, en una sesión de cabildo, acordó formar una Junta de Policía, con el fin de inspeccionar

---

<sup>24</sup> Hordas, 1832: 41-46.

Este documento fue enviado por el Dr. Flebes a Casimiro Liceaga, a Joaquín Guerra y a Lucas Alamán, Secretario de Asuntos Exteriores. Diario de Gobierno, 10 de octubre de 1831. Desafortunadamente los cordones sanitarios fueron eliminados pues prevalecieron las opiniones de los médicos europeos de que la enfermedad no era contagiosa.

<sup>25</sup> AHCM, Policia y Salubridad, vol.3676, exp.2. f.1 y f.2.

que se cumpliera el reglamento de policía, ayudando a los regidores de cada cuartel. La autoridad máxima en materia de salud era la Junta Superior de Sanidad, creada en 1813, precisamente durante la epidemia de fiebres misteriosas. Se trataba de un cuerpo colegiado integrado en su mayoría por miembros médicos de reconocido prestigio.<sup>26</sup>

La Junta de policía, propuesta en esos momentos, estaría formada por un Presidente, un Alcalde, Tres Regidores y un Síndico. Las funciones serían fundamentalmente de vigilancia hacia los contratistas de limpia de calles, albarradas, de transporte de basura, etcétera. El dictamen se aprobó el 8 de enero de 1833.<sup>27</sup>

Se dispusieron varias medidas entre las que resaltan las siguientes: a) En el ramo de aguas: 1) Se acuerda la limpieza de acequias y calles.<sup>28</sup> 2) se trataba de impedir que las aguas de la lluvia subieran más de lo debido a las atarjeas. 3) Que en la parte de la ciudad que no había atarjeas se construyeran norias con el fin de mantener limpios los caños. 4) Se trataría de eliminar las hondonadas de las calles para que pudiera correr el

---

<sup>26</sup> Alvarez Amézquita, 1960: 189.

<sup>27</sup> AHCM, Policía y Salubridad, vol. 3676, exp.2, f 49v y 50.

<sup>28</sup> Había serias dificultades para mantener limpios los canales y desaguaderos, lo que provoca que las autoridades decidan secarlos para "poderles sacar el cieno". Proponen utilizar una máquina de vapor de cuatro caballos de fuerza para lograr hacer el trabajo sin ocupar muchos trabajadores. AHCM, Policía y Salubridad, exp. 1, f.4 y 5.

agua.<sup>29</sup> 5) El Ayuntamiento se encargaría de limpiar los muladares de la ciudad y de las calles. Limpiar los tiraderos pestilentes de materias fecales y formar otros nuevos distantes del centro de la ciudad, de acuerdo a un modelo acordado por las autoridades pero que no se había llevado a efecto. También se redoblaría la vigilancia de policía y aseo y limpieza de la ciudad.<sup>30</sup> b) Con respecto a otros factores las autoridades médicas recomendaban: 1) Evitar las emociones fuertes que producían la ira, el temor y los placeres muy vivos. 2) Purificar el aire en que se habitaba, por medio de la ventilación y colocar en las habitaciones una vasija que contuviera agua mezclada con el cloruro de cal.<sup>31</sup> 3) La casa se debía mantener con aseo, limpiando cuidadosamente las letrinas y los albañales. Se debía echar en ellos agua de cloruro, además de evitar que se acumularan los excrementos de hombres y de animales. 4) Era importante desembarazarse de los animales domésticos inútiles.<sup>32</sup>

Los capitalinos estaban esperanzados en la altura de la ciudad de México como una barrera de protección contra el cólera. No obstante esto, el Cabildo de la ciudad de México decretó

---

<sup>29</sup> Estos son los acuerdos tomados por la Comisión de Aguas, en septiembre de 1832. AHCM, Acta de Cabildo, Policía y Salubridad, vol.3676, exp. 1 y 2.

<sup>30</sup> El documento estaba firmado por José Delmotle, José María Zabris, Estanislao Flores, Andrés Pizarro, Icaza y José Fernando Peredo. AHCM, Policía y Salubridad, vol.3676, exp. 1, f.4v.

<sup>31</sup> "Nota. El cloruro de cal seco en cantidad de una onza se mezcla con un cuartillo de agua y se deshace en ella después se clarifica y resulta el agua de cloruro". AHCM, Policía y Salubridad, Vol. 3676, exp.1, f.4v.

<sup>32</sup> AHCM, policía Salubridad, vol.3676, exp. 1, f 4v.

nuevamente en marzo una larga serie de medidas encaminadas a su prevención, que en lo general eran de salubridad e higiene. Todos los habitantes debían regar y barrer la sección de las calles que les correspondieran, lunes, miercoles y sábados de cada semana. La basura debía tirarse en los carros dedicados a éllo. Las letrinas debían ser vaciadas y limpiadas después de las 10 de la noche.

El 21 de abril las autoridades encabezadas por Gómez Farías, los miembros del gabinete, el gobernador del Distrito Federal, el comité de limpia del Ayuntamiento y la Junta Superior de Sanidad se reunieron para discutir las medidas que se tomarían para prevenir la llegada del cólera. Gómez Farías propuso como primera medida la limpieza de la ciudad y sus suburbios y el establecimiento de hospitales para epidemiados o lazaretos y puntos de vigilancia. Como en otras ocasiones las autoridades sugerían pedir la suscripción voluntaria para crear un fondo que sería utilizado en caso de que la epidemia invadiera la capital. Por último debían reforzarse las leyes que reglamentaban los entierros fuera de las iglesias. Entre los acuerdos tomados en la reunión se decidió que la Junta Superior de Sanidad presentara un reporte confidencial cada semana acerca de los mejores métodos para preservar la salud pública, y el comité de limpieza del Ayuntamiento debía entregar al mismo tiempo un plan que contemplara la campaña de limpieza de la ciudad y los suburbios. Otro acuerdo fue el de construir dos cementerios, uno en el sur y otro en el oeste de la ciudad y seleccionar los sitios para establecer los lazaretos y los puestos de vigilancia. Las

autoridades de la Catedral debían ser informadas para que previnieran a los clérigos acerca de la prohibición de efectuar entierros en los templos y capillas.<sup>33</sup>

Como vemos, las reuniones, los acuerdos, y los decretos proliferaron desde casi dos años antes que la epidemia llegara a la ciudad de México, sin embargo, de acuerdo a los documentos mencionados, al parecer hasta el momento se había hecho muy poco al respecto. Una de las principales limitaciones fueron la carencia de fondos del Ayuntamiento para hacer frente a la contingencia y las dificultades por las que atravesaba el gobierno general para poder ayudar a las autoridades de la capital. Las medidas ordenadas implicaban un cambio en la estructura y organización de los servicios de limpieza urbana que en ese entonces eran francamente deficientes. Más aún, tomando en cuenta los disturbios políticos, difícilmente se pudieron llevar a efecto las tan traídas y llevadas medidas preventivas.

---

<sup>33</sup> Hutchinson, 1958: 8, citado del diario de Carlos María Bustamante. Respecto a los cementerios, Donald Cooper (Op.Cit) en su estudio sobre las epidemias en la ciudad de México, dedica un apartado al tema de la insalubridad ocasionada por los cementerios. Una de las preocupaciones que se dejan sentir desde el siglo XVIII, es la relativa al traslado de los cementerios fuera de la ciudad. En el AGN, en el ramo de Ayuntamiento existen varios expedientes sobre el particular, en especial las Cédulas reales de 3 de abril de 1787 y 27 de marzo de 1789, donde se piden informes sobre la necesidad de construir cementerios fuera de los poblados. AGN, Ayuntamiento, T.2, exp.10, f.113. Las costumbres funerarias coloniales, impuestas por los europeos, establecían que los entierros se efectuaran en el interior de los templos o en los atrios de las iglesias. Se usaban también los cementerios de los hospitales y de los conventos. Márquez, 1984. Estas prácticas no se contrapusieron con las de la población indígena, pues ésta, desde tiempos prehispánicos, acostumbraba enterrar a sus muertos bajo el piso de sus casas o en el interior de sus templos. Márquez, y otros 1982.

La situación no era sencilla, a pesar de que en 1833 había varios médicos como gobernantes, Gómez Farías como vicepresidente, Francisco García como gobernador de Zacatecas, el Dr. Pedro Tames, gobernador de Jalisco., Lorenzo de Zavala gobernador del Estado de México. Todos ellos estaban encargados de tomar medidas para prevenir el ataque de la epidemia y por otro lado de preparar la defensa del gobierno contra los rebeldes, e incluso uno de ellos, Zavala, ayudó atendiendo en persona a los enfermos, mientras Tames se encargaba de reclutar hombres para la lucha armada; levantaría una división de diez mil soldados, que le sería enviada al general Santa Ana.

La epidemia de cólera en 1833 marca un parte aguas en los aspectos de salud pública al haber llamado la atención de las autoridades y de los individuos, hacía la pobreza, la falta de higiene, la insalubridad, el mal estado de los servicios urbanos, y la carencia de médicos para atender a la población de escasos recursos como causa directa de algunas enfermedades infecciosas. A partir de la pandemia que asoló a Europa y América, puede decirse, que se inició un movimiento que daría origen a los futuros planteamiento de salud pública.

3.- ; Ahora si es en serio!. La llegada del cólera a la ciudad de México.

Referir un suceso desgraciado, es ocupación harto penosa; pero referir muchos de diferentes clases, y reunidos, es cosa verdaderamente insoportable.

Carlos María Bustamante (1835: 1).

El terrible cólera recorría las ciudades de la república y mientras tanto la situación política se volvía cada día más álgida, para el 24 de mayo el general Escalada se había levantado con un pronunciamiento cuyo lema era "Religión y Fueros". A su vez en Jalisco el Gobierno Estatal y el Cabildo Municipal se había pronunciado en contra de Escalada.<sup>34</sup>

El 18 de junio el Comité de Sanidad nombrado por el Ayuntamiento inició su reporte con lamentaciones acerca del "triste abandono" que se observaba en la campaña de limpieza de la ciudad. El Comité hacía un nuevo llamado para que se llevaran a efecto las medidas expedidas en marzo. Sugería la contratación de inspectores por cada manzana, los cuales debían vigilar la limpieza de calles y casas, incluso de los interiores, así como de tiendas y pulperías de alimentos, a los que debía autorizarse a aplicar multas en el caso de infracciones. Cada guardia de la ciudad contaría con dos centros principales de ayuda completamente amueblados y equipados con todo lo necesario en los

---

<sup>34</sup> Colección de Leyes y decretos, T.vi,: 101. Esta rebelión entorpeció la organización preventiva de limpieza que se trataba de llevar a cabo en algunas ciudades como Aguascalientes, Fresnillo y Zacatecas y la canalización de recursos para ayudar a los pobres. Hutchinson, Op.Cit.: 19-20.

que habría dos médicos con cuatro asistentes y dos sirvientes, pagados con los fondos públicos. Los pacientes, después de ser revisados y recibir la prescripción, serían enviados al boticario que designara el miembro del Consejo, para obtener los medicamentos gratis ( ver bando del 20 de junio de 1833).<sup>35</sup>

El 3 de agosto el vicepresidente Gómez Farías emitió un decreto facultando al gobierno "para que haga todos los gastos necesarios, y para que tome cuantas providencias juzgue convenientes á fin de evitar cuanto sea posible los funestos estragos del Cholera morbo" (ver decreto anexo).<sup>36</sup>

Finalmente el 6 de agosto el cólera arribó a la ciudad. Bustamante relata:

...comenzó a presentarse este en toda su deformidad. El profesor Acevedo dió el primer parte al Alcalde Garay, de haber fallecido en el corto espacio de tres horas una muger en la calle de Santa Teresa.<sup>37</sup>

Para esas fechas Gómez Farías tenía consigo el reporte del Comité de Sanidad, al igual que los informes médicos que había solicitado. Con este material a la mano y otras sugerencias, hechas por él mismo, se emitió un reglamento el 8 de agosto, que ya no sería más de tipo preventivo, sino de auxilio, pues ya era demasiado tarde, un día antes habían caído las primeras víctimas del temido mal. Como no se contaba con fondos, el comisionado para la vigilancia debía cumplir el encargo sin pago alguno y en

---

<sup>35</sup> AHCM, Policía y Salubridad, Cholera morbus junio 18 de 1833.

<sup>36</sup> AHCM, vol.3676, exp. 4, f.2.

<sup>37</sup> Bustamante, 1835: 3.

# IGNACIO MARTINEZ,

General de brigada, y Gobernador del Distrito federal.

Por la Secretaría de Relaciones se me ha comunicado el siguiente decreto.

„El Exmo. Sr. Vice-Presidente de los Estados Unidos Mexicanos se ha servido dirigirme el decreto que sigue.

„El Vice-Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio del Supremo Poder Ejecutivo, á los habitantes de la República, sabed: que el Congreso general ha decretado lo siguiente.

1º „Se faculta al Gobierno para que haga todos los gastos necesarios, y para que tome cuantas providencias juzgue convenientes á fin de evitar cuanto sea posible los funestos estragos del *Cholera morbo*.

2º El Gobierno formará una comision de tres profesores médicos para que vayan á observar en los puntos de la República donde se halle el *Cholera morbo*, el estado, los progresos y declinacion de tan funesta enfermedad. = Manuel R. Veramendi, presidente de la Cámara de Diputados. = Juan Wenceslao Barquera, presidente del Senado. = Andrés Maria Romero, diputado secretario. = Antonio Pacheco Leal, senador secretario ”

Por tanto, mando se imprima, publique, circule y se le dé el debido cumplimiento. Palacio del Gobierno federal en México á 3 de Agosto de 1833. = Valentin Gomez Farias. = A D. Carlos García.”

Y lo comunico á V. S. para su inteligencia y fines consiguientes.

Dios y libertad. México 3 de Agosto de 1833. = García. = Sr. Gobernador del Distrito federal.”

Y para que llegue á noticia de todos, mando se publique por bando en esta capital y en la comprension del Distrito, fijándose en los parages acostumbrados, y circulándose á quienes toque cuidar de su observancia. Dado en México á 6 de Agosto de 1833.

los centros de ayuda se atendería a los enfermos con asistencia médica, medicinas y alimentos. A su vez los médicos se distribuirían en la ciudad y prestarían sus servicios a los pobres, también de forma gratuita. Se designarían seis puestos de socorro o lazaretos para los pobres y los extranjeros que no tuvieran donde ir.

Se dispusieron departamentos especiales para coléricos en el Hospital de Jesús y en el de Terceros, en Belem, en la Santísima, en las Recogidas y en Santiago.<sup>38</sup>

Tan pronto como la autoridades tuvieran conocimiento de la llegada del cólera se prohibiría la venta de vegetales y frutas así como su entrada y distribución.

Gómez Farías estaba preocupado por las consecuencias que pudiera tener la epidemia en la ciudad, de tal manera que había pedido a varios médicos hicieran investigaciones y redactaran diferentes tipos de reportes sobre el cólera, con lo que propicio toda un espectro de estudios en el campo de la medicina, la química y la física.<sup>39</sup> Al Dr. Pedro del Villar le solicitó que

---

<sup>38</sup> Romero Flores, 1978:575.

<sup>39</sup> Encontré diferentes panfletos sobre el cólera, escritos en su mayoría por médicos, entre los que se encuentran los siguientes: "Consejos al pueblo mexicano sobre los medios mas sencillos y fáciles de precaver y curar el cholera morbus epidemico..." del Dr. Pedro del Villar. "Refutación a las reflexiones médicas de D. Mariano Dávila y Arrillaga...." del Dr. Rafael Gutierrez Martinez. "Metodo preservativo que debe observarse durante la epidemia de Chólera Morbus..." , formado por la Escuela de Medicina de México, y mandado imprimir por el Exmo. Ayuntamiento. "Esposicion hecha por D. Juan Nepomuceno Bolaños sobre la epidemia del cólera morbus...". "Carta del Dr. Halphen de Nueva Orleans al exmo. Sr. presidente sobre el cholera morbus...". "Dictamen sobre la Cholera Morbus por el Dr. Hordas...". "Nueva Doctrina sobre el Cholera, ó sea los fenómenos del cólera asiático estudiados... por Isidro Olvera. "Lecciones sobre la enfermedad colera-morbus [...] por el Dr. Broussais.

escribiera un panfleto sobre el cólera en un lenguaje sencillo que pudiera ser entendido por la gente pobre.<sup>40</sup> No contento con esto, solicitó otro panfleto al Dr Manuel de Jesús Febles, uno de los médicos más distinguidos. Además se hizo un llamado general a los médicos para que escribieran al respecto. Con el fin de encontrar la etiología de la enfermedad, encomendó a un prestigiado profesor de química del Colegio de Minería, el Dr. José Manuel de Herrera, y al Dr. Manuel Tejada, profesor de Física que investigaran la composición del agua de la ciudad de México, pues los síntomas se parecían a los provocados por el envenenamiento por ácido hidrosulfúrico. En el estudio del agua en sus manantiales: El Desierto, Santa Fé y Chapultepec, no se encontró nada extraño en su composición, pero el análisis del agua de la ciudad reveló cantidades suficientes, de ácido hidrosulfúrico, para causar envenenamiento.<sup>41</sup> A pesar de que el ácido hidrosulfúrico no era la causa que provocaba la enfermedad colérica, la necesidad de encontrar el agente etiológico, sirvió por las medidas que se tomaron al respecto. El público fue avisado de la conveniencia de hervir el agua, antes de beberla, con lo cual ahora sabemos que se destruye el vibrión causante del cólera, que por lo común se encuentra en el agua como medio transmisor. El Dr. Leopoldo Río de la Loza se encargó del análisis del aire, con la esperanza de encontrar algún indicador

---

"Método claro y sencillo para la precaución y curación de la epidemia del cólera morbus [...por] C. Pedro Escobedo.

<sup>40</sup> Villar, 1833.

<sup>41</sup> Hutchinson, Op.Cit.; 157.

sobre la enfermedad, pero sin ningún resultado.<sup>42</sup>

Mientras los estudiosos se encontraban enfrascados en sus investigaciones y redactaban sus reportes, la epidemia se extendía por toda la ciudad, a pesar de los deseos de Gómez Farías.<sup>43</sup> El 8 de agosto, de acuerdo a Bustamante, una vendedora de frutas y legumbres, y un niño, murieron en plena plaza, ante los ojos aterrorizados de los vecinos. Después de esta fecha los relatos macabros se multiplican, gente llevada a sepultar pensándose que había muerto sin que esto fuera realidad. Cuerpos inertes dejados en el cementerio para ser enterrados en fosas comunes, que de repente se ponían de pie. Cadáveres tirados en las calles.<sup>44</sup> Desde el 14 de agosto los médicos fueron conminados por el gobernador del Distrito Federal a usar una banda amarilla para que el público los reconociera y pudiera

---

42 Al parecer las clases bajas se percataron de la asociación de la enfermedad y el agua, aunque sus juicios respecto al verdadero origen estuvieran equivocados. En algunas partes del país como Campeche, Izucar en Puebla y Cuautla en Morelos, se popularizó la idea procedente de la gente común de que los "blancos" los estaban envenenando, a través del agua de las fuentes, pues en algunos sitios sólo la población indígena enfermaba. No fue una idea exclusiva de ellos, pues en Francia en 1832 "the poor classes of Paris, finding that cholera seemed to single them out for its worst attacks, began to think that their food was being poisoned, and violent attacked those who, they suppose, were responsible". Hutchinson, *Op.Cit.*: 159. Alusiones a situaciones similares abundan en los trabajos de Biraben (1976) y de Lebrun, (1971).

<sup>43</sup> Carlos María Bustamante se muestra cruel con Gómez Farías acusándolo de negligencia. Incluso menciona la muerte de una hija del vicepresidente a causa de la epidemia. Bustamante, 1835: 6.

<sup>44</sup> Bustamante, *Op.Cit.*: 9.

solicitar sus servicios en caso necesario.<sup>45</sup> También se recurrió a la Iglesia para que proporcionara ayuda. los eclesiásticos debían portar una "E" blanca en un lugar visible de la puerta de sus casas. Las viviendas donde hubiera alguna víctima del mal debían distinguirse por la colocación de una pieza de tela blanca sobre la puerta o sobre el balcón.<sup>46</sup> Una vez que la población cumplió la orden, "vimos que México era un Hospital".<sup>47</sup> Es evidente que el número de facultativos fue totalmente insuficiente en esa situación. Para el día 16 la epidemia ya se encontraba en pleno furor lo que se atribuyó "a los excesos de comida y bebida que se cometieron en la función de Santa María la Redonda", Bustamante afirmaba que:

el día 17 se enterraron, según los partes dados al Gobierno, un mil doscientos diez y nueve cadáveres, que es el mayor número de aquella temporada. Ignórase cuántos se enterrarían ocultamente en las Iglesias, ó acaso en las mismas casas.<sup>48</sup>

Estas ideas se encontraban en relación al dictamen del Dr. Febles, que atribuyó la enfermedad al miedo, la embriaguez, intercambio sexual excesivo y a toda clase de excesos, incluido el del comer.

En otros lugares como Guadalajara todo era rezos y procesiones. En la misma ciudad de México, las reacciones de los grupos sociales fueron diferentes. La fiesta de Santa María La

---

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> AHCM, vol.3676, exp.4, f.6.

<sup>47</sup> Bustamante, Op.Cit.: 9.

<sup>48</sup> Ibid.: 10.

Redonda era una fiesta popular, se efectuó con todo su vigor. En cambio, las clases acomodadas de México, si podían, abandonaban la ciudad ante el temor al contagio, no solo de esta enfermedad, sino de otras que se presentaron en distintas ocasiones.<sup>49</sup> Los que se quedaron iban de su casa a los templos, a suplicar por la clemencia divina.<sup>50</sup> Las procesiones con distintos santos se iniciaron cuando ya la epidemia iba declinando. San Roque fue declarado guardián especial contra el cólera. Los dominicos invitaron a una procesión con el Santo Cristo del Noviciado. Pero la movilización más grande se llevó a efecto el día 25 de agosto, con la procesión de Nuestra Señora de Los Remedios.<sup>51</sup>

Para el 27 de ese mes se reportaron más víctimas. El lapso crucial de la epidemia duró alrededor de cinco semanas. De acuerdo a los datos del Ayuntamiento,<sup>52</sup> del inicio de la epidemia en los primeros días de agosto, al 31 del mismo mes se registraron 5822 (ver gráfica 14). Pilar Velasco calculó 6,165 muertes debidas al cólera en la ciudad e México en ese año.<sup>53</sup> En otras ciudades como Guadalajara, el apogeo del cólera permaneció casi el mismo tiempo -dos meses- y murieron 3,275 personas, lo

---

<sup>49</sup> Este es un dato importante que es tomado en cuenta en el análisis de la morbilidad en las epidemias de 1813 y 1833. La migración, tanto la emigración como la inmigración, es un aspecto que influye en la estimación de la morbilidad y letalidad.

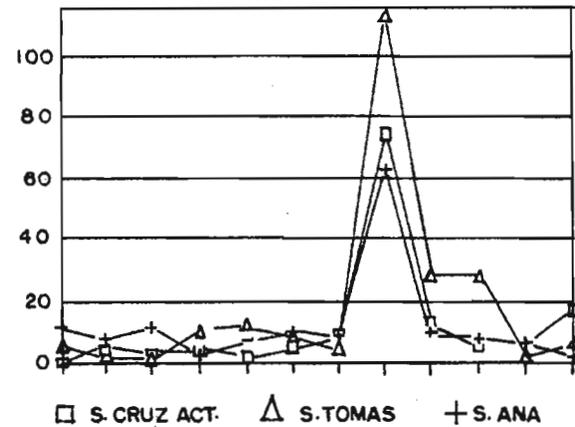
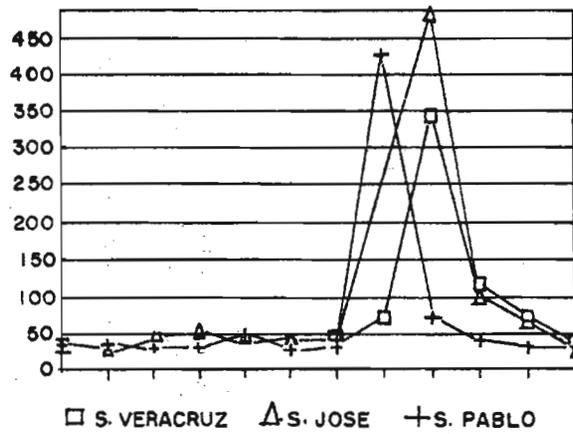
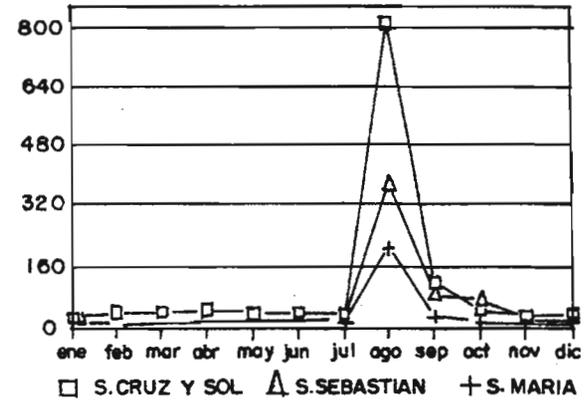
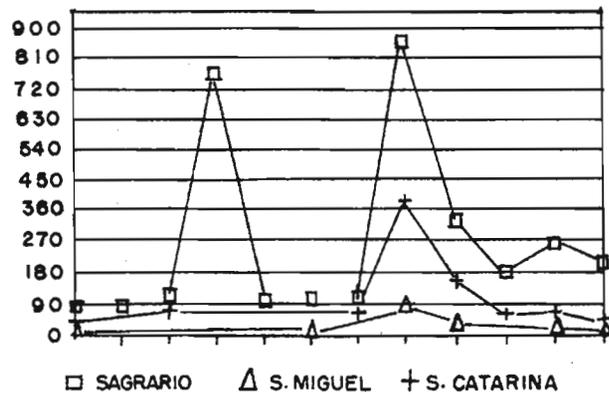
<sup>50</sup> Bustamante, Diario, 18 de agosto de 1833, en Hutchinson, Op.Cit.; 157. Bustamante, 1835: 11.

<sup>51</sup> Bustamante, Op.Cit.: 11 y 12.

<sup>52</sup> AHCM, vol. 3676, exp. 9 f.140. del 1 de septiembre de 1833.

<sup>53</sup> Velasco Muñoz Ledo, 1984: 235.

GRÁFICA 14  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1833  
 COLERA - DURACION DE LA EPIDEMIA.



Fuente: Maldonado 1976.

que representó un poco más del 10% de la población. La epidemia se prolongó otros dos meses más.<sup>54</sup>

En la capital a partir de que se declararon los primeros casos, las muertes aumentaban cada día a pesar de las medidas de las autoridades. El Consejo Superior de Salubridad impulsó la atención y vigilancia y acordó socorrer con prontitud a las víctimas. Instalaron lazaretos y hospitales por diversos rumbos. Las Hermanas de la Caridad prestaron ayuda en varios hospitales. Se establecieron depósitos especiales para los cadáveres.

En cuanto a la distribución de mercancías, entre ellas alimentos, se prohibió su introducción y venta. Se suspendió la actividad de algunos establecimientos como almidonerías, curtidurías y tocinerías. Con lo cual aumentó la carestía, se produjo inflación y hubo mayor subempleo.

La organización urbana también sufrió modificaciones a causa de éstas medidas. A partir de la epidemia de cólera de 1833 comienzan a implementarse medidas sanitarias (introducción de drenaje, alcantarillado y agua potable) de manera diferencial (en aquellos barrios en los que los habitantes cuentan con medios económicos suficientes para subsidiarlas), que dan por resultado una diferenciación social más clara y más marcada en la ciudad: se hacen evidentes, las disparidades económicas entre los

---

<sup>54</sup> Ambas cifras están subregistradas, pues sabemos que en tiempos de epidemia mucha gente es enterrada en fosas comunes, sin registro. En Guadalajara entre el 8 y 20 de agosto se enterraron alrededor de 150 personas diarias. Oliver, Op.Cit: 31-32, 51, 66. Bustamante, como ya vimos, mencionó para el día 17 de agosto, 1219 entierros en un día.

barrios, y se manifiesta una mortalidad diferencial <sup>55</sup>

#### 4.- Ambiente político.

1833 fue un año de turbulencia en todo el país. Se combinaron la guerra civil, las diferencias políticas a causa del intento reformista, y el horror a la epidemia con su secuela de muertos. Ambos aspectos deben haberse influido y condicionado. Por una parte las pugnas políticas dejaron de tener la primacía ante la posible muerte por contagio de la enfermedad,<sup>56</sup> a su vez la organización y canalización de recursos para prevenir y socorrer a los afectados se vio mermada ante los disturbios.

Las imágenes que nos brindan los contemporáneos están llenas de miedo y angustia. Guillermo Prieto, en una descripción ya famosa, nos muestra un espectáculo desolador:

Lo que dejó imborrable impresión en mi espíritu fue la terrible invasión del cólera en aquel año. Las calles silenciosas y desiertas en que resonaban a distancia los pasos precipitados de alguno que corría en pos de auxilios; las banderolas amarillas, negras y blancas que servían de aviso de la enfermedad, de médicos, sacerdotes y casas de caridad; las boticas apretadas de gente; los templos con puertas abiertas de par en par con mil luces en los altares, la gente arrodillada con los brazos en cruz derramando lágrimas...A gran distancia el chirrido lúgubre de carros que atravesaban llenos de cadáveres [...]. Aun recuerdo haber penetrado en una casa, por el entonces barrio de la Lagunilla, que tendría como treinta cuartos, todos vacíos, con las puertas que cerraba y abría el

---

<sup>55</sup> Velasco, 1984: 117, 118 y 318.

<sup>56</sup> El armamento que venía de Tampico no podía ser trasladado a causa de la muerte de muchos de los arrieros. Una división del ejército del Estado de Zacatecas, en ruta a Querétaro donde ayudaría al general Santa Ana cayó presa del cólera. Hutchinson, Op.Cit.: 16, 19.

viento, abandonados muebles y trastos... espantosa soledad y silencio como si se hubiese encomendado su custodia al terror de la muerte.<sup>57</sup>

En los primeros meses fueron electos Antonio López de Santa Ana y Valentín Gómez Farías como presidente y vicepresidente respectivamente, para el periodo que se iniciaría en abril.<sup>58</sup> La vicepresidencia fue ocupada por Don Valentín Gómez Farías en ausencia de Santa Ana que se retiró a su hacienda de "Manga de Clavo". Carlos María Bustamante utilizó su relato sobre el cholera morbus en México como arma política en contra del gobierno.<sup>59</sup> Como ya mencionamos, Gómez Farías era médico, la epidemia le preocupaba, sin embargo, estaba dedicado a la política y a las reformas sociales que trataban de imponer él y su grupo.<sup>60</sup> El 13 de abril el ministro de Justicia y Negocios Eclesiásticos, Ramos Arizpe presentó un reporte al Congreso recomendando la secularización de las misiones franciscanas de California. Tres días después, se turnó una orden para el reclutamiento de 3 batallones de infantería y una brigada de artillería para la milicia cívica del Distrito Federal. El ejército sintió su creación como la de una fuerza rival, con la cual se le podría oponer. Hasta la primera quincena de mayo el

---

<sup>57</sup> Prieto, 1985: 41.

<sup>58</sup> Vázquez, 1987: 19.

<sup>59</sup> Bustamante, Op.Cit.

<sup>60</sup> Hutchinson, Op.Cit.: 2. El interés de este autor fue describir el curso geográfico y cronológico de la epidemia de cólera, el impacto que tuvo en la sociedad mexicana de ese momento, y considerar las reacciones de los contemporáneos a ella.

gobierno tan solo había publicado algunos decretos disciplinarios del ejército, sin embargo el 26 de mayo el general Escalada se levantó con un pronunciamiento que declaraba la defensa de la religión y los fueros del clero y el ejército, se oponía al gobierno de Michoacán y pedía que se respetaran las garantías individuales y las opiniones políticas. Además declaraba a Santa Ana como protector del movimiento. El levantamiento encontró poco eco y fue controlado para fines de junio.<sup>61</sup> Además hubo varios conatos de pronunciamiento, en este caso a manos del general Gabriel Durán. En cambio el levantamiento que cristalizó fue el del general Mariano Arista, que apoyaba a la religión y a los fueros. El movimiento se extendió por varios estados como Puebla, México, Veracruz, Michoacán y Oaxaca. La campaña contra los pronunciados fue apoyada por las milicias y duró con intensidad hasta noviembre. El 8 de octubre Santa Ana logró vencer a Arista en Guanajuato y el 5 de noviembre se firmó un convenio con Durán. En los últimos meses de 1833 el Congreso discutió las reformas a la educación y la Iglesia, y al ejército. Gómez Farías trató de moderar las actitudes radicales de los congresistas y de las legislaturas, pero no siempre lo logró.<sup>62</sup> Todas estas medidas habían exacerbado los ánimos de sus adversarios, que encontraron un elemento de ataque en la epidemia que se cernía sobre el país

---

<sup>61</sup> Vázquez, Op.Cit.: 20.

<sup>62</sup> Ibid.

en ese año.<sup>63</sup> El clero capitalizó el ataque del cólera y lo utilizó contra el gobierno de Farías.<sup>64</sup>

Las condiciones de inestabilidad política y el estallido de la guerra civil, ocurrido al mismo tiempo que el cólera tocaba tierra mexicana en Tampico, influyeron en cuanto a las medidas preventivas que se pudieron haber tomado para evitar su llegada. Las intenciones de Gómez Farías respecto a la epidemia quedaban eclipsadas en su mente ante la necesidad de mantenerse en el poder. Las propuestas de la Junta de Sanidad quedaban archivadas, las peticiones de recursos eran negadas a falta de medios para ese fin.

La epidemia de 1831 y 1832 en Europa y en Estados Unidos ejerció una influencia importante para el inicio del movimiento de salud pública y al parecer algo similar ocurrió en México.<sup>65</sup> Algunos médicos trataban de despertar la conciencia de las autoridades con respecto a las reformas necesarias en materia de limpieza y servicios urbanos ya que éstas repercutían en la

---

<sup>63</sup> Carlos María Bustamante acusa a Gómez Farías de ser un demagogo. El 11 de mayo aparece un panfleto de la oposición con otras acusaciones: se planea destruir al ejército regular, aniquilar al clero regular y secular, introducir al país a sectas, religiones y creencias, despojar a los individuos de sus empleos y su propiedades, etcétera. El Mono, 11 mayo de 1833, citado en Hutchinson, Op.Cit.: 8 y 9. Santa Ana se ve precisado a regresar de su hacienda en Jalapa para tratar de calmar los ánimos de sus adversarios, sin embargo ya era demasiado tarde, pues el 26 de mayo el coronel Ignacio Escalada inició una revuelta en Morelia.

<sup>64</sup> Pastoral que el Sr, Dr. D. Francisco Pablo Vásquez obispo de Puebla de los Angeles dirige a sus diocesanos con motivo de la peste que amenaza (Puebla 1833).

<sup>65</sup> Hutchinson, Op.Cit.:18.

salud de la población.<sup>66</sup> Además, el ascenso al poder de gentes como Francisco García, gobernador de Zacatecas y Valentín Gómez Farías, vicepresidente, llenos de ideas nuevas, tal vez hubieran permitido hacer frente a la epidemia con mejores armas, sin embargo su situación política era tan difícil que sus medidas sanitarias quedaron en el aire.<sup>67</sup> No solo esto, sino que las repercusiones de la epidemia sobre el gobierno y sus reformas fueron tremendas, al grado de que algunos autores como Hutchinson (1958) piensan que la epidemia ayudó a crear un ambiente adverso al gobierno de Farías, y ésta fue utilizada en su contra por sus oponentes y por la Iglesia.

---

<sup>66</sup> Ibid.: 18.

<sup>67</sup> Francisco García mandó al dr. Sebastián Delgado a la ciudad de San Luis, para que observara las características de la epidemia, que por esos días estaba extinguiéndose en esa ciudad, con el fin de concretar las medidas preventivas necesarias en su Estado.

5.- La población de la capital en 1833 y su mortalidad.

5.1.- Mortalidad por sexo y edad.

A Pilar Velasco debemos un estudio demográfico detallado de la población de la ciudad en 1833 y de la mortalidad a causa del cólera.<sup>68</sup> La mortalidad por grupo de edad y sexo, permite ver cuales son las edades de mayor riesgo de muerte durante la epidemia de cólera. Conocer la distribución por edades de la mortalidad, permite analizar cuales fueron las consecuencias de la epidemia en la población, tanto en la composición demográfica a corto plazo, como en el nivel social y económico.<sup>69</sup>

La población estimada en la ciudad de México para 1832 fue de 129,872, de los cuales 63,509 eran mujeres y 66,363 hombres.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> Se trata de un trabajo demográfico minucioso. Dado que se trata de una investigación demográfica, el estudio abunda en las técnicas y métodos de esta disciplina. La autora elaboró estimaciones y cálculos de la población y de su movimiento y analizó las defunciones ocurridas en 1833 en cada parroquia y su distribución por edades y sexos, lo que representa una labor dilatada y difícil, ya que es necesario consultar cada una de las actas de defunción de las catorce parroquias de la ciudad. Estos datos pueden consultarse en ese estudio y haremos referencia a algunas de las conclusiones relevantes. Velasco, 1984.

<sup>69</sup> Para conocer la distribución de la mortalidad por grupo de edad y sexo, recordemos que es necesario contar con el número de muertos por edad y sexo y la estructura por edades de la población de la ciudad de México. Al relacionar ambas se podrían conocer las tasas de mortalidad por grupos. Como no se cuenta con un padrón para 1833 Velasco, Op.Cit. estimó la estructura de la población por sexos y edades, y de ahí derivó los datos de la mortalidad.

<sup>70</sup> Se empleó la estructura por edades obtenida para 1832 (suponiendo a nivel teórico, que se trata de una población estable) y se establecieron los montos de población para cada grupo de edades. Estos datos se utilizaron para estimar el nivel de la mortalidad "normal" en la ciudad de México. Op.Cit.,: 118. Sin embargo, al revisar la pirámide por edades y sexos

La distribución de las defunciones por edad y sexo registradas en las parroquias de la ciudad en ese año que se consideró de una "mortalidad normal", o en el que no se registró ninguna epidemia evidente, fue de 3,700 decesos: el 50% fue de hombres y el 49.7% de mujeres. El mayor porcentaje de muertes, como era de esperarse, en años de mortalidad "normal", ocurrió entre los infantes. El 48.0% de los entierros totales fueron de niños que aún no cumplían cinco años de edad.

Pilar Velasco presenta en su tesis la tabla de vida para la población en 1832 con el cálculo de la esperanza de vida al nacimiento, para toda la ciudad que alcanzaba 34.69 años. Eligió como fuente de sus datos los registros parroquiales de Santa Cruz y Soledad, parroquia de indios y de San José, española, pero de la parte de los suburbios. A partir de los resultados obtenidos de estas dos parroquias elaboró las tablas, sin embargo las diferencias en cuanto a condiciones de vida respecto a las demás parroquias eran muy marcadas y sería prudente contar con los datos particulares de cada parroquia antes de emitir conclusiones. Por ejemplo para 1850 se cuenta con datos de la edad promedio a la muerte, que aunque es un indicador diferente

---

encontramos una distribución diferente de la obtenida para 1811, donde predominaba la población adulta joven en especial la femenina. Lo mismo sucedía en Guadalajara, donde los datos de 1821-1822 indican que había una mayoría de población joven, con un número considerable de adultos sobre todo en los grupos de 30-34 años y de 40-44 años. Revisando el padrón de 1824 vemos que predomina la población joven y adulta. Las condiciones sociodemográficas de la población de la capital al parecer no cambiaron gran cosa por lo que me parece que la distribución no es real, sino que está determinada por las técnicas demográficas empleadas por la autora.

muestra grandes variaciones de acuerdo a cada parroquia. En Santa Veracruz, San Miguel, San Pablo, San José y Sagrario va de los 31 a 25 años, en las parroquias de San Sebastián, Santa Cruz y Soledad, Santa Cruz Acatlán va de los 16 a los 12 años.<sup>71</sup>

La situación cambio al año siguiente, durante la epidemia de cólera. La población en 1833 era de 129,248.<sup>72</sup> Durante ese año se registraron 9,445 entierros en toda la ciudad,<sup>73</sup> lo que indica que éstos se triplicaron con respecto al año anterior.<sup>74</sup> El 44.5% de las defunciones correspondieron a hombres y el resto a las mujeres. La mortalidad infantil fue 28.3%. Entre los hombres la mortalidad adulta más alta se presentó entre los 30 a 34 años de edad (10.1%) y entre los 40 a 44 años fue de 7.8%. Para las mujeres estos mismos grupos presentan una mortalidad elevada, pero ligeramente más alta que la de los varones, en especial para el último grupo de edad.<sup>75</sup>

---

<sup>71</sup> Gayón Córdova, 1988: 16.

<sup>72</sup> La autora utilizó el método "spline" para hacer las estimaciones de la población para el año de 1833. Derivó la estructura demográfica de la ciudad de México para 1832 y tomó como base los datos relativos al total de nacimientos registrados y la estructura por edad y sexo de las defunciones. Para mayor información sobre las técnicas demográficas utilizadas por ella, consúltese Velasco, Op.Cit.: 116-118.

<sup>73</sup> Cifra obtenida por Ibid.: 176. La cifra de los datos de Celia Maldonado difiere ligeramente, siendo de 9607. Cuadro de defunciones en el periodo 1800-1850.

<sup>74</sup> Ver crisis de mortalidad en 1833, en el capítulo I.

<sup>75</sup> En investigaciones antropofísicas se ha notado esta diferencia en la mortalidad entre hombres y mujeres. Siendo más baja para las segundas en los primeros años de vida y el fenómeno se invierte en la edad adulta, en particular en poblaciones rurales. El proceso se ha explicado en términos de ventajas culturales para los varones: mejor alimentación y cuidado en

## 6.- Etiología del cólera.

El cólera es una enfermedad infecciosa aguda, cuyas manifestaciones clínicas varían en severidad, de una epidemia a otra lo mismo que de persona a persona. En su forma más grave los síntomas consisten en una fuerte diarrea, vómitos, deshidratación rápida que motiva un desequilibrio hidroelectrolítico y posteriormente la muerte, tan solo 24 horas después de su aparición. Los casos benignos suelen consistir en episodios de diarrea de curación espontánea.

### 6.1.- Agente etiológico.

Es un bacilo curvado llamado vibrio cholerae, el cual sobrevive por periodos de 7 días fuera del organismo especialmente en ambientes húmedos y templados. En el agua sobrevive unas cuantas horas y por semanas si ésta se encuentra contaminada con materia orgánica.

El vibrión es susceptible a la desecación, la ebullición, al cloro y otros desinfectantes y a algunos antibióticos.

La fuente de infección y el reservorio lo constituyen las heces y los vómitos de enfermos y contactos portadores. El hombre es el único reservorio natural que se conoce. La manera de transmisión sigue un ciclo hombre- medio- hombre. El vibrión entra por la vía digestiva, con un periodo de incubación de 48

horas después del contacto.<sup>76</sup>

El periodo de transmisibilidad es variable, por lo general la víctima excreta vibriones durante pocos días, muy rara vez permanece durante periodos muy prolongados, aunque se han dado casos en los cuales duró por meses.<sup>77</sup>

#### 7.- Mortalidad por cólera en las parroquias.

la desigualdad social ante la muerte es un rasgo que distingue a cada sociedad de clase, es la resultante de muchas influencias acumuladas, las manifestaciones de los privilegios y de la indigencia de los estamentos, la mayor de las injusticias sociales.

Witold Kula.<sup>78</sup>

La parroquias, en su mayoría, llevaban anotaciones de la edad al momento del deceso, así como la de la causa del fallecimiento.<sup>79</sup> Gracias a lo cual sabemos que el 65.3% de las defunciones generales registradas en la capital fueron causadas por el cólera. Los grupos más afectados correspondieron a adultos entre

---

<sup>76</sup> Es interesante mencionar que las bases para estos conocimientos se dieron desde mediados del siglo XIX, con los datos que aportó Snow para Londres.

<sup>77</sup> Oliver, Op.Cit.: 197-198.

<sup>78</sup> Kula, 1977: 370.

<sup>79</sup> En las parroquias de Santa Catarina y en la de Santa Veracruz no hay estadísticas sobre las causas de muerte para ese año. Al parecer en la parroquia del Sagrario esto no ocurrió así. Al final del año el párroco anotó un total de 1,522 personas muertas a causa del cólera; 445 hombres y 1077 mujeres. Velasco, Op.Cit.: 211.

los 30-34 años y 40-44 años, en especial las mujeres.<sup>80</sup>

La mortalidad infantil fue de 7.1% , y de los dos a los cinco años, de 24.9%.<sup>81</sup>

Al comparar los resultados de la mortalidad en 1832 con la de 1833 se encontró que:

en 1832 las probabilidades de morir son más elevadas que en 1833, cuando en este último año se eliminan las defunciones producidas por el cólera [...al parecer] muchas de las defunciones cuya causa declarada fue el cólera, en realidad fueron provocadas por alguna otra. Así, algunos de los decesos que en épocas normales hubieran sido clasificados bajo rubros tales como "estómago", "diarrea", "infección intestinal", "vómitos", etc., al darse en etapa de epidemia, fueron clasificadas como si hubieran sido provocadas por el cólera.<sup>82</sup>

La probabilidad de fallecer en 1832 es mayor para los hombres; mientras que en 1833 sucede lo contrario. En Guadalajara en 1833 tomando en cuenta cifras absolutas (total de enfermos hombres y mujeres), encontramos lo mismo: que la mortalidad afectó mucho más a las mujeres que a los hombres. Sin embargo, en cuanto a porcentajes, éste es ligeramente mayor para los

---

<sup>80</sup> Estos porcentajes debieron estar relacionados con la "verdadera" distribución por edades de la población ya que sabemos, de acuerdo a la distribución del padrón de 1811, que estos grupos de edad eran mayores.

<sup>81</sup> Ibid.: 234. Esta autora trató de ver el peso que la epidemia de cólera tuvo en el nivel de la mortalidad general y cual hubiera sido la tendencia del fenómeno demográfico de no haberse presentado ésta. Utilizó la tabla de mortalidad, en especial la probabilidad de fallecer por causas o grupos de causas y los efectos sobre la esperanza de vida, al eliminar cualquier causa o grupos de causas. En el caso de los hombres la mayor probabilidad de fallecer fue por el cólera. En el caso de las mujeres sucedió lo mismo a excepción de los dos primeros grupos de edad. Ibid.: 288-289.

<sup>82</sup> Ibid.: 294, 295.

hombres.<sup>83</sup>

La epidemia de cólera dejó sentir su impacto tanto en las esperanzas de vida estimadas como en la probabilidad de muerte, así como en la estructura por edades de la población. El primer grupo de edad en ambos sexos disminuyó, lo mismo sucedió en los grupos siguientes hasta los 25 a 29 años. Al parecer las diferencias no son significativas.<sup>84</sup>

De acuerdo a Pilar Velasco:

Las consecuencias que para la población de la Ciudad de México trajo consigo la epidemia de cólera de 1833 no son fácilmente cuantificables, y haría falta un estudio más detallado para descubrir el papel que ésta y las demás epidemias jugaron en el desarrollo de la población mexicana del siglo XIX y de etapas históricas anteriores.<sup>85</sup>

El cólera es una de las enfermedades donde el carácter social e histórico es evidente. "Fue una enfermedad de la sociedad en un sentido más profundo, atacaba a los pobres de una manera especialmente despiadada, prosperando en el tipo de

---

<sup>83</sup> Oliver, Op.Cit.: 127. Puede ser que las variaciones en los porcentajes estén relacionados con problemas en el subregistro masculino de los padrones de ese periodo, problema que comentamos en el capítulo I.

<sup>84</sup> Con respecto a estos datos la misma investigadora nos advierte que se trata de aproximaciones, pues algunos de los supuestos teóricos como son la estabilidad poblacional, o la de "población cerrada" difícilmente se cumplen a causa de las mismas epidemias, la guerra, las migraciones, etcétera. "Así, probablemente la población no era estable ni presentaba tal regularidad en su distribución por sexo y edad [...]". Ibid.: 311.

<sup>85</sup> ibid.: 312.

condiciones donde ellos vivían".<sup>86</sup>

La mortalidad de hombres y mujeres a partir de los 20 años, con cifras pico en los grupos de 30 a 34 y de 40 a 44 años debió agravar la situación social y económica, en el contexto de 1833: guerra civil, disturbios políticos, y por si fuera poco, la epidemia de cólera, que diezmo a la población económicamente activa.

La mayor mortalidad femenina pudo estar relacionada con las actividades desempeñadas; cuidado de los enfermos, aseo de él, de su ropa, de la habitación, etcétera, que las exponía a un mayor contagio.

El análisis de las implicaciones que tenían las epidemias es difícil de realizar. Por un lado, la presencia de éstas ponía a prueba la organización administrativa de las autoridades, haciéndose evidente su incapacidad para enfrentar el problema. Entre mayor era el número de enfermos y muertos en las epidemias, mayor era el problema de las autoridades, que tuvieron que tomar medidas para atender enfermos y disponer de los cadáveres. En lo general los cementerios estaban saturados.<sup>87</sup>

El prestigio de los conocimientos médicos de la época también entraban en juego. Además, la falta de trabajadores en distintas ramas de la producción y servicios a causa de la

---

<sup>86</sup> Briggs, 1977, citado en Oliver, Op.Cit.: 19. En Guadalajara en 1833 el 99% de los coléricos fueron enterrados de limosna, lo que implica que la mayoría era gente pobre. Fueron sepultados en fosa comunes en el panteón de Belén. Ibid.: 114-115.

<sup>87</sup> En Londres desde el siglo XVI se toman medidas para segregar a las áreas infectadas. Beier y Finlay, 1986.

enfermedad o por haber fallecido, creaban un desequilibrio a corto plazo.

Las defunciones en las parroquias muestran diferencias significativas con respecto a lo que aconteció en los cinco años anteriores a 1833. Ese año mostró cifras elevadas de entierros en particular en la parte suroeste de la capital. Allí se localizaba la parroquia de San José, que incrementó sus entierros en un 230 por ciento.<sup>88</sup> Santa Cruz y Soledad, parroquia del oriente de la ciudad, reconocida como zona de alta insalubridad, por ser una zona carente de servicios urbanos y donde se efectuaba gran parte de la distribución y comercialización de alimentos, alcanzó un porcentaje de incremento de 158.08 por ciento, alto pero no tan significativo como el de la parroquia anterior.<sup>89</sup>

Aledaña a esta parroquia se localizaba San Sebastián que presentó un incremento de entierros de 134.35 por ciento. Esta zona de la ciudad se caracterizaba por la gran densidad demográfica y por la grandes vecindades ubicadas allí.<sup>90</sup> Utilizando el mismo tipo de referencia, o sea la diferencia en el número de entierros de los cinco años anteriores a la crisis, con el año de la crisis, encontramos un aumento de 1175%. Una de

---

<sup>88</sup> Si comparamos lo sucedido en 1813, durante la epidemia de tifo, el sector de la ciudad más afectado fue el oriente, donde los incrementos en los entierros fueron hasta de un 1175.85%, para la parroquia de San Sebastián.

<sup>89</sup> En 1813 esta parroquia tuvo un aumento en el porcentaje de número de entierros de 450.0%.

<sup>90</sup> En el capítulo IV, describimos este lugar con detalle.

las posibles explicaciones de que la epidemia de 1813 haya sido más severa en ese lugar que en 1833, creo que debe estar en relación con la etiología de los dos tipos de enfermedad; mientras que el tifo tiene como agente causal directo a las ratas, piojos y pulgas, y estas habitan en gran medida en los sitios donde hay alimentos, como la parte oriente de la ciudad, el cólera se transmite por medio del agua contaminada con el virus colérico, y por lo tanto está más directamente relacionada con las redes de distribución de agua: acueductos y fuentes. Por otro lado el tifo era común, lo que propiciaba cierta inmunidad en la población, y el cólera era una enfermedad nueva.

En Europa, sobre todo en Inglaterra, Francia y España, existen diversos estudios que comparan la mortalidad por parroquias. Hacen énfasis en cierto tipo de epidemias cuya causa principal estaba relacionada con condiciones de vida precarias. En particular aquellas enfermedades producidas por pulgas y ratas que provocaron que las personas que vivían en los peores barrios, en cuartos totalmente insalubres, con escasas indumentarias y que no acostumbraban cambiarse de ropa, fueran las más vulnerables.<sup>91</sup>

Las estadísticas tienen que verse como indicadores generales de las diferencias en la morbimortalidad, en relación a las causas que provocan esas diferencias. Estas epidemias atacan en las ciudades, pero se recrudecen en los suburbios.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Beier y Finlay, 1986:62; Pérez Moreda, 1980: 225.

<sup>92</sup> Beier y Finlay, Op.Cit.:64.

Dado que las condiciones de la ciudad son particulares en cada una de la epidemias, y por supuesto la etiología de las enfermedades son diferentes, creo más adecuado hacer las comparaciones sobre los porcentajes de enfermos y de éstos cuantos murieron, entre las poblaciones de las parroquias durante un año de crisis, que a través de un análisis longitudinal de los entierros en cada parroquia.

En la esquina norponiente de la capital se localizaba la parroquia de Santa María La Redonda; los porcentajes obtenidos muestran un aumento en el número de entierros de ese año de 108.83%. Las parroquias de Santo Tomás, Santa Cruz Acatlán, Sagrario y Santa Veracruz, presentaron aumentos en el número de entierros con porcentajes alrededor del 90%. Por el contrario en las parroquias como Santa Catarina, San Miguel, Santa Ana y San Pablo, los porcentajes no fueron tan altos. En la primera, ubicada en el centro de la ciudad, hacia la parte norte de la misma, el incremento en el porcentaje de entierros tan solo llegó a 33.28%. San Miguel y San Pablo, cercanas al centro de la capital, pero hacia el sur, registraron porcentajes de 37.57%, y 49.10% respectivamente.

8.- Morbilidad y letalidad por cólera en los cuarteles de la ciudad en 1833.

Como ya mencionamos al hablar de la morbilidad en 1813, durante la epidemia de "fiebres misteriosas", el análisis de la morbilidad rara vez se efectúa, debido a la carencia de fuentes

adecuadas para su evaluación. Afortunadamente, el Ayuntamiento llevó una contabilidad del número de enfermos, muertos, convalescientes y "pasados a los hospitales" de los 32 cuarteles. Las cifras representan meras aproximaciones, pues el mismo documento menciona sus fallas. Algunos historiadores ya sea demógrafos o epidemiólogos, resaltan la importancia del estudio de la morbilidad, como un indicador más fino del proceso.<sup>93</sup> El subregistro debió ser elevado, pues el documento del archivo de la ciudad de México al final aclara lo siguiente:

1a El total de enfermos que se manifiesta en los treinta y dos cuarteles comprende puramente á aquellos que han necesitado de los auxilios de la caridad, por cuyo motivo han tenido conocimiento de ellos los S.S. Regidores, no habiéndose dado á muchos particulares que se curaron a sus expensas.

2a No se comprende en el número de muertos de los treinta y dos cuarteles los habidos en los hospitales, así como tampoco los enterrados en los zanjones de San Lázaro, La Palma, San José y otros puntos cuyas noticias no se han recibido en este Juzgado á pesar de haberlas pedido.

3a Tampoco se incluyen en los individuos pasados á los Hospitales los que entraron sin conocimiento de las autoridades.

México 1 de Septiembre de 1833.

Antonio Garay.

Lo anterior implica que no contamos con estadísticas de enfermos entre la gente de mejores recursos. También, que el número de muertos de las clases bajas, que se enterraron en los zanjones de San Lázaro, La Palma y San José estuvieron

---

<sup>93</sup> Bardet, Op.Cit.: 349-351. Para este autor, los registros con el número de enfermos y de muertos "permiten entender bien el contagio", permiten evaluar la mortalidad de forma más real. En su estudio sobre Rouen, Bardet hace una distinción de enfermos por zonas de residencias. De acuerdo con Benedictow (1987: 402), la morbilidad es uno de los temas más relegados en el estudio epidemiológico de la plagas, en particular por la carencia de fuentes para realizar estos estudios.

subregistrados en la lista de enfermos, convalescientes y muertos de 1833, pero quizá no en los registros de entierros de esas parroquias, pues precisamente los incrementos en los porcentajes de decesos son mayores en San José, Santa Cruz y Soledad y Santo Tomás La Palma.

Hasta el 31 de agosto de 1833 el total de "contagiados" reportados fue de 37,863 personas, de las cuales sanaron 20,356, murieron 5,822 y el resto quedaba convalesciente.

#### 8.1.- Formas de transmisión del cólera.

Existen dos premisas fundamentales para que el cólera pueda presentarse en forma epidémica; una es el abastecimiento de agua potable y la otra el tratamiento de las heces fecales.<sup>94</sup>

##### 8.1.1.- Tratamiento de desechos orgánicos o heces fecales.

Había 'pozos negros' donde se arrojaban los excrementos, a pesar de ser antihigiénicos constituían un lujo de las casas ricas del centro.<sup>95</sup> En los suburbios era común el fecalismo al

---

<sup>94</sup> Snow, en 1856, publicó un trabajo sobre el cólera y los suministros de agua en el distrito sur de Londres, donde incluye estadísticas detalladas acerca de la población que usaba las dos principales suministros y como se vio afectada por el cólera. Este trabajo constituye uno de los primeros esfuerzos con una concepción de tipo epidemiológico ( Frost, 1965: XVI).

<sup>95</sup> Ver el plano 19 sobre la urbanización de la ciudad, y las redes de atarjeas, que solo abarcan la zona centro de la ciudad. El plano también incluye la división por cuarteles menores, para facilitar la comparación con nuestras estadísticas. Tomé como base el plano de Ignacio Castera, sobre empedrados, de 1794, AHCM, Vol.3615, Leg.1, exp.6, plano 20.

PLANO - 16  
**CIUDAD DE MÉXICO - S. XIX**  
 ACUEDUCTOS, CAÑERÍAS, CAJAS DE AGUA Y FUENTES PÚBLICAS EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



- ACUEDUCTO
- - - - - CAÑERÍAS Y RAMALES
- A** CAJA DE AGUA DE LA MARISCALA
- B** CAJA DE AGUA DEL SALTO DEL AGUA
- ⊙ F FUENTES PÚBLICAS

Fuente: A.H.C.M. Aguas, fuentes públicas, vol. 56 T.1, exp. 59, 34 fs, 1823.  
 exp. 60, 21 fs, 1824.

aire libre. Los pozos negros contaminaban fácilmente las tomas y pozos de agua con materia excrementicia, porque nunca se hacían a una profundidad adecuada, lo que provocaba la contaminación del agua por las infiltraciones. Estas eran condiciones propicias para la que el vibrión pudiera sobrevivir y diseminarse. La transmisión en estos lugares se debió al agua contaminada con excretos de coléricos. En los lugares que no se cuenta con agua "entubada" la gente bebe agua de los ríos, o de la que se acarrea de las fuentes públicas, que en la mayoría de los casos estaban contaminadas.<sup>96</sup>

Para Inglaterra, durante las epidemias de cólera 1832 y de 1848, el doctor Snow estudió detalladamente varios casos del cólera Asiático, tratando de encontrar el modo de transmisión. Tomó en cuenta el sexo, la edad, el lugar de residencia, el inicio de la enfermedad, la duración y reconstruyó los eventos con todo detalle, incluso por horas. Sistematizó sus observaciones en cuanto a duración del ataque, desde el principio hasta el fallecimiento o recuperación del enfermo, utilizando tanto sus observaciones como las de los otros médicos de las villas inglesas. Encontró que el contagio se producía a través de las excreciones del enfermo. Las sábanas y demás ropa quedaban

---

<sup>96</sup> En el caso de la parroquia de Analco, en Guadalajara, fue el barrio "que llevó la peor parte de la epidemia". Nuevamente son las condiciones de vida las que explican el fenómeno; orográficamente es la parte más baja y, como dijimos, con el peor abastecimiento de agua. A todo esto hay que agregar que se trata de una población indígena ancestralmente mal alimentada. [...] queremos dejar sentado que partiendo de que existe una división clasista del espacio urbano de Guadalajara, las tasas de mortalidad obtenidas confirman la tesis de que existe una desigualdad social ante la muerte" Oliver, *Op.Cit.*: 108-109, 111.

húmedas de las evacuaciones. Las personas que atendían a los enfermos se llevaban las excreciones en las manos sin darse cuenta y como no eran escrupulosas en la limpieza, al comer ingerían esas excreciones con los alimentos que preparaban, y además contagiaban a otras personas. Por otra parte la población de escasos recursos duerme, come y hace sus necesidades en la misma habitación donde se encuentran los enfermos. La permanencia en el mismo cuarto con el enfermo no causaba necesariamente la enfermedad, pero si la propiciaba, ya que el cólera se inicia por la afección del canal alimentario.<sup>97</sup>

#### 8.1.2.- Abasto de agua potable.<sup>98</sup>

La ciudad era abastecida de agua por dos grandes acueductos, hechos de argamasa, "tan anchos como dos pasos cada uno y tan altos como un estado (el tamaño de un hombre de regular estatura era un estado)"<sup>99</sup>: el que venía de Santa Fé, desde 1572, pasaba al oeste de Chapultepec, al que se le habían agregado los manantiales del Desierto de los Leones. Este recorría la calzada de la Verónica hasta la Tlaxpana, doblaba por la de Tacuba y continuaba por San Cosme, para terminar en la caja repartidora en el puente de la Mariscal (Hidalgo y Tacuba), localizada en el cuartel 21, donde encontramos la letalidad masculina más alta

---

<sup>97</sup> Snow, 1965: 3-18.

<sup>98</sup> En 1806 se cuenta con un registro del número de fuentes. La mayor parte de éstas eran particulares y había pocas públicas (cuadro 24).

<sup>99</sup> Romero Flores, 1978:189. Ver plano 16, donde ubicamos los cuarteles, los acueductos, las cañerías y sus ramales.

de toda la ciudad, como veremos adelante.

El acueducto tenía una extensión de 10,346 varas; lo formaban 900 arcos de ocho varas de ancho cada uno por seis de alto y dos varas de espesor en la base y un poco menos en la parte alta. El caño medía tres cuartos de vara de ancho y media vara de alto.<sup>100</sup> Por él corría agua delgada, llamada así por su transparencia.

El agua se distribuía por cinco grandes cañerías:

1) Iba de la caja repartidora por las calles de Tacuba y terminaba en la plazuela de Mixcalco. 2) Se insertaba en la anterior por el Empedradillo (1a. de Guatemala) y llegaba a la Plaza de Armas y terminaba en Palacio. 3) De la caja seguía por la Mariscalá y Rejas de la Concepción (Aguiles Serdán) y doblando por San Lorenzo continuaba hasta Santo Domingo y terminaba en la Cervatana (2a. de Venezuela). Esta tenía un ramal que se insertaba en Santo Domingo y terminaba en la calle Real de Santa Ana (Matamoros). 4) De la caja por Santa Isabel (costado de Bellas Artes), llegaba a Guardiola y seguía hacia el norte terminando en Santiago Tlatelolco.

El otro acueducto venía de los manantiales de Chapultepec, recorría la calzada de Tacubaya, Arcos de Belem y terminaba en la fuente del Salto del Agua. Durante el gobierno del Virrey Bucareli, se hizo el acueducto, tenía 4663 varas de largo y 9004 arcos.<sup>101</sup> La clase de agua era "gorda", por ser turbia y estar

---

<sup>100</sup> Ibid.: 191.

<sup>101</sup> Op.Cit.: 192.

mezclada con barro y otras sustancias en época de lluvias.<sup>102</sup>

La distribución de esta agua se hacía a través de tres cañerías : 1) Salto del Agua al mercado de San Juan. Sigue por las Vizcainas y Mesones hasta llegar a la merced. 2) Salto del Agua a San Miguel y terminaba en la plazuela de San Pablo (Hospital de Jesus). 3) Insertaba en el área de la Ciudadela y llegaba a Corpus Cristi, donde se volvía a insertar un ramal que iba por Nuevo México.<sup>103</sup>

En 1857 recibía la ciudad de México 873 m. cúbicos de agua por hora por el Acueducto de la Tlaxpana y 364 por el del Salto del Agua.



Es posible que el cólera se propagara a partir de los dos

---

<sup>102</sup> Carrera Stampa, 1949: 287-288.

<sup>103</sup> Op.Cit.: 193.

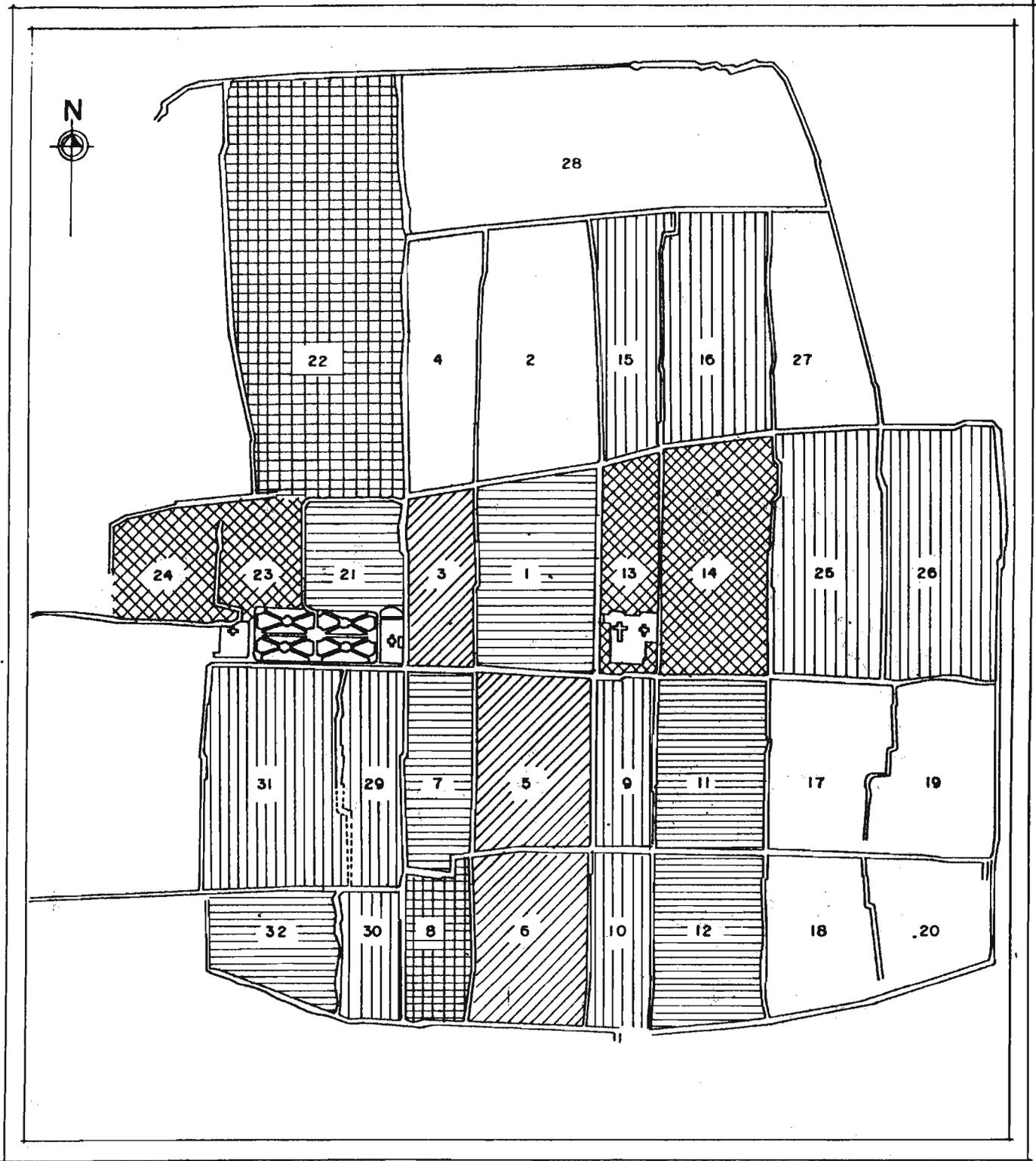
acueductos y de las cañerías, como vías principales de distribución de agua, que abastecían a las fuentes a través de sus ramales. Para 1823 y 1824 consideré un padrón de "mercedes de agua" públicas y privadas que junto con el plano de distribución de agua por medio de los acueductos y cañerías, pueden ser de gran utilidad al relacionar las variables de morbimortalidad con la ubicación de las fuentes y ver si en el caso de México se puede encontrar la forma en que se dispersó el contagio (cuadro 25 y planos 17 al 19).



Para toda la ciudad se contaba con tan solo 40 fuentes públicas, que representa el 5.5% del total. Los cuarteles con el mayor número de éstas eran los 23 y 24 y el 32. Los otros cuarteles contaban con dos, una o no tenían fuentes.

El porcentaje de fuentes públicas (9.19%) es muy inferior al de las mercedes de agua privadas (73.79%). El mayor porcentaje

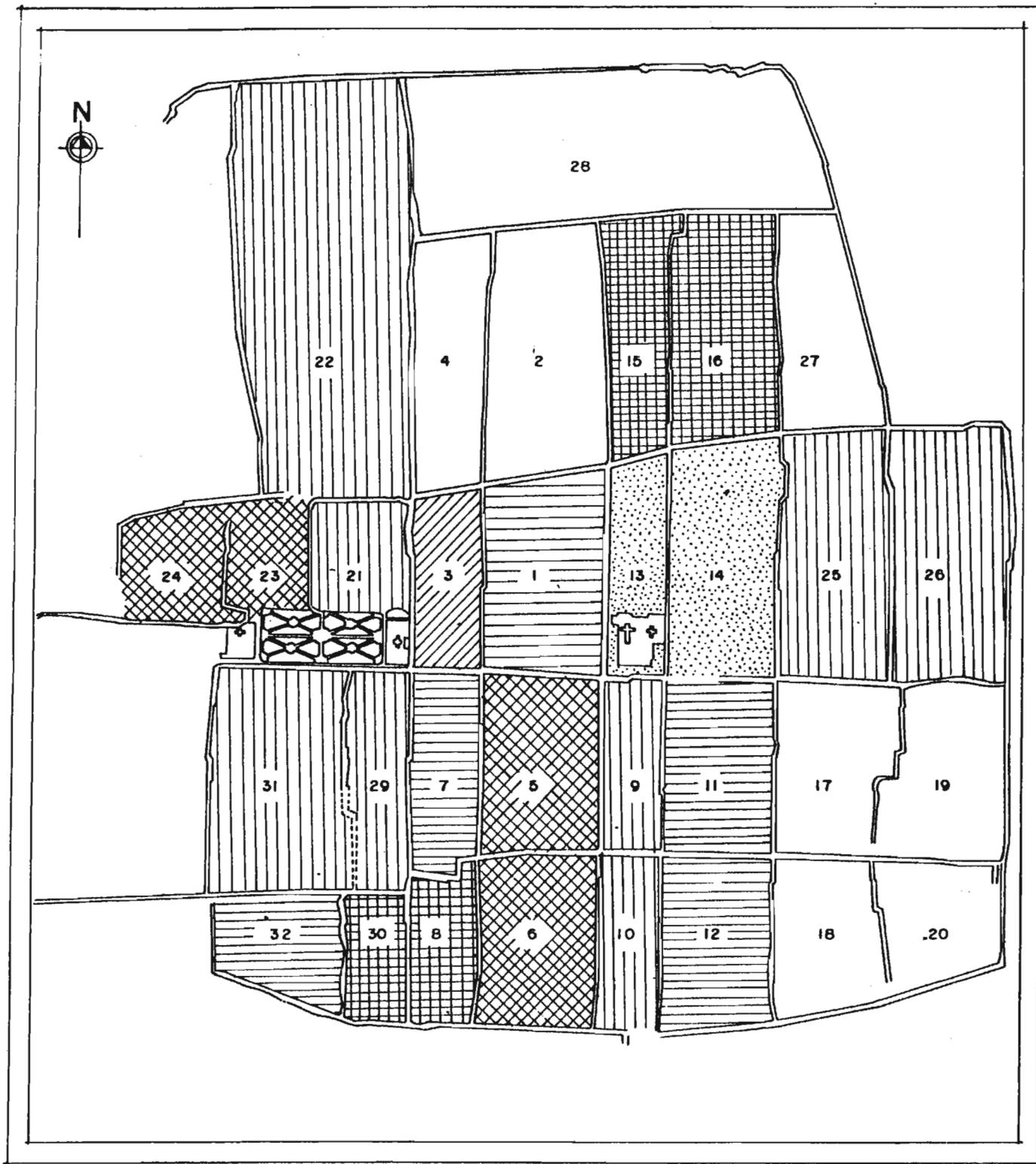
PLANO - 17  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1823-1824  
 PORCENTAJES DE 'MERCEDES DE AGUA' EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



	0.45% - 0.99%		6.00% - 13.99%
	1.00% - 2.99%		14.00% - 19.77%
	3.00% - 5.99%		SIN DATOS.

Fuente: ANCM, Aguas, fuentes públicas, vol.58 T.1, exp. 59, 34 fs. 1823 exp. 60, 21 fs. 1824.

PLANO - 18  
 CIUDAD DE MÉXICO - 1823-1824  
 PORCENTAJES DE "MERCEDES DE AGUA" PRIVADAS EN LOS 32 CUARTELES MENORES,



	0.22% - 0.99%		10.00% - 14.99%
	1.00% - 2.99%		15.00% - 18.39%
	3.00% - 5.99%		SIN DATOS
	6.00% - 9.99%		

Fuente: AHCM, Aguas, fuentes publicas, vol.58 T.I, exp. 59, 34 fs. 1823 exp. 60, 21 fs. 1824.

de éstas últimas se concentra en los cuarteles 3, 5 y 6, 13 y 14, y 23 y 24 ,que acaparan el 51.25% del total de mercedes de la ciudad, lo que muestra la forma en que se privilegiaba a ese sector de la ciudad dotándolo de 223 fuentes privadas.<sup>104</sup>

Cuadro 25

CIUDAD DE MÉXICO MERCEDES DE AGUA EN 1823-1824.<sup>105</sup>

Cuartel	Mercedes de agua			Hospicio	Baños	Total
	Convento	Privadas	Pública	Hospital		
1	6	20	-	-	-	26
3	10	38	-	5	1	54
5-6	10	41	4	-	2	57
7	4	14	-	-	-	18
8	-	1	1	-	2	4
9	-	6	-	1	-	7
10	-	6	3	-	-	9
11-12	6	8	3	-	3	20
13-14	19	61	5	-	1	86
15	-	3	1	-	2	6
16	1	-	-	-	-	1
21	1	9	2	-	3	15
22	-	-	2	-	-	2
23-24	4	44	11	1	4	64
25-26	4	6	-	1	-	11
29	2	2	2	1	1	8
30	-	4	1	-	5	10
31	1	9	1	1	-	12
32	-	21	4	-	-	25
	68	293	40	10	24	435

Fuente: AHCM, Aguas, Fuentes Públicas, vol.58, t.1, exp.59, 34fs., 1823; exp.60, 21fs., 1824.

<sup>104</sup> Los porcentajes de fuentes privadas incluyen las de los conventos, particulares, hospicios, hospitales, colegios, oficinas públicas, etcétera, respecto a el número total de fuentes. En el cuadro no se hace el desglose pormenorizado.

<sup>105</sup> La información fue obtenida del AHCM, Aguas, Fuentes Públicas, vol.58, T.1, exp.59, 34fs.1823; exp. 60, 21fs., 1824;

Carrera Stampa menciona que para 1806 el mayor número de fuentes estaba repartido entre los "nobles, los conventos o los burgueses ricos, los comerciantes ricos, las oficinas públicas y baños públicos".<sup>106</sup>

El cuartel 3 tenía 54 mercedes de agua de las cuales 10 pertenecían a varios conventos y 43 a casas privadas, hospitales y oficinas públicas. Este cuartel presenta un porcentaje del total de fuentes de 12.41%, los cuarteles 5 y 6 con 13.1%, los cuarteles 13 y 14, de 19.77% y el 23 y 24 con 14.71%. Las "mercedes" restantes se distribuyen en porcentajes que oscilan entre el 0.22 (cuartel 16) y el 5.97% (cuartel 1).

El problema del abasto de agua potable a la ciudad era muy serio, en febrero de 1832 "los vecinos del barrio que nombran del Niño Perdido", se quejan ante las autoridades del Ayuntamiento de la escasez de agua y del mal estado de la única fuente pública de la zona, la del Salto del Agua, de la siguiente manera:

ante V.Excelencia como mejor proceda decimos: que satisfechos cabalmente del empeño que V. Excelencia ha tomado en beneficio del público, y libertad en todo lo posible de las pestes o enfermedades que suelen ocasionar las suciedades y aguas salobres de que se usa a mas no poder en los lugares en donde se carece de agua limpia, por no haber fuentes públicas; siendo este barrio uno de ellos, pues no hay más fuente pública que la del Salto del Agua, y que los aguadores, después de escasearse demasiado cobran por cada viaje medio real, y muchas ocasiones ni aún así se suele conseguir el agua. La mayor parte de los vecinos son pobres y no pueden en lo absoluto hacer este gasto de aguador, y se ven precisados a usar de la agua salobre de los pozos que necesariamente les daña y enferma; a más de que debiendo de estar este lugar bien vecindado por ser de temperamento tan bueno como el del San Cosme, se ve como con la mitad de habitante por la falta y escasez del agua

---

<sup>106</sup> Carrera Stampa, Op.Cit.:289-290.

limpia.<sup>107</sup>

Los vecinos solicitan la construcción de una fuente en una plazuela "frente a la tienda de Don Manuel Nava", que se encontraba en la medianía del barrio, para que surtiera de agua a ese vecindario y al de Tizapan, el cual también carecía de agua. En marzo el regidor del cuartel hizo la inspección y determinó la pertinencia de colocar una fuente en la calzada del Niño Perdido, pero pasaban los meses y no se obtenía ningún logro, por la falta de recursos económicos. Las quejas se multiplican y lo vecinos mencionan que a causa de:

"no haber logrado ver en planta esta obra [...] amagándonos como nos amaga una peste devoradora, que tal vez libertaremos de ella por medio del agua muchos de los vecinos [...]".<sup>108</sup>

El 21 de enero de 1833 se archivó el expediente "hasta nueva disposición" por no existir fondos para la obra. El 16 de mayo los vecinos insisten en su solicitud:

hasta la fecha no se ha puesto en ejecución y como de día en día estamos experimentando nuevos males en nuestra salud, por la necesidad de tener que usar del agua de los pozos, por carecer de la limpia.<sup>109</sup>

El Cabildo el 23 de mayo del año siguiente (1834) acordó pasar el expediente a la Comisión de Aguas y al regidor del

---

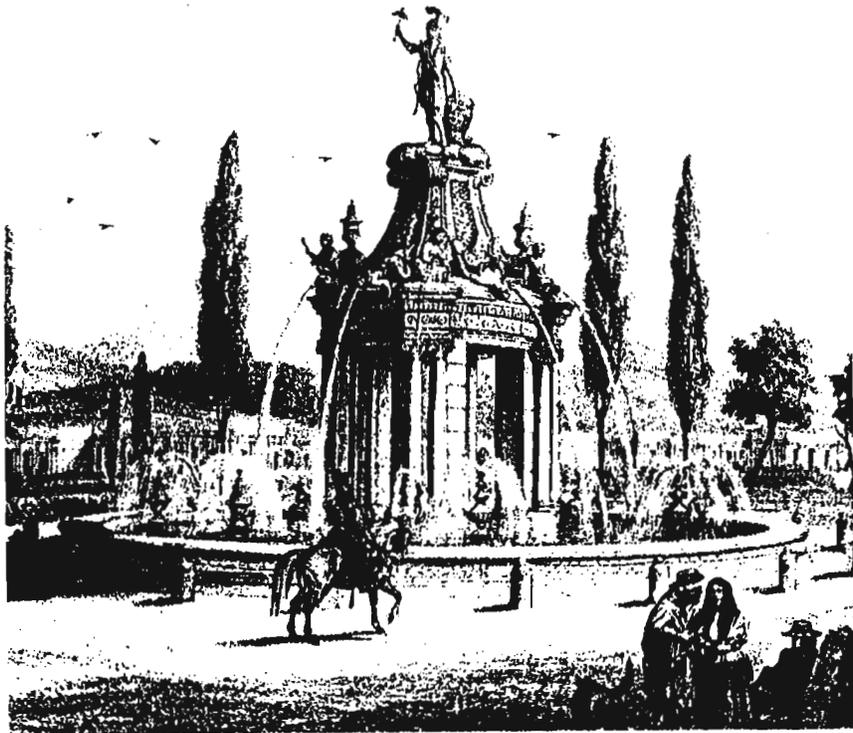
<sup>107</sup> AHCM, Aguas.Fuentes Públicas, 1832, V.59, t.2, exp.64. 11fs.

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Ibid.

cuartel.<sup>110</sup>

Como ya mencioné, los cuarteles con el mayor número de fuentes privadas eran sin duda el 3, y los 13 y 14. Algunas casas tenían varias tomas de agua.



La descripción de la distribución de fuentes en la ciudad entre 1823 y 1824 permite entender como era abastecida la ciudad del vital líquido y pueden ser un indicador de la forma en la cual pudieron haberse contagiado los habitantes de la ciudad, sin embargo no es fácil hacer una relación estadística directa entre

---

109. Ibid.

los lugares con mayor o menor número de fuentes, con las redes de atarjeas y pozos negros, respecto a la morbilidad de la enfermedad.<sup>111</sup>

#### Resultados de Morbilidad.

Las tasas de morbilidad del cólera en 1833 son menos precisas que las de 1813, sobre todo por carecer de un padrón cercano, alrededor de la fecha de la epidemia, necesario para el cálculo de estas estadísticas, con lo que desconocemos el porcentaje de migración por cuartel del lapso comprendido entre 1824 y 1833. En el caso del tifo de 1813, contábamos con el padrón levantado en diciembre de 1811, de ahí que los cálculos del crecimiento de la población para 1813 pudieron efectuarse con cierta exactitud, sin que la migración desviara mucho los datos, circunstancia imposible de lograr para la epidemia de 1833.

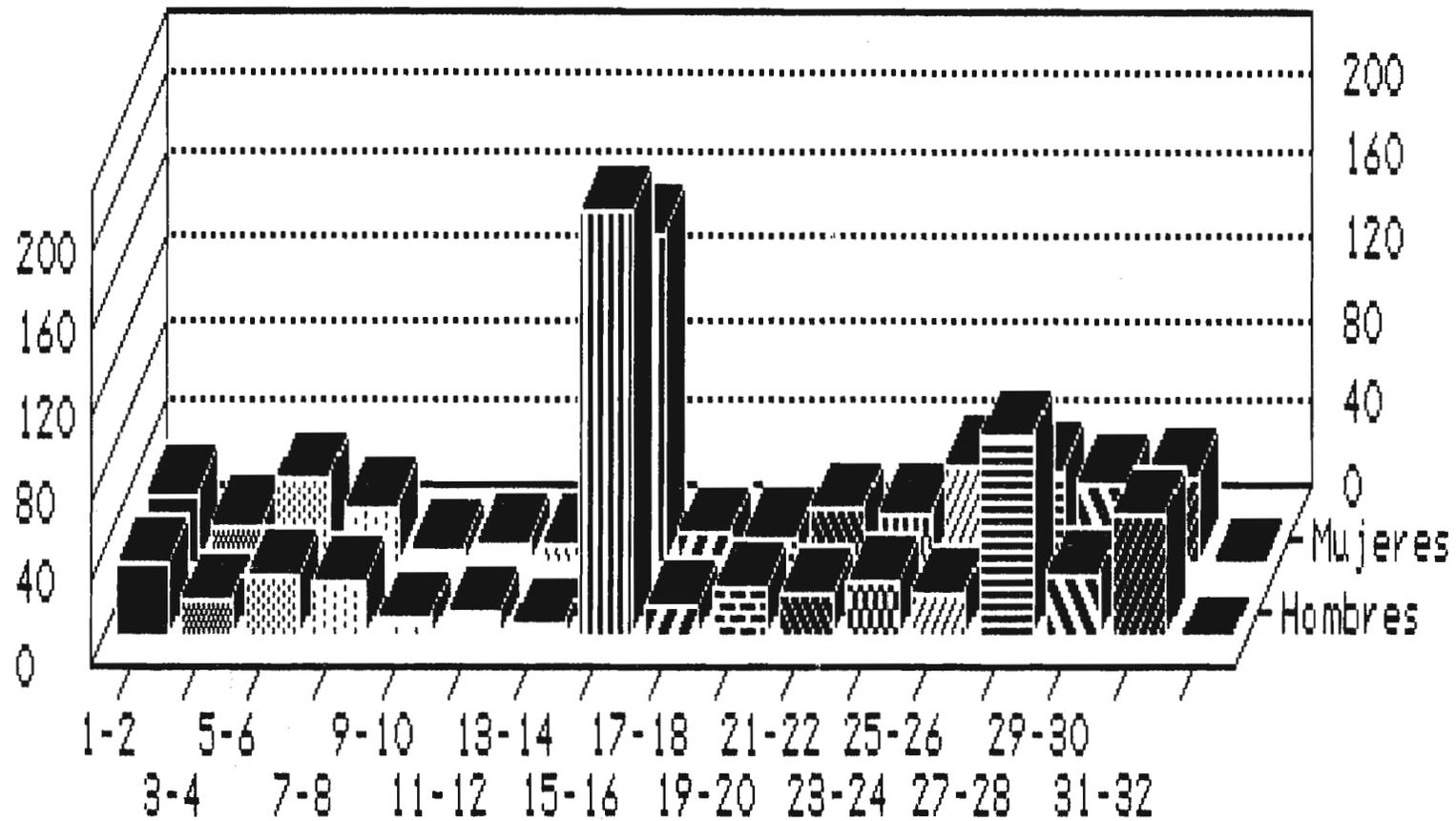
Para evaluar la incidencia del cólera de 1833, sin embargo, utilicé el padrón de 1824 al cual le apliqué una tasa de crecimiento de la población correspondiente al periodo de 1820-1838 (cuadro 1), con ello tuve los totales de población residente en cada cuartel y de ahí calculé los porcentajes de personas que enfermaron y las que murieron. La información del documento de 1833 esta vertida por cuarteles menores de dos en dos, de ahí que las tasas se calcularon para cada dos cuarteles. Además, ambos documentos, el padrón y la lista de enfermos, proporcionan datos particulares para hombres y mujeres. de ahí que elaboramos las

---

<sup>111</sup> Ver planos 17 al 19.

Gráfica 15

Ciudad de México: Morbilidad por cólera en 1833  
en los 32 cuarteles menores.



Cuarteles

FUENTE: cuadro 26 y 27

estadísticas por sexos.

Los cuarteles que presentaron las tasas de morbilidad masculina más altas fueron los 15 y 16, y el 27 y 28 (cuadro 25, y gráfica 15 ), que forman la esquina nororiente de la ciudad. En los cuarteles 31 y 32 se registraron enfermos el 61.0% de los habitantes. Por el área correspondiente al cuartel 31 pasaba la cañería que iba de Chapultepec, recorría la calzada de Tacubaya, Arcos de Belem y terminaba en la fuente del Salto del Agua.

Los cuarteles menores 9 al 14 presentaron las tasas más bajas que oscilan entre el 7.9% al 12.4%. Los cuarteles 13 y 14 tenían 80 fuentes privadas, además de cinco fuentes públicas (Animas, Apartado, Cervatana, P.Sebastián y P.Loreto). En los restantes cuarteles los porcentajes variaron de 19.8% al 36%. La media de morbilidad masculina para toda la ciudad fue de 29.8%. Con respecto a las mujeres la incidencia mayor también se presentó en los cuarteles 15 y 16 (160.1%), que tenían los porcentajes de fuentes privadas más bajos, 0.22% y 0.68% y sólo una fuente pública en Santa Ana, en el cuartel 15 . Le siguieron los cuarteles 25 y 26 situados hacia el oriente de la ciudad, aunque la tasas ya no fueron tan elevadas (49.2%).

Los porcentajes menores siguen presentándose en los cuarteles 9 a 14, que como ya mencionamos tienen suficientes fuentes privadas, sobre todo este último. La media de morbilidad femenina fue más alta que para los hombres, llegando al 33.4% (cuadro 26 y 27 y gráfica 15).

## Cuadro 26

CIUDAD DE MÉXICO 1833.  
MORBILIDAD MASCULINA EN LOS 32 CUARTELES MENORES.

Cuartel	Población		Enfermos	Morbilidad
	I/I/1825	I/III/1833		
1 y 2	5723	6079	2207	36.3%
3 y 4	1849	1964	389	19.8%
5 y 6	5681	6035	1809	29.9%
7 y 8	3198	3397	905	26.6%
9 y 10	3159	3356	394	11.7%
11 y 12	4469	4747	590	12.4%
13 y 14	9101	9667	764	7.9%
15 y 16	1746	1855	3815	205.6%
17 y 18	2861	3039	479	15.7%
19 y 20	2829	3005	723	24.0%
21 y 22	1251	1329	286	21.5%
23 y 24	2008	2133	588	27.5%
25 y 26	2005	2130	495	23.2%
27 y 28	1104	1173	1155	98.4%
29 y 30	1978	2069	646	31.2%
31 y 32	2025	2151	1314	61.0%
<b>Total</b>	<b>50,987</b>	<b>54,129</b>	<b>16,157</b>	<b>29.8%</b>

Fuente: AHCM, VOL. 3676, Exp. 2, f.140.

\* Se calculó con una tasa de crecimiento del .7420% para el lapso de 1/I/1825 al 1/III/1833. Los totales de población de cada cuartel se obtuvieron a partir de los datos del padrón de 1824, que presenta la información por cada dos cuarteles y para hombres y mujeres.

La morbilidad se calculó a través del porcentaje de personas que enfermaron del total de la población de cada cuartel.

Si vemos el plano 16, donde se localizan los cuarteles menores y los acueductos, cañerías y sus ramales, apreciamos que en la parte nororiente había dos ramales de distribución del agua, pero la mayoría de los vecinos, a falta de fuente privadas, tenían que utilizar el agua de las pocas fuentes públicas del lugar, de tal manera que no es difícil entender que los pobres,

ya enfermos, acudieran a estos lugares y al entrar en contacto las excreciones contaminadas que portaban en su cuerpo o en sus ropas, con el agua, ésta quedó contaminada, de ahí la incidencia mayor del cólera en esos sitios.<sup>112</sup> Sabemos que esa zona sufría por escasez de agua. De acuerdo a la distribución de fuentes públicas para 1823 y 1824, en particular el norte de la ciudad tenía pocas fuentes privadas y casi ninguna pública, (ver planos 16, 17 y 18) por lo que el vital líquido se compraba a los aguadores, que la transportaban desde la fuentes, a veces a precios elevados, y en la mayoría de los casos se trataba de agua en mal estado o contaminada con diversos desechos.

Las fuentes públicas se distribuían de la siguiente manera: En los cuarteles 5 y 6, la de la plazuela del Colegio de Niñas, la de Regina, la de la calle de D.Toribio y la de S.Salvador. En el 8 la de la plazuela de las Vizcainas. En el 10, dos en la calle de San Miguel y una en la plazuela del Arbol. En los 11 y 12, en las plazuelas de El Volador, de la Paja y de S. Pablo. En los 13 y 14, en las calles de Arsinas, del Apartado, de la Cervatana, en la plazuela de S. Sebastián y en la de Loreto. En el 15 en la de S. Ana. En el 21, en el puente de S. Francisco y en el de la Mariscalá. En el 22 en S. María la Redonda y otra frente al santuario de N.S. de los Angeles. En los 23 y 24 , la de la Tlaxpana, la de la Garita Nueva, la de Buenavista, la de Guarda vieja, tres en la alameda, una en cada extremo y una

---

<sup>112</sup> En Londres Snow, (1965) en un detallado estudio logró ver como se había ido diseminando el colera, a través de las redes de distribución de agua y cuales habían sido los barrios contaminados.

grande al centro, la de los Arcos y la de Chapultepec.

Cuadro 27

CIUDAD DE MÉXICO 1833.  
MORBILIDAD FEMENINA EN LOS 32 CUARTELES MENORES.

Cuartel	Población		Enfermas	Morbilidad
	I/I/1825	I/III/1833		
1 y 2	8482	9010	3102	34.4%
3 y 4	3001	3188	610	19.1%
5 y 6	8096	8600	3618	42.0%
7 y 8	4716	5009	1401	27.9%
9 y 10	4013	4263	364	8.5%
11 y 12	6183	6568	705	10.7%
13 y 14	11565	12285	1363	11.0%
15 y 16	2330	2475	3963	160.1%
17 y 18	3624	3850	601	15.6%
19 y 20	3275	3479	506	14.5%
21 y 22	1875	1992	554	27.8%
23 y 24	2400	2549	656	25.7%
25 y 26	1250	1328	654	49.2%
27 y 28	2000	2124	971	45.7%
29 y 30	2969	3154	1262	40.0%
31 y 32	3016	3204	1371	42.7%
Totales	69,595	73,926	24,706	33.4%

Fuente: AHCM, VOL. 3676, Exp. 2, f.140.

\* Se calculó con una tasa del .7420%, tomada de los datos del cuadro 1, para el lapso de 1/I/1825 al 1/III/1833. Los totales de población se obtuvieron a partir de los datos del padrón de 1824, que presenta la información por cada dos cuarteles y para hombres y mujeres.

En el 29, la de los pescaditos y la del Salto del Agua. En el 30 la de la plazuela de S. Juan. En el 31 la llamada del Santísimo y en el 32 la de la Ciudadela, dos en los Arcos de Belem y la Caja de agua.<sup>113</sup>

<sup>113</sup> No se encontró documentación para los cuarteles 2, 4, 17, 18, 19, 20, 27, y 28.

## Letalidad.

Los valores medios de letalidad, tanto para hombres como para mujeres se mantienen cercanos al 20%. Resaltan los cuarteles con tasas de letalidad por arriba del 20%, como son los: 19 y 20, 17 y 18, 11 y 12, que forman la esquina suroriente de la ciudad. Los cuarteles 21 y 22, 23 y 24, y 3 y 4, se localizan en una misma área que forma la esquina norponiente. Las tasa más bajas las encontramos en los cuarteles 1 y 2 y en los 15 y 16, correspondientes a la parte centro-poniente de la ciudad, aledaños a la Plaza Mayor (cuadro 27, gráfica 16 y planos 14 y 15).

Cuadro 28

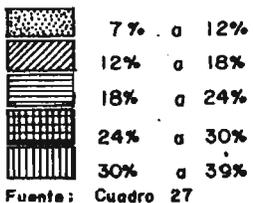
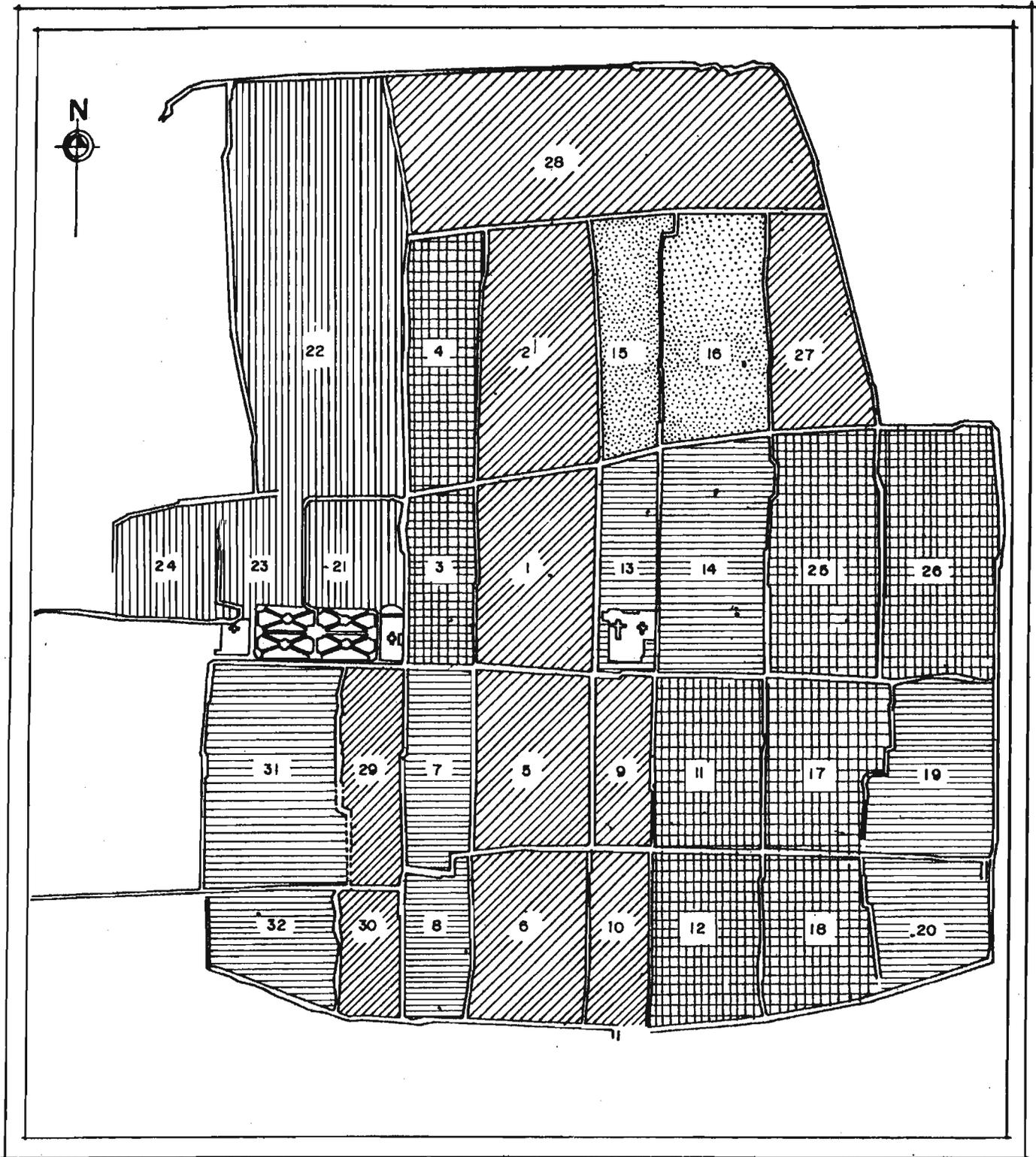
CIUDAD DE MÉXICO  
TASAS DE LETALIDAD EN 1833

Cuartel	Enfermos		Muertos		Letalidad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1 y 2	2207	3102	296	234	13.41	7.54
3 y 4	389	610	116	122	29.82	20.0
5 y 6	1809	3618	220	304	12.16	8.40
7 y 8	503	1401	113	230	22.46	16.41
9 y 10	394	364	68	78	17.25	21.42
11 y 12	590	705	156	200	26.44	28.36
13 y 14	764	1363	156	314	20.41	23.03
15 y 16	3815	3963	320	295	8.38	7.44
17 y 18	479	601	115	146	24.0	24.29
19 y 20	723	506	147	197	20.33	38.93
21 y 22	286	554	100	156	34.96	28.15
23 y 24	588	656	183	155	31.12	23.62
25 y 26	495	654	121	131	24.44	20.03
27 y 28	1155	971	167	207	14.45	21.31
29 y 30	646	1262	96	149	14.86	11.80
31 y 32	1314	1371	254	273	19.33	19.91
	16157	21706	2628	3194	20.86	20.03

Fuente: AHCM, Epidemias, Vol.3676, exp.2, f.140. La letalidad se obtuvo por el porcentaje de personas enfermas que murieron.

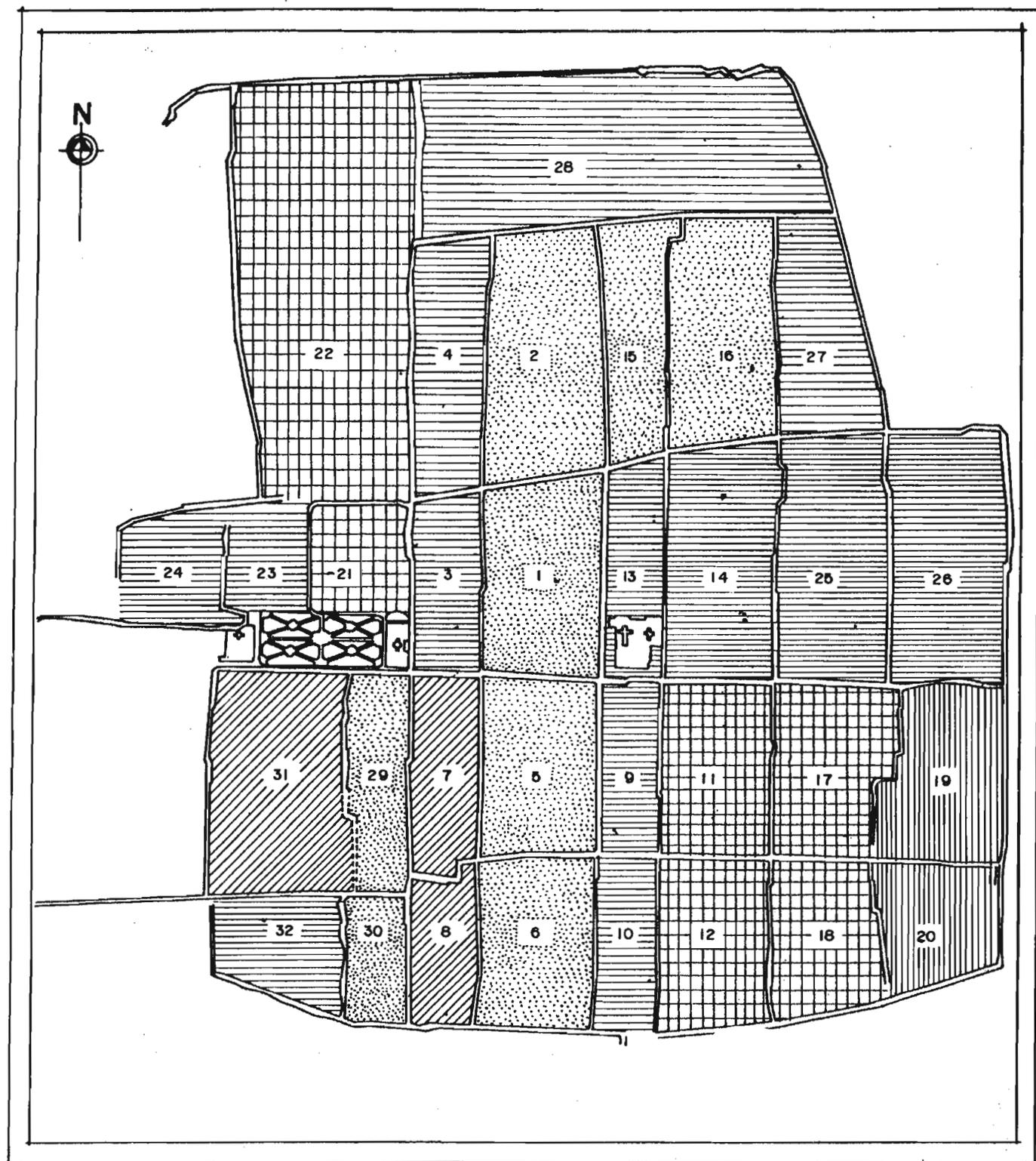
La letalidad promedio por sexos se mantuvo casi igual, aunque ligeramente mayor en los hombres (20.86%). La tasa más alta, 38.93% se calculó en los cuarteles menores 19 y 20, para las mujeres. y en 34.96 en los cuarteles 21 y 22, para hombres. Cabe mencionar aquí la letalidad de la epidemia de 1813, que alcanzó un promedio de 15.34%. Lo anterior implica que en términos generales, la epidemia de cólera fue más letal que la de tifo de 1813. Recordemos que hablamos de la tasa de letalidad específica, esto es, cuántos de los enfermos registrados como epidemiados murieron, lo que es un indicador más fino. La letalidad varía de acuerdo a cada enfermedad, dentro de un rango. Existen enfermedades más letales que otras, determinadas por circunstancias tanto biológicas, como del medio, entendido éste en su sentido más amplio. Como ejemplo, las enfermedades traídas de Europa en el siglo XVI causaron el gran despoblamiento de la Nueva España, debido principalmente a factores de tipo inmunológico. Enfermedades como el tifo, de tipo muy comunes en nuestro territorio, hicieron que para 1813 la epidemia no resultara tan letal. A pesar de que el número de muertos generales fue mayor en 1813 que en 1833, recordemos que los entierros anotados en las parroquias indican la mortalidad general, ocurrida tanto por la epidemia como por cualquier otra causa, y que se trata de un indicador diferente, más general y burdo. El ataque de cólera es más rápido y agudo. Afecta de manera fulminante, pero por menos tiempo. En cambio el tifo por encontrarse constantemente, de manera latente, y con lapsos esporádicos epidémicos no era tan letal.

PLANO - 14  
**CIUDAD DE MÉXICO - 1833**  
 DISTRIBUCIÓN DE LA LETALIDAD MASCULINA EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



Fuente: Cuadro 27

PLANO - 15  
**CIUDAD DE MÉXICO - 1833**  
 DISTRIBUCIÓN DE LA LETALIDAD FEMENINA EN LOS 32 CUARTELES MENORES.



	7% o	12%
	12% o	18%
	18% o	24%
	24% o	30%
	30% o	39%

Fuente: Cuadro 27.

Tomando en cuenta las cifras extremas de morbimortalidad, tanto máximas como mínimas, encontramos que la epidemia de cólera afectó a toda la ciudad, pero de manera diferencial en el espacio urbano.

De acuerdo a las observaciones de John Snow<sup>114</sup>, médico inglés, la duración del cólera en un lugar es directamente proporcional al número de habitantes de aquel.<sup>115</sup> El hacinamiento y la mayor densidad de población propician un mayor contagio. Al respecto Bardet dice que en principio el bacilo no distingue entre ricos y pobres, gordos y flacos, todos son vulnerables, pero que en realidad, las condiciones de vida son determinantes. La limpieza relativa y el aislamiento de los habitantes contagiados afirma, son garantías mejores que todos los remedios.<sup>116</sup>

El cólera provocó gran alarma. Las condiciones higiénicas de la ciudad eran deplorables. Atacó a todos los sectores sociales, y a todos los grupos de edades, aunque su impacto fue

---

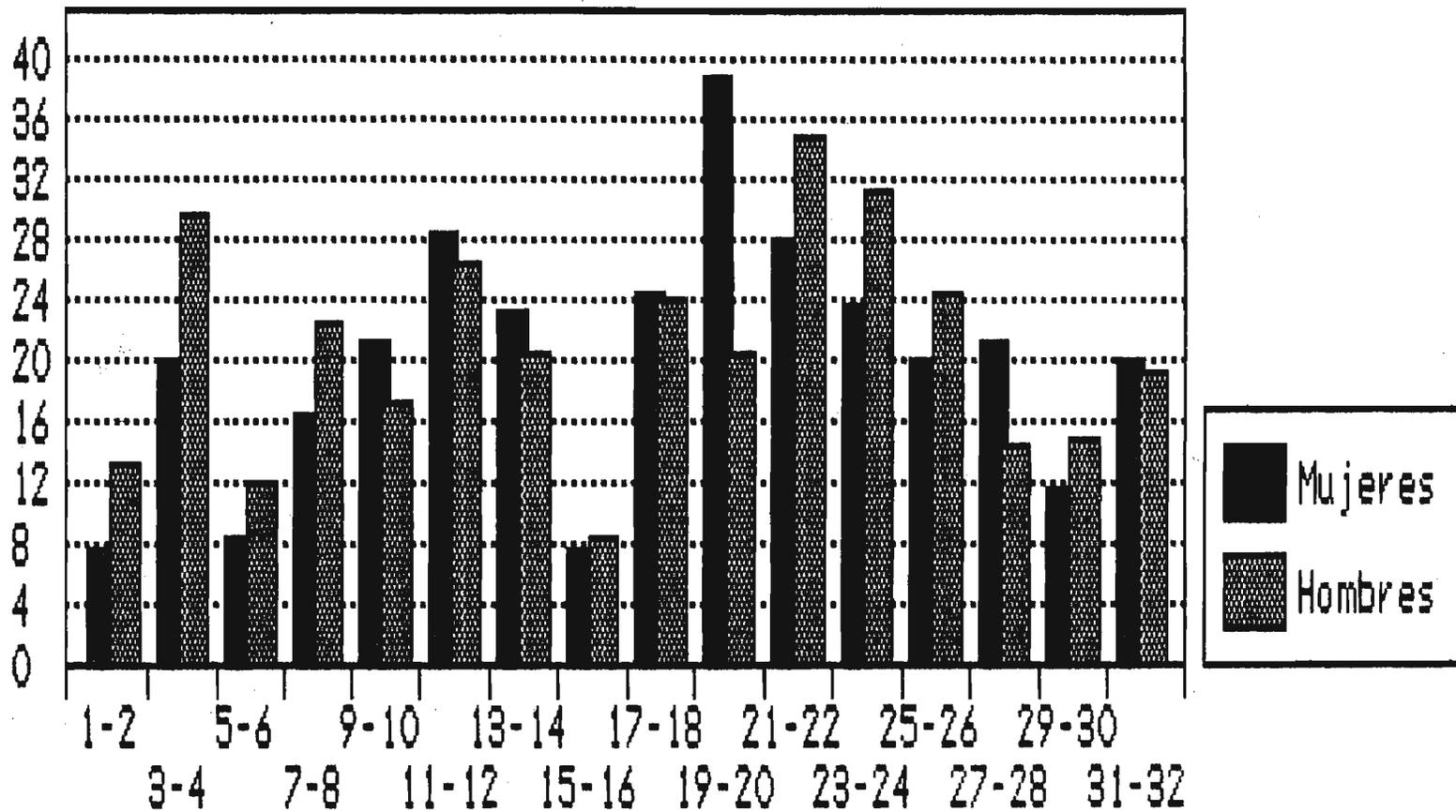
<sup>114</sup> Este médico realizó un excelente estudio de las epidemias de cólera en 1832 y 1850 en Londres. Descubrió que el principal agente transmisor del cólera era el agua. Su trabajo fue publicado en 1854. Snow, 1965.

<sup>115</sup> "La enfermedad permanece dos o tres semanas en una villa, dos o tres meses en un pueblo de buen tamaño y en una gran ciudad puede durar incluso todo un año. Snow, Op.Cit.: 23, en Oliver, op.Cit.; 66. En las 33 ciudades inglesas que estudió donde la población tenía un promedio de 38,123 habitantes la epidemia duró poco más de 100 días.

<sup>116</sup> Bardet, 1983: 352. En Inglaterra el primer intento para medir la mortalidad por clase social no fue hecho sino hasta 1911. El obstáculo principal fue la falta de documentación, lo que hizo muy difícil el análisis para los primeros años del siglo XIX. Williamson, 1984: 169; Hocrcraft, 1984: 193-223; Charbonneau y Théré, 1989:85-106.

Gráfica 16

Letalidad en los 32 cuarteles en la epidemia de cólera: 1833



Fuente. AHCM, Epidemias, V.3676

diferencial por barrios y seguramente por clases sociales.<sup>117</sup> Los cuarteles con mayor letalidad fueron los situados en las esquinas suroriente y norponiente de la ciudad, en estos lugares se manifestaron los primeros casos.<sup>118</sup>

En Guadalajara el cólera atacó primero a los barrios más populosos y comerciales.<sup>119</sup> El Sagrario, la parroquia más grande de esta ciudad, registró la mortalidad más baja de toda el área urbana. la tasa fue de 46.53 por cada mil habitantes, mientras que en los suburbios ascendió a 93 sobre mil..

Si el Sagrario fue menos sensible a la mortalidad colérica que en el resto de la ciudad, fue porque ahí residía la población mejor alimentada que la de los suburbios; además, se trata del espacio urbano menos insalubre de la ciudad que, por lo tanto, contaba con mejores condiciones de vida.<sup>120</sup>

La distribución del agua en la ciudad tiene una relación

---

<sup>117</sup> Oliver, Op.Cit.: 113, menciona al respecto que "La mortalidad diferencial por clases sociales se ha manifestado en diferentes proporciones según el grado de desarrollo de la sociedad, estos es según los diferentes modos de producción. Es probable que la desigualdad ante la muerte, en épocas precapitalistas se presentara menos marcada que en los albores del capitalismo".

<sup>118</sup> En Guadalajara los estragos causados por la epidemia fueron diferentes en cada jurisdicción parroquial. En el centro de la ciudad, donde vivía la gente con mayores recursos económicos la epidemia fue menos severa. Ibid.: 42. "La forma en que el cólera fue apareciendo en cada una de las jurisdicciones parroquiales y la proporción que la mortalidad alcanzó en cada una de ellas, es significativa -entre otras cosas- del carácter social de esta enfermedad; esto significa que la explicación de ella no radica en el nivel biológico por sí solo, sino que está dada en la estructura social, en una serie de condiciones y en el nivel de vida de la población". Ibid.: 88-89.

<sup>119</sup> Ibid.: 92-93.

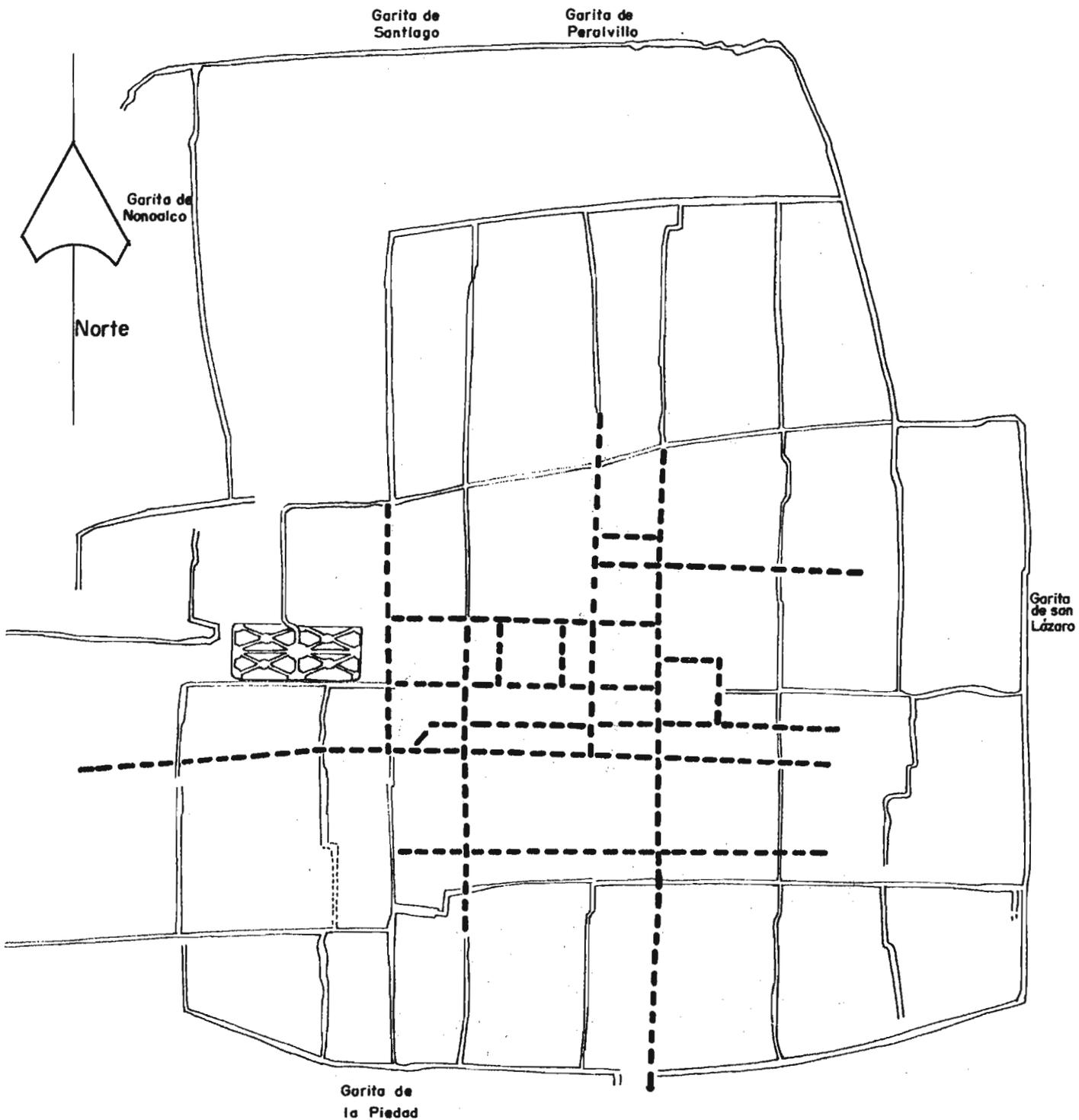
<sup>120</sup> Ibid.: 95.

directa con el porcentaje de enfermos, aún cuando no sea posible evaluarlo con precisión. Los enfermos en el área nororiente no contaban con fuentes directas de agua, así es que debieron abastecerse de las fuentes públicas cercanas, en particular de la cañería que partía de la caja de agua de La Mariscala y que iba a Mixcalco y el otro ramal que llegaba a Santa Ana.



Las fuentes a donde desembocaban ambos ramales deben haberse contaminado, ya fuera por infiltraciones en las cañerías o por cualquiera de los enfermos que llegaban a las fuentes públicas a tomar agua, a lavarse las manos, o su ropa, hábito muy común en esos días. Por otra parte se menciona que el alto costo del

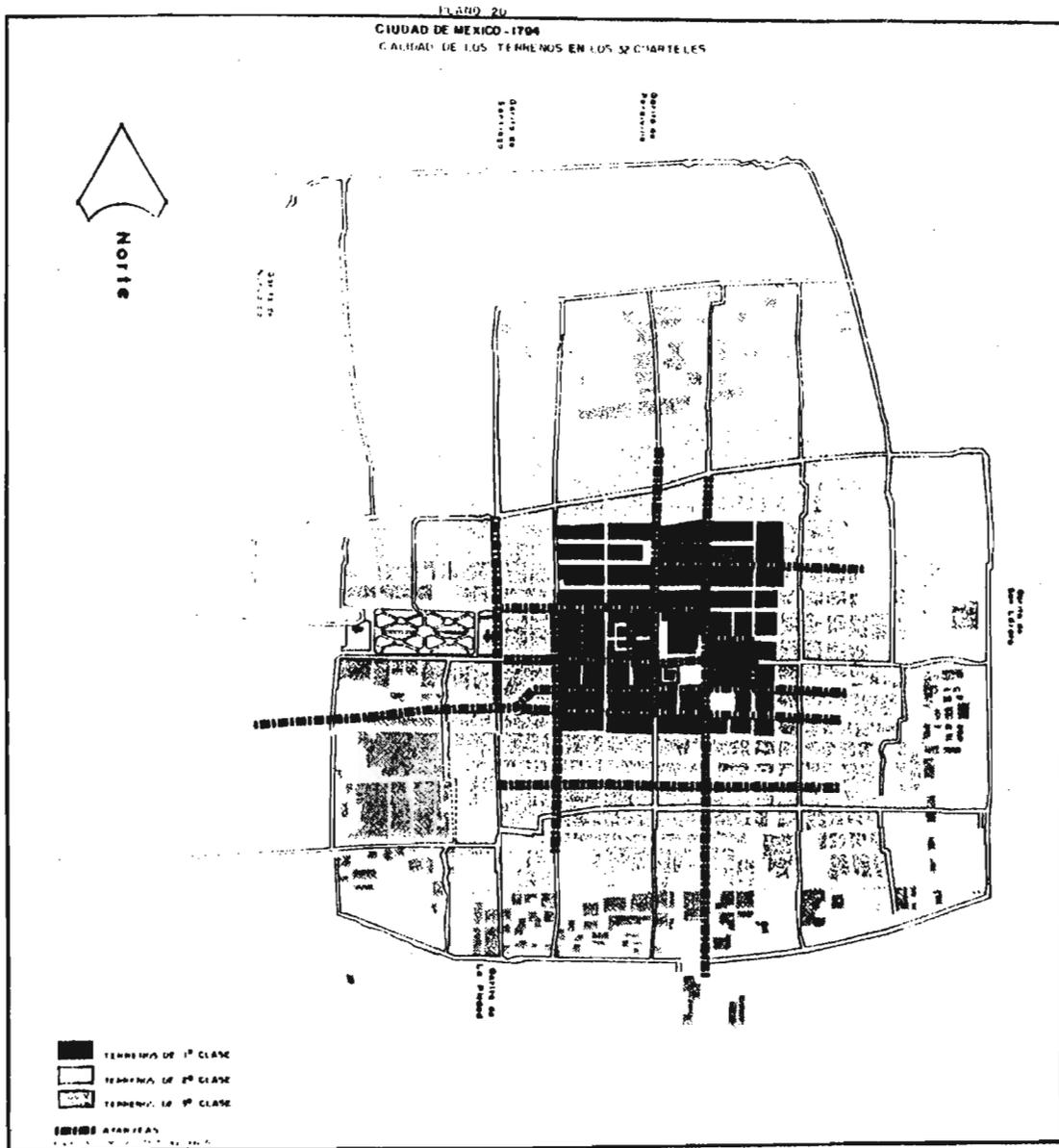
PLANO - 19  
CIUDAD DE MÉXICO-S.XIX  
RED DE ATARJEAS.



--- RED DE ATARJEAS

Fuente: A.H.C.M. vol 3615 leg-1, exp. 6

PLANO 20  
 CIUDAD DE MÉXICO -1794  
 CALIDAD DE LOS TERRENOS DE LOS 32 CUARTELES.  
 RED DE ATARJEAS.



Fuente: AHCM, Vol.3615, leg.1, exp.6.  
 Plano de Ignacio Castera, 1794.

agua que vendía el aguador obligaba a los pobres a usar del agua de los pozos, que es casi seguro que se hubieran contaminado con las heces fecales. De ahí que no solo hubo contagio por beber agua contaminada con el virus colérico, sino a través de la transmisión de las excrecencias por medio de las manos, de la comida, o de las ropas.

En cuanto a la letalidad, en ese caso pienso que la relación no es sólo con la fuente de distribución, sino que además intervienen factores de índole biológico, en particular inmunológicos, pero cuya interpretación requeriría del estudio epidemiológico y sociodemográfico de la población de los cuarteles en ese año, análisis que escapa a las posibilidades actuales de esta investigación, en especial por la falta de fuentes adecuadas.

El cólera continuó afectando a la población de la ciudad de México, combinado con las enfermedades endémicas que había en el país como el caso del tifo que atacó, en 1846. Esta epidemia se recrudeció en 1847-1848, a causa de la invasión norteamericana. Los norteamericanos enfermaron de tifo, de tifoidea y de disentería. En 1847 la epidemia de influenza registrada en Europa y los Estados Unidos se diseminó a México.

En 1849 ataca por segunda vez el cólera a la ciudad. La epidemia se inició en la India en 1841, después llegó a España y alcanzó a la República Mexicana en 1849, entrando por el norte. Se apoderó de casi todo el país. Se recrudeció en Coahuila, Durango, Nuevo León, Zacatecas y Oaxaca. Coahuila registró los casos de 1849 como extensión de la segunda epidemia llegada ese

año a Nueva Orleans. En esa fecha se registraron víctimas en Campeche y Quintana Roo. En la ciudad de México hubo 9,619 muertos por cólera, y otra epidemia ocurrió en 1854, aunque menos severa.<sup>121</sup>

En los siguientes cuatro años permaneció en forma endémica en varios estados y en la capital. En 1855 y 1856 esta enfermedad atacó Oaxaca y Veracruz. En 1857 Chiapas; hubo epidemias continuas en diferentes entidades; en Chiapas en 1857, 1871, y 1889. En 1865 y 1866 en Nuevo León, en 1870 en Oaxaca y en 1871 en Chiapas. La región de Chiapas, Tabasco y Oaxaca sufrió un verdadero ataque de cólera en 1882, al parecer fueron las últimas epidemias que afectaron al país, en el siglo XIX.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Velasco, Op.Cit.: 90-91.

<sup>122</sup> Ibid.

## CONCLUSIONES

La enfermedad es una realidad que ha acompañado al hombre desde su pasado más remoto, causando miedo, temor e impotencia. En los tiempos de epidemias, este temor se acrecentaba ante el espectáculo de miles de muertos, ante la posibilidad individual y colectiva de fallecer. De ahí, que el tema de la enfermedad y la muerte atraigan tanto a especialistas, como al público en general.

El objetivo de este trabajo fue el de dar a conocer al común de los lectores y a los estudiosos del fenómeno de la enfermedad y la muerte, que no es verdad que estos procesos "no distingan sexo, edad, raza o condición social", frase ampliamente repetida en los medios de comunicación del sector salud hace algunos años. Tanto la enfermedad como la muerte, tienen una multicausalidad que no es posible ver cuando sólo se analizan friamente los números, sin evaluar a quiénes afectó, por qué, dónde, cuándo. Ya que, los estudios que se restringen al aspecto biológico, enmascaran la realidad. Si se presentan cifras generales del número de muertos en un año, al globalizar los datos impedimos entender la causalidad de la mortalidad.

En cambio, al elaborar estadísticas específicas de las variables que consideré importantes como fueron: el sexo, la ocupación, la edad, por zonas de distinta urbanización y dotación de servicios, etcétera, las diferencias en los resultados permitieron encontrar explicaciones más sólidas y confiables de

como se manifiestaban las desigualdades sociales, en procesos como la enfermedad y la muerte.

El presente trabajo tuvo esa meta, partir de todos los elementos disponibles para conformar un escenario vivo, representado por la ciudad de México que ahora ha adquirido dimensiones descomunales, y que en ese tiempo tenía, además de otro tamaño, problemas de salud distintos a los que actualmente aquejan a los capitalinos. No eran los contaminantes del aire, que tanto nos preocupan en la actualidad, pero era la insalubridad de las calles, de las redes de agua potable, de los acuedutos, acequias y también del aire a causa del fecalismo en sitios abiertos, aún en el mismísimo centro de la ciudad.

El estudio del periodo 1800-1850 pone de relieve el surgimiento de concepciones de lo que sería la salud pública actual. La conjugación de nuevos conocimientos en el campo médico y en el origen de las enfermedades, con las medidas gubernamentales tendientes a mejorar la salud de la población.

Los aspectos relativos a las ideas acerca de la enfermedad, a las motivaciones humanas, a las creencias y costumbres abrió un campo nuevo, lleno de atractivas posibilidades de investigación y permite mostrar bajo que circunstancia se enfrentaron los capitalinos a los "terribles castigos divinos" concretados en las epidemias.

Nuestro planteamiento partió de los aspectos más generales, para poco a poco, y dando las premisas necesarias, poder interpretar las cifras estadísticas sobre el proceso de las enfermedades y de su gravedad.

La población que habitaba la ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX era pluriétnica, con dos razas principales españoles e indígenas que se encontraban distribuidas a partir de una división hecha por los españoles en el siglo XVI, cuando deciden trazar "su ciudad" en un patrón de damero y expulsan a los indígenas fuera de él, quedando la ciudad española rodeada de los pueblos indígenas.

En la primera parte del siglo XIX predomina este patrón de distribución al que debemos añadir a los grupos producto del mestizaje biológico, mestizos y mulatos, cuyas subdivisiones son diversas. Los resultados sobre la distribución de los grupos étnicos en los cuarteles de la ciudad mostró un predominio de españoles en el centro, junto con población mestiza y los indígenas principalmente en los cuarteles de los suburbios en especial del norte, donde también había aunque en menor número, españoles y mestizos.

La población tenía una composición con una mayoría de individuos adultos, donde el número de mujeres rebasaba al de hombres, debido a la inmigración de mujeres a la ciudad en busca de trabajo. Se empleaban como chichihuas para atender a los niños "chichihuas" y las casas de las clases acomodadas, pues había una demanda permanente de estas trabajadoras. También se ocupaban en los servicios y en el comercio ambulante. Son famosas las imágenes de la ciudad, donde desde temprana hora se iniciaba el ajetreo con los sonidos y la algarabía de los vendedores, que lo mismo ofrecían frutas, hortalizas, patos y otras aves, así como una infinidad de antojitos, tamales, enchiladas, o dulces.

La inmigración a la ciudad ya que las personas trataban de encontrar una forma mejor de vida es un fenómeno reconocido para este periodo. Las personas sin ninguna preparación llegaban de sitios cercanos a la ciudad para trabajar de cargadores y peones, entre otros empleos para los que no era necesario estar calificado. A pesar de ello no siempre era fácil obtener trabajo, pues la mayoría estaban acaparados, incluso el de "aguador" o repartidor de agua, que para acceder a él se tenía que pasar por una complicada red de favores, con el fin de poder utilizar el agua de las fuentes públicas.

Los residentes de la ciudad tenían diversas ocupaciones, una de las más importantes era el comercio, tanto en gran escala, de importación, exportación, o el interno y el pequeño comercio de la multitud de "pulperías" y "estanquillos".

El trabajo artesanal era otro de los rubros de consideración: había herreros, carpinteros, hilanderas, plateros, sastres, costureras, en fin una amplia gama de estas ocupaciones. Los artesanos se diferenciaban entre el dueño del taller y sus trabajadores maestros y aprendices. Gran parte de éstos perteneció, a los gremios y otros eran trabajadores independientes con sus propios talleres casi siempre localizados en sus casas.

La ciudad ocupaba a muchas personas en los servicios, pero un número considerable de capitalinos no contaba con empleo fijo, eran subempleados o desempleados. De ahí los relatos de los contemporáneos acerca de la "masa de léperos, vagabundos y malentretidos" que "pululaban" por la ciudad.

La situación acerca de la salubridad de la ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX había mejorado gracias a las medidas dadas por el virrey Revillagigedo a finales del siglo anterior. Sin embargo, los problemas serios respecto a la higiene permanecieron sin cambios durante largo tiempo.

La dotación de servicios como cañerías, atarjeas, "mercedes de agua", empedrados, etcétera, privilegiaban la zona centro residencia de ricos comerciantes, profesionistas y de funcionarios. Los suburbios se mantenían en condiciones desastrosas, se decía que en tiempos de aguas eran lodazales, y en secas lugares llenos de polvo intransitables.

En la zona oriente, se encontraban las áreas de comercialización de alimentos, que entraban por el canal de la Viga. Estos lugares estaban en permanente estado de inmundicia, pisos completos de alimentos pútridos, donde abundaban las ratas y otra clase de alimañas. En esta zona existían depósitos y almacenes de productos alimenticios, además de grandes basureros y de la contaminación provocada por el canal del desagüe y por la laguna de Texcoco.

Las condiciones de insalubridad van a propiciar que al llegar las enfermedades infectocontagiosas se diseminen con gran facilidad.

Los resultados del análisis de los enfermos y muertos durante las epidemias de tifo en 1813 y del cólera en 1833, deben ser evaluados tomando en consideración a los factores que influyen en esta clase de enfermedades. A pesar de que ambas son producto de condiciones higiénica precarias o nulas. La primera

tiene que ver con la presencia de ratas y piojos infectados de tifo, que encuentran el medio adecuado para proliferar y desarrollarse en situaciones donde se incrementa el desaseo personal y los individuos tienen un mayor contacto, como en el caso de la guerra. El tifo se controla eliminando tanto a las ratas y piojos como mejorando los hábitos higiénicos personales.

Esta clase de epidemias, como el tifo, se presentaron durante toda "la antigüedad", de ahí el nombre de epidemias "de tipo antiguo". La mayoría de los autores la relacionan con las carestías y las hambrunas, que provocan la combinación de crisis de subsistencia, sobremortalidad y con ello crisis demográficas. Para otros la relación entre el hambre y el tifo ha sido producto de afirmaciones reiteradas, pero no comprobadas de "un supuesto nexo", sin que se hayan tomado en consideración otros factores.

Sin embargo, está aceptado que la dislocación social debida a guerras, migraciones y disrupciones políticas era la causa más común de las epidemias y las hambrunas. La manera en la cual repercutieron en los grupos sociales de manera diferencial estaba en relación al modo de vida y a sus condiciones. Las epidemias generalmente afectan en mayor medida a los habitantes de las áreas urbanas depauperadas; en las rurales, a pesar de que muchas veces las condiciones de vida sean peores, el aislamiento relativo de esos sitios los protege de impactos severos.

A primera vista la introducción de un organismo patológico en una comunidad, sería causa suficiente para explicar el brote de una epidemia. El mecanismo sería:

organismo - hombre - enfermedad

pero ésto no es verdad, el nivel de inmunidad de la población también es crucial. La llegada de una infección a una población origen, afecta por igual a niños y adultos, sin embargo, las condiciones ambientales y sociales, determinan si puede ocurrir la transmisión eficaz de la enfermedad en una situación dada. Estas condiciones son: grado de contacto, nivel de prácticas higiénicas, estado general de salud, y presencia de los organismos patológicos.

En el caso de la epidemia de tifo de 1813 se presentaron todos los elementos adversos para la salud de la población. En esta época, existía una situación bélica, con lo que amplias capas de individuos se movilizaban de un sitio a otro, provocando la dispersión del contagio, los campos quedaban abandonados y bajaba la producción de alimentos, éstos subían de valor a causa de su escasez ocasionando carestía e inflación, y a su vez hambruna.

La conjunción de estos factores provocó que los habitantes de la ciudad residentes en los lugares más antihigiénicos fueran fácil presa de la epidemia. La mayoría de los vecinos del oriente de la ciudad padeció de tifo. La mortalidad en ese sitio fue alta, de 5,011 habitantes del cuartel 25, fallecieron 909 y de 2844 del cuartel 20, murieron 423. La letalidad, o sea el número de enfermos registrados que murió, se mantuvo con valores inferiores al valor medio esperado para ese tipo de enfermedad, pero alrededor de la media evaluada para la epidemia de 1813. La zona que contrastó por el bajo número de personas que enfermaron fue la central, la mortalidad general también fue baja y la

letalidad con valores un poco más altos de la media. En cifras absolutas los cuarteles 1, 3 y 5, con totales de población de 10,982, 4,178, y 9, 879 habitantes tan solo enfermaron 383, 450 y 684, murieron 88, 63, y 84 personas respectivamente.

Las condiciones de vida de la gente que residía en el centro de la ciudad eran mejores: alimentación, vestido, hábitos higiénicos personales y viviendas, la parte de la casa que ocupaban, así como las posibilidades de huir del contagio, hacia sus residencias de descanso situadas en zonas más salubres de las afueras de la ciudad, influyeron en la baja incidencia de la epidemia en 1813 en estos lugares.

La etiología del cólera, se encuentra relacionada con otros factores como son las redes de agua potable, los drenajes y el tratamiento de las heces fecales, ya que el contagio se produce principalmente por el agua contaminada, aunque en última instancia se relaciona con condiciones antihigiénicas, pero de otra índole al tifo, y en última instancia con la dotación de servicios a ciertas zonas privilegiadas.

En el caso de México la red de atarjeas era mínima, pero la situación era más grave por el hábito tan común en esos días de arrojar los desechos orgánicos por las ventanas al consabido grito de "aguas", sin esperar la llegada de los carros que trasportaban estos materiales.

En 1833 el cólera se presentó durante el verano, en el tiempo de lluvias, de ahí que combinado con el tratamiento de las heces fecales, la enfermedad se hubiera diseminado por toda la ciudad. Afectó más seriamente en los cuarteles 15 y 16 y 27 y 28,

en menor medida a los cuarteles 31 y 32, los porcentajes de los otros cuarteles oscilan alrededor de la media de 29.8%. Tuvo que ver con la distribución de los acueductos y las cañerías, con la dotación de "mercedes de agua", y con la política general de dotación de estos servicios a la ciudad.

Ambas epidemias pusieron de relieve las fallas en la organización de los servicios de salud, así como las administrativas y de gobierno de la ciudad. Los problemas se agudizaron y adquirieron tintes violentos. Como si existiera una norma, las epidemias se presentaron en simbiosis con problemas políticos, económicos y sociales. Tanto en 1813, como en 1833 los conflictos armados jugaron un papel negativo relevante en las repercusiones de las enfermedades. Ya que la atención del gobierno, y la canalización de los recursos materiales y humanos se centraban en la resolución de las dificultades políticas, es fácil suponer la desatención voluntaria e involuntaria para enfrentar un problema de salud. Los conflictos provocaron abandono del campo y baja en la producción de alimentos, carestía, acaparamiento, elevación de los precios y hambre. Además, el tifo era visto como producto de la ignorancia, de los malos hábitos, de la apatía, y del alcoholismo.

La parte central de la capital, aquella donde se ubicó el trazado antiguo sufrió día a día cambios severos que deterioraron sus condiciones. Al mudar su residencia los ricos, a las nuevas colonias que estaban surgiendo en sitios elegidos de antemano en los suburbios, el mantenimiento y conservación de lo que fuera una zona privilegiada para vivir, se transformó en sitios con

incontables vecindades cada vez más deterioradas.

Las condiciones sanitarias de esta parte de la ciudad de México empeoraron, y a principios del siglo XX, sobre todo en el centro, las condiciones sanitarias eran desastrosas; de la superficie total sólo 1/5 parte estaba asfaltada o adoquinada y 4/5 partes de éstas estaban en muy distinto estado de conservación. El servicio público de regado y barrido de las calles se limitaba a las asfaltadas. Las costumbres y hábitos continuaron iguales. Al no existir redes de agua, no había baños, con lo que los pobres difícilmente iban a acostumbrarse a lavar sus ropas y a bañarse, asear la casa y otras medidas que las autoridades no desistían en reglamentar. Se culpaba al pobre de ser la fuente de dispersión de las enfermedades, para ellos la organización de la sociedad no tenía nada que ver con el origen las desigualdades sociales. A pesar de que se reconociera la necesidad de elevar la educación y darles oportunidades de mejores trabajos, al final prevalecía la idea de que las personas de escasos recursos, tenían un tipo de vida elegido voluntariamente y no impuesto. Se les trataba de ayudar porque representaban una amenaza de contagio para los otros sectores sociales.

Las enfermedades infecciosas como el tifo, la tifoidea, y el cólera, son reconocidas como afecciones de la indigencia, que golpeaban a personas en condiciones higiénicas lamentables, que vivían bajo el signo de la suciedad, de las inmundicias, de los desechos, en casas privadas de agua potable y de servicios higiénicos, que conforman sus condiciones de vida y salud, que

a su vez están determinadas por la organización social, por la estructura económica, por los factores culturales e ideológicos, por las carencias en cuanto a conocimientos médicos y de salud pública, que provocan las desigualdades sociales. Para resolver esa situación, son necesarias medidas políticas drásticas unidas a reformas sociales que se enfrenten a cualquier resistencia y luchan con los intereses de los sectores sociales y económicos, y con las políticas urbanas parciales que directa o indirectamente juegan un papel preponderante en el desarrollo y en la difusión de las enfermedades.

Aun cuando el trabajo tomó en consideración todas las variables disponibles, no es posible hacer asociaciones directas tajantes en cuanto a causalidad de las enfermedades, pero nuestra obligación es tomar en consideración las múltiples determinaciones del proceso, para acercarnos a esa realidad pasada.

La situación ha cambiado poco respecto de la distribución de las enfermedades en los grupos de escasos recursos en nuestro país. Lugares en los suburbios de la actual ciudad, son verdaderos cinturones de miseria, que continúan presentando altos porcentajes de enfermedades infectocontagiosas, principalmente gastrointestinales y respiratorias, motivadas por las precarias condiciones higiénicas y de salud en las que se vive.

Las enfermedades continuaran acompañando al hombre, pero de él depende tratar de evitar que se presenten desigualdades sociales ante su presencia.

## FUENTES

La elección de un tema de investigación y la proposición de la metodología para abordarlo, determinan una primera selección de las fuentes adecuadas a nuestro objetivo, de tal manera, que a continuación haremos la descripción de los materiales documentales en relación a los diferentes temas que trabajamos: espacio urbano, población, estadísticas vitales, epidemias, etcétera, que son parte de la información que procesamos.

La delimitación de la ciudad de México como el entorno en el cual se desarrolla nuestro análisis, nos obligó a consultar diversos materiales:

1.- Planos.- Estos muestran la ciudad con el tipo de asentamiento, la clases de edificios, la concentración de la población, la división administrativa, la eclesiástica, los hospitales, panteones, etcétera; los servicios urbanos -drenaje, alumbrado, empedrado, agua potable, mercados. En este sentido son de importancia los siguientes planos: el de 1782, hecho bajo el gobierno del Virrey Martín de Mayorga, en el cual se muestra la división de la ciudad en 32 cuarteles menores; el de Ignacio Castera hecho a finales del siglo XVIII, que divide los predios de la ciudad de México de acuerdo a la calidad de la urbanización, y que muestra las atarjeas y calles empedradas; el de la división parroquial de la ciudad, y los planos de 1811 y 1844, elaborados por el Seminario de historia urbana del INAH, con los cambios en densidad de población en la ciudad de México.

2.- Padrones. Los censos y los padrones son las principales fuentes para obtener información sobre la población de la ciudad y su monto total, distribución, su densidad, su composición en grupos socioeconómicos y étnicos, así como los perfiles demográficos. Para la ciudad de México se han localizado diversos padrones en el periodo de 1800 a 1850: el de 1800 cuenta con información sobre calles, gremios y oficios por orden alfabético. El padrón de indios referente a la Matrícula de San Juan, uno de los barrios de la ciudad, con datos sobre sexo y edad. La Matrícula de curatos de indios registrados en nueve libros.<sup>1</sup>

El padrón más completo es el levantado en 1811; proporciona información sobre las calles, las casas, número, nombres de los habitantes, "calidad" -español, indio, casta-, lugar de origen, lugar de procedencia, edad, estado civil, ocupación. Abarca los 32 cuarteles menores en los que estaba dividida la ciudad.

El padrón de 1824 levantado por el Ayuntamiento contiene datos sobre la población de los 32 cuarteles de la ciudad. Incluye información sobre casados, viudos y solteros. Eclesiásticos seculares y religiosos. También brinda cifras sobre

---

<sup>1</sup> AGN, padrones, tomos, 96, 97, 101, 102, 103, 106, libro 6.

la población por grupos de edad y por sexos.

El padrón de 1842 es un empadronamiento para saber cuales personas tenían derecho al voto de acuerdo a las leyes. Cuenta con datos sobre la vivienda, hombres y mujeres que la habitan. lugar de origen, edad, estado civil, ocupación, empleo u oficio, nacionalidad.

### 3.- Registros parroquiales

Los registros parroquiales nos proporcionan datos sobre matrimonios, entierros y bautizos, a partir de los cuales es posible obtener información demográfica sobre las estadísticas vitales de la población. Para la ciudad de México, dividida en 13 parroquias, contamos con los registros parroquiales que la Sociedad Genealógica Mexicana microfilmó y cuyas copias se encuentran en el AGN. En este caso son importantes estos datos pues a partir de la construcción de las curvas vitales resaltan los años de crisis demográficas y su relación directa con problemas de salud, ya sea enfermedades epidémicas o problemas de alimentación o guerras, que muchas veces se encuentran combinados.

Se consultaron los archivos parroquiales correspondientes a las defunciones diarias y mensuales en 1813 y 1833, que se localizan en el AGN, Defunciones, para las 13 parroquias de la capital.

### 4.- Costumbres.

Con el fin de reconstruir la cotidianidad, las condiciones de vida, los hábitos y las costumbres, en particular la habitación, los alimentos consumidos, las creencias, es necesario acercarnos a los relatos de gente de la época: viajeros, novelistas, diarios personales, memorias, y a la prensa.

4.1.- Relatos de viajeros.- En el caso de este tipo de fuentes, existe una amplia gama de trabajos: los de Alejandro de Humboldt (1803-1804); George Ward (1823); Joel Poinsett (1822); Robert Burford (1825); C.C. Becher (1832-1833), F. Calderón de la Barca (1840-1841), Branz Mayer (1841-1842), entre otros.

4.2.- Memorias.- Las memorias proporcionan un amplio espectro informativo sobre población, estadísticas económicas, epidemias, higiene urbana, como es el caso de la Memoria de los ramos de policía urbana de 1864. Aun cuando esta memoria es posterior al período que estudiamos muestra varios de los problemas de salubridad de los años anteriores. El Resumen de la estadística del Imperio Mexicano (1822). La Memoria sobre población de Fernando Navarro y Noriega (1820) analiza la población de la ciudad desde finales del siglo XVIII hasta la segunda década del siguiente.

4.3.- Calendarios.- Los diversos calendarios del siglo XIX contienen datos estadísticos e información varia.

4.4.- Historias de la ciudad.- Muestran diversos elementos útiles para nuestro análisis. Descripciones de barrios con su gente, de mercados, plazas, hospitales.

4.5.- Novelas de la época.- Estos materiales no siempre son utilizados en estudios históricos, sin embargo creo que permiten recrear el ambiente de una manera insustituible. En nuestro caso hacemos referencia al trabajo de Manuel Payno Los bandidos de Río Frío, ya que describe ampliamente algunos sitios de interés para este trabajo como son los basureros, los mercados, los barrios, el abasto de alimentos, así como hábitos y costumbres cotidianas.

#### 5.- Salubridad.

En los aspectos relativos a salubridad e higiene existen en los archivos (AGN, AHSA, AHCM) ramos específicos de Policía y Salubridad, Epidemias, Protomedicato, Hospitales, Junta de Sanidad del Distrito Federal, Cementerios, Mercados, Alumbrado, Agua potable, Drenaje, etcétera.

En la colección Lafragua existen memorias, bandos, informes sobre las epidemias, métodos curativos, dictámenes, tratados de medicina, folletería sobre el sarampión, la viruela, el tifo, el cólera que afectaron a la población de la ciudad en el período 1813 a 1850 así como amplia documentación sobre la vacuna antivariolosa.

## SIGLAS Y REFERENCIAS

## I FUENTES PRIMARIAS

## 1.- Archivos

- AGN Archivo General de la Nación  
Ramos: Epidemias, Hospitales, Padrones,  
Parcialidades, Ayuntamiento.
- AHCM Archivo Histórico de la Ciudad de México.  
Ramos: Actas de Cabildo, Aguas, Fuentes Públicas,  
Ayuntamiento, Cañerías, Cementerios y Entierros,  
Empedrados, Epidemias, Desagüe, Padrones,  
Panteones, Planos de la ciudad, Policía y  
Salubridad.
- AHSA Archivo Histórico de la Sría. de Salubridad y  
Asistencia.  
Ramos: Vacuna, Epidemias, Impresos epidemias,  
Estadísticas hospitales.
- BN Biblioteca Nacional
- HN Hemeroteca Nacional
- LAF Colección Lafragua

## 2.- Impresos

Aquí se prueba lo que es el hospital de San Andrés. Conversación entre un Regidor y un Practicante. México, Oficina de la testamentaria de Ontiveros, 1828, BN, LAF-154.

Bolaños, Juan Nepomuceno, Esposicion hecha por D...., sobre la epidemia del cólera morbus, en cumplimiento de una circular dirigida a los médicos de esta capital por el Escmo. Sr. Gobernador del estado, despues de haberla observado por dos veces en los años de 833 y 34. Oaxaca, Reimpreso en la oficina de Francisco Ortiz y Quintas, dirigida por J. Ignacio Candiani, 1850, BN, LAF-702.

Broussais, Lecciones sobre la enfermedad colera-morbus y su método curativo por el Doctor ..., medico del hospital militar de Val-de-gracia, con las notas del Doctor Bally y las instrucciones relativas a esta plaga, formadas por los primeros facultativos de París, y publicadas por orden del gobierno Francés. Traducidas del Francés. Morelia, Imprenta

del Estado, 1832, BN, LAF-432.

Bustamente, Carlos María de, Efemérides Histórico-Político literarias de México. Publicalás . . . , y las dedica al Supremo Gobierno General. Num.2., México, Imprenta de la Testamentaria de Valdés, 1835, BN, LAF 946.

Carta del Dr. Halphen de Nueva Orleans al Exmo. Sr. Presidente, sobre el cholera morbo, acompañada de su metodo curativo. México, Imprenta del Aguila, dirigida por José Ximeno, 1833, BN, LAF-63.

Colección de leyes fundamentales que han regido en la República Mexicana desde 1821 hasta 1856, México, Imprenta de Ignacio Cumplido, 1856.

Escobedo, Pedro, Metodo claro y sencillo para la precaucion y curacion de la epidemia del chólera-morbus, arreglado a las circunstancias del país por el consultor del cuerpo de sanidad militar C..... México, Impreso por Ignacio Pulido, 1833, BN, LAF-428.

Esposicion que el doctor y maestro Manuel de Jesús Febles, dirijió a los profesores de Medicina, Cirujía, Farmacia y Flebotomía, al extinguirse el proto-medicato. México, en la imprenta del ciudadano Alejandro Valdés, 1831, BN, LAF-441.

Estado general que demuestra los precios ó valores que tienen los terrenos en que se haya ubicada esta ciudad federal, dividida en ocho cuarteles mayores.-Es formado de orden del ciudadano síndico primero Lic. Ramón Gamboa, por los arquitectos D. Joaquín de Heredia y D. Francisco de Paula Heredia. 1830, BN, LAF-347.

Gutierrez Martínez, Rafael, Refutación a las reflexiones médicas de D. Mariano Dávila y Arrillaga, por el Dr. en Medicina y Cirujía ..... Méjico, Imprenta de Galvan a cargo de Mariano Arévalo, 1835, BN, LAF-430.

Hordas, Dictamen sobre la cholera-morbus, por el Dr....., Dr. de Salamanca y Lovaina, catedratico que fue en la primera de estas universidades, socio de las sociedades médicas de París, Bruselas, Linneana de Londres, &c., &c., y médico de la delegacion Mejicana en Inglaterra. Escrito a instancias del Exmo. Sr. D. Manuel E. de Gorostiza, y de orden del Exmo. Sr. Ministro de Relaciones de la República de los Estados Unidos Mejicanos. Londres, Impreso en Méjico, en la oficina de Galván, á cargo de Mariano Arévalo, 1832, BN, LAF-428.

Instrucción formada para misnistrar la vacuna, como único preservativo del contagio de las viruelas, y en defecto de su fluido inocular con el pus de ésta; del modo de conocer y distinguir las calidades de las naturales, y el método de curarlas. Impresa de orden del exmô. señor don Félix Maria Calleja, virey, gobernador y capitán general de esta N.E. á consulta de la Junta Superior de Sanidad, y á costa de los fondos públicos, para repartirla por todo el distrito del vireynato á beneficio de la salubridad de los pueblos. México: En la oficina de D. Mariano Ontiveros, 1814, BN, LAF-702.

Legislación Mexicana, o Colección completa de las Disposiciones Legislativas expedidas desde la Independencia de la República. México, Dublán y Lozano, 1876-1912, T VIII, pp. 242-243.

Manifiesto al público que hace el ayuntamiento de 1840 acerca de la conducta que ha observado en los negocios municipales, y del estado en que quedan los ramos de su cargo. México, Impreso por Ignacio Cumplido, BN, LAF-7.

Manual de providencias económico políticas, México, Departamento del Distrito Federal.

Memoria instructiva sobre la enfermedad epidémica del sarampión. Su origen, método curativo y medios de preservarse de ella. Dispuesta á escitacion del Supremo Gobierno de los estados unidos mexicanos, por la Academia practica de esta capital para instruccion de los pueblos que carecen de facultativos. México, Imprenta de la federacion, en palacio, 1825, BN, LAF-702.

Metodo preservativo que debe observarse durante la epidemia de cólera morbus, y primeros socorros que administrar a los atacados por ella. Formado por la Escuela de Medicina de México, y mandado imprimir por el Exmo. Ayuntamiento. México, Imprenta de Vicente G. Torres, 1849, BN, LAF-346

Método directivo para la curación de la epidemia del sarampión, dictada por la junta municipal de sanidad, por disposición del Exmo. Ayuntamiento constitucional de México, con el objeto de repartirla gratis á los ciudadanos pobres que no puedan pagar un facultativo. México, Oficina del C. Alejandro Valdés, 1825, BN, LAF-195.

Montaña, Luis, Avisos importantes sobre el matlalzáhuatl o calentura epidémica manchada que pasa a ser peste y que es frecuente en esta Nueva España, con un modo sencillo y fácil de socorrer a los enfermos, donde no haya médico que los asistan, y cuya eficacia y seguridad se experimetó el año de 1813. México, 1817.

Muñoz, Jose Miguel, Memoria histórica en la que se refieren el origen, progresos y estado de brillantez actual de la ciencia del hombre físico entre los extranjeros, y el empirismo con que se ejerce entre nosotros por falta de colegios especiales donde se estudie teórica y prácticamente. Escita por el diputado de México ..., pidiendo al Congreso apruebe el dictamen que presentó la comisión de Instrucción pública sobre reformas en el estudio de la Medicina, en su ejercicio en el público y en su tribunal, y contrariando el voto de los señores Jove, Febles, Guerra y Sierra, individuos de dicha corporación que opinaron de otro modo. México, Imprenta a cargo de Martín Rivera, 1823, BN, LAF-433.

Olvera, Isidoro, Nueva doctrina sobre el cólera, ó sea: Los fenómenos del cólera Asiático, estudiados a la luz de la nueva teoría del principio vital, que el profesor Isidoro Olvera, escribió y publicó en 1846, bajo el título de "La electricidad aplicada a la esplicacion de los fenomenos de la vida." por el mismo autor. México, Imprenta de J.M. Lara, 1851, BN, LAF-1101.

Parecer que dio el consultor del cuerpo de sanidad militar C. Jose Ignacio Duran, En virtud de la comisión que le confirió el Sr. Director general del mismo cuerpo, sobre la Memoria que en el tomo 8º perteneciente à Abril de 1832, del diario redactado por una Sociedad de médicos de París, se titula: "Examen histórico de la epidemia de Chólera morbus, que se ha declarado en París, con los métodos curativos que se han empleado según las diferentes formas y periodos de la enfermedad y apreciacion de sus resultados." México, Imprenta del Aguila, dirigida por José Ximeno, 1833, BN, LAF-449.

Purísima Concepción Beaumont, Pablo de la, Tratado de la agua mineral caliente de San Bartholome; a solicitud del Excmo. Illmo. Sr. D.Francisco Antonio Lorenzana, Dignissimo Arzobispo de Mexico, y electo de Toledo, primado de las Españas, Canciller mayor de Castilla, y de el Consejo de S.M. &c. Su autor el R.P. Fr. ..., Misionero, y predicador Apostólico de el Colegio de propagando fide de la Santa Cruz en Oyeretaro, en el siglo, Don Juan Blas Beaumont, Maestro de Artes en la Universidad de París, Licenciado en Medicina, socio de la Real Academia Medica Matritense, Cirujano Latino, y Mayor de el Hospital Real de Mexico, Bachiller, y Cathedratico de Anatomia, y Cirujia en la Real, y Pontificia Universidad de Mexico, &c. México, Imprenta del Br. D. Joseph Antonio de Hogal, 1772, BN, LAF-702.

Sedano, D. Francisco. Noticias de México, recogidas por ....., en el año de 1756, Coordinadas, escritas de nuevo y puestas en

orden alfabético en 1800. Con notas y apéndices del Presbítero V. de P.A. Tomo II, Edición de la "Voz de México", México, Imprenta de J.R. Barbedillo y Co., 1880, BN.

Vazquez, Francisco Pablo, Nos el Dr. ...., por la divina gracia y de la Santa Sede Apostólica, Obispo de la Puebla de los Angeles &c. Puebla, [s.p.i.], 1833, BN, LAF-688.

Villar, Pedro del, Consejos al pueblo Mexicano sobre los medios mas sencillos y faciles de precaver y curar el cholera-morbus epidemico, puesto del modo mas acomodado a sus usos y costumbres, de orden del supremo gobierno, por el C...., profesor de medicina y cirujia. México, Imprenta del Aguila, dirigida por José Ximeno, 1833, BN, LAF-428.

Virtudes de las aguas del peñol, reconocidas y examinadas de orden de la real audiencia, por el real tribunal del protho-medicato, cuyo dictamen se publica, para que los que padecen las enfermedades, que con estas Aguas pueden curarse, gozen de su beneficio. México, Imprentha de la Bibliotheca Mexicana, 1762, BN, LAF-702.

### 3.- Hemerografía

Calendario de Galván, México, 1846, 1850

Diario de México, México, 1813.

Diario de Gobierno, México, 1831.

El Imparcial, Oaxaca, 1990.

Gaceta del Gobierno de México, México, 1812, 1813.

Gaceta Médica, México, 1845, 1851, 1864, 1865, 1866

Lima de Vulcano, México, 1833, 1834.

## II FUENTES SECUNDARIAS

Acsadi y Nemeskéri.

1970 History of Human Span and Mortality, Akademiai Kiado, Budapest.

Aguirre Beltrán Gonzalo.

1972 La población negra en México, 1519-1810: estudio etnohistórico, México, F.C.E.

1987 Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial, México, Instituto Nacional Indigenista.

-----

1982 "Advertencia" Flores y Troncoso, Francisco de Asís, Historia de la medicina en México, México, IMSS, T II, pp.V.

Aguirre, Carlos.

1982 "La construcción de lo urbano: ciudad y campo en la Nueva España", en Historias, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1, pp.30-40.

Aguirre, Carlos y Rosa Ma. Sánchez de Tagle.

1984 "Padrones y censos de la ciudad de México" en Fuentes para la historia de la Ciudad de México con una bibliografía sobre el desarrollo urbano y regional de México, México, INAH, pp. 391- 411.

Alvarez Amézquita, José. y otros.

1960 Historia de la salubridad y de la asistencia en México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Anna, Timothy.

1981 La caída del gobierno español en la ciudad de México, México, F.C.E.

Anzures y Bolaños, María del Carmen.

1983 La Medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos religiosos y conflictos, México, UNAM.

Arce Gurza y otros.

1982 Historia de las profesiones en México, México, El Colegio de México.

Archila, Ricardo.

1983 "La medicina y la higiene en la ciudad de México", en Francisco Solano (Coord.) Estudios sobre la ciudad

Iberoamericana, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 655-685.

Arcila Farías, Eduardo.

1974 Reformas económicas del siglo XVIII en Nueva España. Industria, Minería y hacienda, México, Vol. II ( Sep-Setentas 118).

Arnold, Linda.

1979 "Social, Economic, and Political Status in the México City Central Bureaucracy: 1808-1822, en Elsa C. Frost, Michael Meyer y Josefina Vázquez, El trabajo y los trabajadores en la historia de México, México, El Colegio de México y la Universidad de Arizona, Press, pp.281-310.

Arrangoiz, Francisco de Paula de.

1985 México desde 1808 hasta 1867, México, Ed. Porrúa, ("Sepan cuántos"... 82).

Arregín, J.

1942 "Documentos para la historia de la Medicina en México", Revista de la Sociedad Mexicana de Historia Natural, 3, pp.169-170.

Arrom, Silvia.

1985 The Women of México City, 1790-1857, California, Stanford University Press.

Assadourian, Carlos Sempat.

1989 "La despoblación Indígena en Perú y Nueva España durante el Siglo XVI y la formación de la economía Colonial", en Historia Mexicana, XXXVIII, 3 (151), pp.419-454.

Avila Méndez, Agustín.

1974 "Antiguos barrios indígenas de la ciudad de México, siglo XIX, (1811)", en Investigaciones sobre la historia de la Ciudad de México, México, DIH-INAH, pp. 165-177, (Cuadernos de Trabajo 1).

Aycock W. LLOYD y Grace E. Lutman.

1944 "Vitamin Deficiency as an Epidemiologic Principle", American Journal Of Medical Science, CCVIII, pp.389-406.

Babini, José.

1980 Historia de la medicina, Barcelona, Gedisa.

Báez Macías, Eduardo.

1967 "Planos y censos de la ciudad de México, 1753", en Boletín del Archivo General de la Nación, VII, 1-2, pp. 209-484.

- 
- 1969 "Ordenanzas para el establecimiento de alcaldes de barrio en la Nueva España. Ciudad de México y San Luis Potosí", Boletín del Archivo General de la Nación, X, 1-2, pp. 51-125.
- Bardet, Jean Pierre.  
1983 Rouen aux XVIII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Le mutations de un espace social, Paris, SEDES.
- Bataillon, Claude y Hélène Rivière.  
1979 La Ciudad de México, México (Col. SEP-Setentas 99).
- Beier, A.L. y Roger Finlay.  
1986 The Making of the Metropolis, London 1500-1700, London, Longman.
- Bellagio Conference.  
1985 "The Relationship of Nutrition Disease and Social Conditions: A Graphical Presentation", en Hunger and History The Impact of Changing Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp.305-308.
- Benedictow, D.J.  
1987 "Morbidity in Historical Plague Epidemics", Populations Studies, 41, pp. 401-431.
- Biraben, Jean Noel.  
1976 Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et Méditerranéens. Paris, Mouton, 2 Tomos.
- Blum, Alain y otros.  
1989 "Éléments sur la mortalité différentielle a la fin du XVIII<sup>e</sup> et au début du XIX<sup>e</sup> siècle", Population, 1, pp.29-53.
- Borah, Woodrow.  
1961 "Sobre las posibilidades de hacer el estudio histórico del mestizaje sobre una base demográfica", en El mestizaje en la historia de Iberoamérica, México, Inst. Panamericano de Geografía e Historia, : 64-79.
- 
- 1975 El siglo de la depresión en Nueva España, México, SEP, (Col. SepSetentas,221).
- 
- 1985 "Trends in Recent Studies of Colonial Latin American Cities" en The Hispanic American Historical Review, 64 (3), pp. 534-554.

Borah, W. y S. Cook.

1975 "El centro urbano como foco para la emigración en la Nueva España", en Hardoy y Schaedel, Las ciudades de América, II, Buenos Aires, Ed. SIAP, pp.113-131.

Boyer, Richard.

1980 "La ciudad de México en 1628. La visión de Juan de Trasmonte", Historia Mexicana, XXIX, 3 (115), pp.447-471.

Boyer, Richard y Keith Davies.

1973 Urbanization in 19<sup>th</sup> Century Latin America: Statistic and Sources, Suplement to the Statistical Abstract of Latin America, 4, Latin America Center, University of California.

Brachet, Viviane.

1976 La población de los Estados Unidos Mexicanos, 1824-1895, México, INAH-DIH.

Brading, David.

1971 Miners and Merchants in Bourbon México, 1780-1810, Londres, Cambridge University Press.

-----

1972 "Grupos étnicos: clases y estructura ocupacional en Guanajuato", Historia Mexicana, XXI, 3 (83), pp. 460-480.

-----

1973 "Government and Elite in Late Colonial México", Hispanic American Historical Review, 53, 3, pp. 389-414.

-----

1978 "La ciudad en la América borbónica: elite y masas", en Hardoy, Morse y Scheedel, comp. Ensayo históricos-sociales sobre la urbanización en América Latina, Buenos Aires, Ed. SIAP. CLACSO.: 197-217.

Brun, Gabriel.

1978 "Las razas y la familia en la ciudad de México en 1811", en Alejandra Moreno (coordinadora), Ciudad de México. Ensayo de construcción de una historia, México, DIH-INAH, pp. 113-123 (Col. Científica. 61).

Bustamante, Miguel.

1982 "La expedición de la vacuna y la primera enfermera en la historia de la Salud Pública, Isabel Cendala y Gómez", en Ensayos sobre la Historia de las epidemias en México, Florescano y Malvido (Comp.), México, IMSS, T II, pp.337-355.

- Cabrera, Gustavo.  
1988 "Mortalidad salud y población" en Mario Bronfman y José Gómez de León, La mortalidad en México: niveles, tendencias y determinantes, México, El Colegio de México.
- Calvo, Thomas.  
1973 Acatzingo, demografía de una parroquia Mexicana. México, INAH, (Col. Científica 6).
- y Gustavo López.  
1988 Movimientos de población en el occidente de México, México, CEMCA Fondo de Cultura Económica.
- Canguilhem, Georges.  
1978 Lo normal y lo patológico, México, Siglo XXI Editores.
- Cardoso Ciro, y otros.  
1976 Tendencias actuales de la historia social y demográfica, México, SEP, (Col. Sepsetentas, 278).
- Cardoso, Ciro.  
1977 "México en el siglo XIX (1821-1910): Historia Económica y de la Estructura Social", México, DIH/INAH, (Cuadernos de trabajo 16).
- Carmagnani, Marcello.  
1972 "Demografía y sociedad: La estructura social de los centros mineros del norte de México, 1600-1720", Historia Mexicana, XXI, 3 (83), pp. 419-459.
- 1988 El regreso de los dioses. El proceso de reconstrucción de la identidad étnica en Oaxaca. Siglo XVII y XVIII, México, F.C.E.
- Carmichael, G Ann.  
"Infection, Hidden Hunger, and History", en Hunger and History, The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp.51-66
- Carrera Stampa, Manuel.  
1949 "Planos de la ciudad de México (desde 1521 hasta nuestros días)", Boletín de la Sociedad de Geografía y Estadística, 57, 2-3, pp.265-427.
- Castilleja, Aida.  
1978 "Asignación del espacio urbano: el gremio de panaderos, 1770-1793" en Alejandra Moreno (coordinadora), Ciudad de México, Ensayo de construcción de una historia, México, DIH-INAH, pp. 37-36, (Col. Científica, 61).

- Castro Aranda, Hugo.  
1977 Primer Censo de Población de la Nueva España, 1790. Censo de Revillagigedo "un censo condenado", México, Secretaría de Programación y Presupuesto.
- Cipolla, Carlo M.  
1972 "Peste et mortalite differentielle", Annales de Demographie Historique, pp.197-202.
- 1973 Cristofano and the Plague. A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo, London, Ed. Collins.
- Conti, Laura.  
1972 "Estructura social y medicina", Medicina y Sociedad, España, Ed. Fontanella.
- Cook, Sherburne, y W. Borah.  
1978 Ensayos sobre historia de la población: México y el Caribe, México, Ed. Siglo XXI, (América Nuestra).
- 1980 Ensayos sobre historia de la población. México y California, III, México, Ed. Siglo XXI, (América Nuestra).
- Cook, Sherburne Friend.  
1982 "La epidemia de viruela de 1797 en México", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 295-329.
- Cooper, Donald.  
1980 Las epidemias en la ciudad de México, 1761-1813, México, IMSS, (Col. Salud y Seguridad Social, Serie Historia).
- Corbin, Alain.  
1987 El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social, Siglos XVIII y XIX, México, F.C.E.
- Cross, Harry.  
1981 "Dieta y nutrición en el medio rural de Zacatecas y San Luis Potosí (siglos XVIII y XIX)", Historia Mexicana, XXXI, 1, pp. 101-115.
- Cuellar, Ricardo y Florencia Peña.  
1985 El cuerpo humano en el capitalismo, México, Ed. Folios.
- Chance, John.  
1978 Race and Class in Colonial México, Stanford University Press.

- Charbonneau, Hubert y Théré Christine.  
1989 "La mortalité des économistes et des démographes de l'ancien régime", Population, 1, pp.53-80.
- Chase, Bradley David.  
1975 Medical care for the poor in Mexico City 1700-1810. One aspect of the Spanish Colonial Beneficiencia, Tesis doctoral en Filosofía, Universidad de Maryland.
- Chávez, Adolfo y Celia Martínez.  
1982 Nutrición y desarrollo infantil, México, Ed. Interamericana.
- Chevalier, Louis.  
1973 Classes laborieuses et classes dangereuses a Paris pendant la premiere motié du XIXe siècle, Paris, Plon.
- Chiaromonte, José Carlos.  
1981 "En torno a la recuperación demográfica y la depresión económica novohispanas durante el siglo XVII", Historia Mexicana, XXX, 4 (120), pp.561-604.
- Darmon, Pierre.  
1984 "Santé et politique de santé aux XIX<sup>e</sup> siècle. Vacunne et vaccination avant Jenner: une querelle d'antériorité", Histoire economic et societé, santé, médecine et politiques de santé, Paris, CDU & SEDES, pp. 583-592.
- Dávalos, Marcela.  
s/f De basuras inmundicia y movimiento, o de cómo se limpiaba la Ciudad de México a finales del Siglo XVIII, México, Cienfuegos.
- Davies, Keith.  
1972 "Tendencias demográficas urbanas durante el siglo XIX en México", Historia Mexicana, XXI, 3, pp. 481-524.
- Dennell, R.W.  
1979 "Enfermedades por desnutrición", World Archaeology, II, 2, pp. 122-127.
- Dubos, René.  
1975 El espejismo de la salud, México, F.C.E.
- Fernández del Castillo, Francisco.  
1982 "Don Francisco Javier de Balmis y los resultados de su expedición vacunal a América", Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 329-337.
- 1982 "El tifus en México antes de Zinsser", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Florescano y

- Malvido (Comp.), México, IMSS, T I, pp.127-139.
- Fenner, F. y D. White.  
1987 Virología Médica, México, La prensa médica mexicana.
- Florescano, Enrique.  
1969 Precios del maíz y crisis agrícolas en México (1708-1810), México, El Colegio de México.
- 1972 "Bibliografía de la historia demográfica de México (época prehispánica-1910)", Historia Mexicana, XXI, 3 (83), pp. 525-537.
- 1986 Origen y desarrollo de los problemas agrarios en México, 1500-1821, México, Era-SEP, (Lecturas Mexicanas 34).
- Florescano, Enrique y Elsa Malvido. (compiladores)  
1982 Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, 2 vols., México, IMSS, (Col. Salud y Seguridad Social, Serie Historia).
- Foucault, Michel.  
1986 El nacimiento de la clínica, México, Siglo XXI.
- Frenk, J., J.L. Bobadilla y J.Sepúlveda.  
1988 "La transición de la salud en México: un modelo propio" (Salud y enfermedad) en Demos, México, UNAM, pp. 28-30.
- Frost, Elsa, M.C. Meyer y J.Vázquez.  
1979 El trabajo y los trabajadores en la Historia de México, México, El Colegio de México- Univ. of California Press, pp. 311-332.
- Frost, Wade Hampton.  
1965 "Introducción", en Snow on Cholera, New York, Hafner Publishing Company, Inc.
- Galloway, R. Patrick.  
1986 "Differentials in Demographic Responses to Annual Price Variation in Pre-Revolutionary France. A comparison of Rich and Poor Areas in Rouen, 1681-1787", en European Journal of Population, 2, pp. 269-305.
- García Acosta, Virginia.  
1988 "La alimentación en la ciudad de México: el consumo de pan en el siglo XVIII", Historias, México, INAH, 19, pp. 73-80.

García Cubas, Antonio.

1862 "Estado de la división, extensión y población de la República conforme a los últimos datos", Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, México, X, pp. 278-279.

-----  
1870 "Materiales para formar la estadística general de la República Mexicana, Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, XIV.

-----  
1885 Cuadro Geográfico, estadístico, descriptivo e histórico de los Estados Unidos Mexicanos, México, Tipografía de la Secretaría de Fomento.

-----  
1892 Geografía e Historia del Distrito Federal. México, Antigua Imprenta de Murguía.

-----  
1978 El libro de mis recuerdos, México, Ed. Patria.

García Icazbalceta, Joaquín.

1954 "Los médicos de México en el Siglo XVI", Biblioteca Mexicana del Siglo XVI, México, FCE.

García y Griego, Manuel.

1978 "Antecedentes de las migraciones porfirianas: 1800-1880" , Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, , México, DIH-INAH, III, pp. 109-141 (Cuadernos de trabajo 22).

Gauldie, Enid.

1974 "Cruel Habitation. A history of working-class housing, 1790-1918, London, George Allen & Unwin Ltd.

Gayón, Córdova, María.

1988 Condiciones de vida y de trabajo en la ciudad de México en el siglo XIX, México, INAH.

Gerhard, Peter.

1962 México en 1742, México, Ed. Porrúa.

Gibson, Charles.

1978 Los Aztecas bajo el dominio Español 1519 - 1810, México, Siglo XXI, (América nuestra).

Gilmore, N. Ray.

1957 "The condition of the poor in México, 1834", The Hispanic American Historical review, XXXVII, 2.

- Gilmore, N. Ray.  
1957 "The condition of the poor in México, 1834", The Hispanic American Historical review, XXXVII, 2.
- Ginzburg, Carlo.  
1986 El queso y los gusanos. El cosmos visto según un molinero del siglo XVI, España, Ed. Muchnik.
- Glantz, Margo.  
1964 Viajes en México, Crónicas extranjeras, México, Secretaría de Obras Públicas.
- Gómez de la Cortina, José.  
1861 "Introducción", Boletín del Instituto Nacional de Geografía y Estadística de la República Mexicana, México, I, 14-15 (reimpresión de 1838).
- González Angulo, Jorge y Yolanda Terán.  
1976 Planos de la ciudad de México 1785-1896 con un directorio por calles por sus nombres antiguos y modernos, México, INAH.
- González Angulo, Jorge.  
1983 Artesanado y ciudad a finales del siglo XVIII, México, F.C.E., SEP.
- González Navarro, Moisés.  
s/f Historia demográfica contemporánea, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos ( en mimeógrafo).
- 1973 Historia Moderna de México. El Porfiriato. Vida Social, Daniel Cosío Villegas, México, Ed. Hermes.
- 1974 Población y Sociedad en México (1900-1970), México, UNAM, (Serie Estudios 42).
- González Obregón, Luis.  
1979 México Viejo, México, Promexa editores.
- Gonzalvo, Pilar.  
"La casa de niños expósitos de la ciudad de México. Una fundación del siglo XVIII" en Historia Mexicana, 3, (123), pp.409-429.
- Gortari, Hira de y Regina Hernández.  
1988 La ciudad de México y el Distrito Federal. Una historia compartida, México, Depto. del Distrito Federal y el Instituto José María Luis Mora, 4 Tomos.
- Guagliardo, M.

- Gutiérrez Solana, Nelly.  
1985 Códices de México. Historia e interpretación de los grandes libros pintados prehispánicos, México, Panorama.
- Guzmán, José Miguel.  
1988 "Mortalidad infantil y diferenciación socioeconómica en América Latina, 1960-1980, en Mario Bronfman y José Gómez de León, La Mortalidad en México: niveles, tendencias y determinantes, México, El Colegio de México.
- Hamnett, R. Brian.  
1986 Roots of Insurgency, Mexican Regions, 175-1824, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hansluka, H.  
1974 "Health Population and Socioeconomic Development", Population Growth and Economic Development in the Third World, pp. 191-250.
- Hardoy, Jorge.  
s/f Las ciudades en América Latina, Buenos Aires, Paidós.
- Henry, Louis.  
1983 Manual de Demografía Histórica, Barcelona, Ed. Crítica.
- Hernández Rodríguez, Rosaura.  
1982 "Epidemias y calamidades en el México prehispánico" en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Florescano y Malvido (Comp.) México, IMSS, T II, pp. 139-157.
- Hernández Torres, Alicia.  
1982 "El sitio de Cuautla y las epidemias de 1813-1814", Ensayo sobre la historia de las epidemias de México. Florescano y Malvido, (comp.) México, IMSS, T.II, pp. 551-565.
- Herzlich, Claudine y Janine Pierret.  
1984 Maladies D'hier Malades D'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de querison, Paris, Payot.
- Hobcraft, J.N. y otros.  
1984 "Socio-economic Factors in Infant and Child Mortality: A Cross-national Comparison", Population Studies, 38, 2, pp. 193-223.
- Hobsbawn, Eric.  
1976 "De la historia social a la historia de la sociedad", Ciro Cardoso, Tendencias actuales de la historia social y demográfica, México, ( Col. SEP/ Setentas 278).
- Hollinsworth, T.H.  
1983 Demografía histórica: Cómo utilizar las fuentes de la

- Hobsbawn, Eric.  
1976 "De la historia social a la historia de la sociedad", Ciro Cardoso, Tendencias actuales de la historia social y demográfica, México, ( Col. SEP/ Setentas 278).
- Hollinsworth, T.H.  
1983 Demografía histórica: Cómo utilizar las fuentes de la historia para construirla, México, F. C. E.
- Humboldt, Alejandro de.  
1984 Ensayo político sobre el reino de la Nueva España (1811), México, Editorial Porrúa S.A., (Sepan Cuantos..., 39).
- Hutchinson, C.A.  
1958 "The Asiatic cholera epidemic of 1833 in México", Bulletin of History of Medicine, E.U.A., XXXII, 1, enero-febrero, pp. 1 a 23 y 2, pp. 152-163.
- Imagen de la ciudad  
1985 México, Enciclopedia de México.
- Jaen, Ma. Teresa y Lourdes Márquez Morfin.  
1985 "Notas sobre Paleopatología" en Avances en Antropología física, México, INAH, pp. 211-232, (Cuaderno de trabajo I).
- Jiménez Ornelas, René.  
1988 "Comportamiento de la mortalidad hasta 1987" en Demos, Carta demográfica sobre México, México, UNAM, pp. 5-7.
- 1989 "Mortalidad infantil" en Demos. Carta demográfica sobre México, México, UNAM, pp. 14-15
- Kicza, John.  
1981 "Mexican Demographic history of the Nineteenth Century. Evidende and Approaches", En Janus Wilkie and Stephen Haber (eds). Statistical Abstract of Latin America, University of California, 21, pp. 592-609.
- 1986 Empresarios coloniales. Familias y negocios en la ciudad de México durante los borbonés, México, F.C.E.
- Komlos, John.  
1985 "Stature and Nutrition in the Hasburg Monarchy: The Standar Living and Economic Development in the Eighteenth Century", The American Historical Review, 90, 5, pp. 1149- 1161.
- Koppes, Clayton, R. y William, P. Norris.

Kuznesof, Elizabeth.

1988 "Household and Family", en K.Lynn Stones, ed. Latinas of the Americas : A source Book, New York, pp. 309-310.

Kuznesof, Elizabeth A. y Robert Oppenheimer.

1985 "The family and Society in Nineteenth Century Latin American: An Historiographical Introduction" Journal of Family History, 10, 3, pp. 215-234.

Ladd, Doris.

1984 La nobleza mexicana en la época de la Independencia, 1780-1826, México, F.C.E.

Landa, Everardo.

1945 "La cooperación de la Academia Nacional de Medicina en México en el estudio del tifo exantémico" en Primera reunión interamericana del tifo, México, S.S.A.- Instituto de Estudios Interamericanos.

Landers, J.

1987 "Mortality and Metropolis: The Case of London 1675-1825", en Population Studies, 41, pp. 59-76.

Laslett, Peter.

1976 "La historia de la población y de la estructura social", en Ciro Cardoso, Tendencias actuales de la historia social y demográfica, México, (Col. SEP/ Setentas, 278).

Laurell, Cristina.

1979 La salud-enfermedad como proceso social, México, UNAM.

Lavrin, Asunción.(Ed.)

1978 "In search of the Colonial Woman in Mexico: The Seventeenth and Eighteen Centuries" en Latin American Women, pp. 23-59.

Lebrun, Francois.

1971 Les hommes et la mort en Anjou aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles. Essai de demographie et de psychologie historiques, Paris, Mouton.

Le Goff, Jacques y Pierre Nora.

1980 Hacer la historia III, Objetos Nuevos, Barcelona, Ed. laia.

León, Nicolás.

1982 "¿Qué era el Matlazahuatl y qué el Cocoliztli en los tiempos precolombinos y en la época hispana?", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T I, pp.383-417.

- Le Goff, Jacques y Pierre Nora.  
1980 Hacer la historia III, Objetos Nuevos, Barcelona, Ed. laia.
- León, Nicolás.  
1982 "¿Qué era el Matlazahuatl y qué el Cocoliztli en los tiempos precolombinos y en la época hispana?", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T I, pp.383-417.
- Lerner, Victoria.  
1968 "Consideraciones sobre la población de la Nueva España (1793-1810). Según Humboldt y Navarro y Noriega", Historia Mexicana, XVII, 3, pp. 327.
- Le Roy Ladurie, Emmanuel.  
1978 "Un concept: L'unification microbienne du monde (XIVe-XVIIe siècles)" en Le Territoire de L'historien II, Paris, pp. 37-97.
- Lévy-Uroelant, Claire.  
1988 "Fragilité de la famille urbaine au XIX siècle: Itinéraires Versaillais de 1830 à 1880, Population, 3, 43e année, pp. 639-658.
- Lilienfeld, Abraham y D.E. Lilienfeld.  
1983 Fundamentos de epidemiología, México.
- Lira, Andrés.  
1983 Comunidades indígenas frente a la ciudad de México. Tenochtitlán y Tlatelolco sus pueblos y barrios, 1812-1919, México, El Colegio de México, El Colegio de Michoacán, CONACYT.
- Livi-Bacci, Massimo.  
1985 "The Nutrition-Mortality Link in Past Times:A Comment", en Hunger and History .The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 95-100.
- Lombardo, Sonia.  
1974 "Influencia del medio físico en el crecimiento de la ciudad de México hasta el siglo XIX", en Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH-INAH, pp. 50-70, (Cuadernos de Trabajo I).
- 1987 "Esplendor y ocaso colonial en la ciudad de México", Atlas de la ciudad de México, México, DDF, El Colegio de México, Cap. 2, pp. 60-63.
- López Acuña, Daniel.

- 1986 La salud desigual en México, México, Siglo XIX.
- López Austin, Alfredo.  
1984 Cuerpo humano e ideología, México, UNAM.
- López Monjardín, Adriana.  
1978 "El espacio de la producción: ciudad de México, 1850", Alejandra Moreno (coordinadora), Ciudad de México, Ensayo de construcción de una historia, México, DIH/INAH, pp. 56-70, (Col Científica, 61).
- 1979 "El artesanado urbano a mediados del siglo XIX", México, DIH/INAH, pp. 176-183, (Cuadernos de Trabajo 29).
- 1985 Hacia la ciudad del capital: México 1790-1870, México, INAH.
- López Sarrelange, Delfina.  
1963 "La población indígena de la Nueva España en el siglo XVIII", Historia Mexicana, XII, 4 (48), pp. 516-530.
- 1982 "Una Hacienda comunal indígena en la Nueva España: Santa Ana Aragón", Historia Mexicana, XXXII, 1 (125), pp. 1-38.
- MacMahon, Brian y Thomas Pugh.  
1978 Principios y métodos de epidemiología, México, La Prensa Médica Mexicana.
- Maldonado, Celia.  
1974 "Mapa : demarcación de las parroquias 1910", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH/INAH, pp. 150-154, (Cuadernos de trabajo I).
- 1974 "El cólera en 1850 en la ciudad de México", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH/INAH, pp. 28-49, (Cuadernos de trabajo I).
- 1976 Estadísticas vitales de la ciudad de México, "México, INAH, (Col. Científica).
- 1978 "Edad promedio a la muerte. Ciudad de México, 1840-1849", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, III, México, DIH/INAH, pp. 157-158, (Cuadernos de trabajo I).
- Malvido, Elsa.

1972 "Factores de despoblación y de reposición de la población de Cholula (1641-1810)", Historia Mexicana, XXVIII, 1, pp. 52-110.

-----  
1982 "Cronología de Epidemias y crisis agrícolas en la época Colonial", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Florescano y Malvido (Comp.), México, IMSS, T I, pp.169-179.

Martínez Cortes, Fernando.

1987 La medicina científica y el siglo XIX Mexicano, México, SEP./ FCE., (La ciencia) T.45.

Márquez Morfín, Lourdes.

1982 "Distribución de la estatura en colecciones óseas Mayas prehispánicas", en Estudios de Antropología biológica, II, Coloquio de Antropología Física Juan Comas, México, UNAM, pp. .

-----  
1984 Sociedad Colonial y enfermedad: Un ensayo de osteopatología diferencial, México, INAH, (Colección Científica 136)

-----  
1987 "Qué sabemos de los Mayas peninsulares, a partir de sus restos óseos" en Memorias del primer coloquio internacional de Mayistas, 5 - 10 de agosto de 1985, México, UNAM, pp.42-59.

Márquez Morfín, Lourdes, Antonio Benavides y Peter Schmidt.

1982 Exploración de la Gruta de Xcan, Yucatán, México, Centro Regional del Sureste del INAH.

Márquez Morfín Lourdes y Magalí Civera.

1985 "Paleodemografía Colonial" en Avances en antropología física, México, INAH, pp. 113-123, (Cuaderno de trabajo II).

Mayer, Brantz.

1953 México lo que fue y lo que es, México, F.C.E.

McCaa, Robert, Stuart Schwartz y Arturo Grubessich.

1979 "Race and Class in Colonial Latin America .A Critique", Comparative Studies in Society and History, 21, pp.431-432.

Mc Caa, Robert.

1983 Marriage and Fertility in Chile: Demographic Turning Points in the Petorca Valley 1840 - 1976, Boulder.

McKeown, Thomas.

- 1985 "Food, Infection, and Population" en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge, University Press., pp.29-50.
- Mc Neill, H. William.  
1976 Plaques and people. A book of the First importance, a truly Revolutionary Work, New York, Anchor Books.
- Mc Shane, Clay.  
1979 "Transforming the use of urban space: a Look of the Revolution in Street Pavements, 1880-1924", Journal of Urban History, 5, 3, pp. 279-307.
- Meeus, M.  
1974 "La mortalité à Meerhout-en-Campine de 1686 à 1815", Population et Famille, 33, (3), pp. 131-189.
- Menendez, L Eduardo.  
1981 Poder estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, México, Ed. Casa Chata, 13.
- Miranda, José  
1962 "La población indígena de México en el siglo XVII", Historia Mexicana, XII, 2, pp. 182-189.
- Montoya, Juan Antonio.  
1945 "Datos sobre la distribución del tifo en Colombia", en Primera Reunión Interamericana del tifo, México, S.S.A, pp. 125-132.
- Morales, Ma. Dolores.  
1974 "La expansión de la ciudad de México en el siglo XIX. El caso de los fraccionamientos", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH-INAH, pp. 71-104, (Cuadernos de trabajo I).
- 1976 "Estructura urbana y distribución de la propiedad en la Cd. de México en 1813" en Historia Mexicana, XXV, 3, (enero-marzo), pp. 363-402.
- 1978 "Rafael Martínez de la Torre y la creación de fraccionamientos. El caso de la colonia Guerrero", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH-INAH, pp. 1-72, (Cuadernos de trabajo III).
- 1986 "La distribución de la propiedad en la ciudad de

México, 1813-1848", México, DIH-INAH, pp. 81-89 (Historias 12).

Moreno Toscano, Alejandra.

1971 "El paisaje rural y las ciudades, dos perspectivas de la Geografía Histórica", Historia Mexicana, XXI, 2, (82), pp. 242-268.

-----  
1977 "Algunas características de la población urbana: ciudad de México siglos XVIII-XIX, en Investigación demográfica en México, México, CONACYT.

-----  
1978 Ciudad de México. Ensayo de construcción de una historia, México, INAH, pp. 11-20, (Col. Científica 61).

-----  
1981 "Los trabajadores y el proyecto de industrialización, 1820-1867", La clase obrera en la historia de México, México, Ed. Siglo XXI, UNAM, pp. 303-310.

----- y Carlos Aguirre.

1974 "Migraciones hacia la ciudad de México durante el siglo XIX: perspectivas de investigación", Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH-INAH, pp. 1-26, (Cuadernos de trabajo I).

Morin, Claude.

1973 Santa Inés Zacatelco, 1646-1813, Contribución a la demografía histórica del México colonial. México, INAH, (Col. Científica 9).

Mörner, Magnus.

1961 "El mestizaje en la historia de Ibero-América" Historia Mexicana, XXI, México, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, pp. 104.

-----  
1967 Race Mixture in the History of Latin America, Boston.

Nadal, Jordi.

1973 La población española (siglos XVI a XX), Barcelona.

Nacif Mina, Jorge.

1986 La Policía en la Historia de la Ciudad de México (1524 - 1928), México, DDF, Socicultur.

Navarro y Noriega, Fernando.

1943 Catálogo de los curatos y misiones de la Nueva

España seguida de la Memoria sobre la población de la Nueva España (primer tercio siglo XIX), México, Instituto Mexicano de Investigaciones Histórico-Jurídicas.

Navarro y Bustamante.

1851 "Sesión de la Junta Menor del Instituto, celebrada el día 26 de octubre de 1838, con asistencia del Excmo. Sr. Ministro del Interior", Boletín del Instituto Nacional de Geografía y Estadística de la República Mexicana, México, I, pp.48-50.

Ohgaki Kodama, Kishiro.

1979 Ayuntamiento de la ciudad de México (1808-1821). La crisis política de 1808 y el camino constitucional. Tesis inédita, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos.

Oliver, Lilia V.

1986 Un verano mortal. Análisis demográfico y social de una epidemia de cólera en Guadalajara 1833. México, UNED (col. histórica, serie: Documentos e Investigación 22).

Ornelas, René y Alberto Minujin.

1980 "Mortalidad infantil y clases sociales", Investigación demográfica en México, 1980, CONACYT, pp. 33-42.

Ordorica, Manuel.

1980 "Factores determinantes de la mortalidad", Investigación demográfica en México, 1980, México, CONACYT, pp. 29-31.

Orozco y Berra, Manuel.

1856 "Matlazahuatl de 1736", Diccionario Universal de Historia y Geografía, México, Imprenta de J. M. Andrade y E. Escalante, Apéndice II, pp.793-795.

-----

1973 Historia de la ciudad de México desde su fundación hasta 1854, México, (Col. SEPSetentas 112).

Pani, Alberto.

1916 La Higiene en México, México, Imprenta de J. Balleasca.

Panta L Del y Massimo Livi-Bacci.

1977 "Chronologie Intensité et Diffusion Des Crises De Mortalité en Italie: 1600-1850", Population, Número especial, pp. 401-446.

Payno, Manuel.

1986 Los bandidos de Río Frío, México, Ed. Porrúa, S.A.,

(Col. Sepan Cuantos...no.3).

Pelto, H Gretel y Pertti, J Pelto.

1985 "Diet and Delocalization: Dietary Change Since 1750", en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 309-332.

Pérez Moreda, Vicente.

1980 Las crisis de mortalidad en la España interior (Siglos XVI-XIX), Madrid, Siglo XXI.

Pérez Tamayo, Ruy.

1985 Enfermedades viejas y nuevas. México, Siglo XXI.

-----

1988 El concepto de enfermedad: Su evolución a través de la historia, Mexico, Ed. Fondo de Cultura Económica, T I y II.

Poinsett, Joel.

1950 Notas sobre México, Pablo Martínez del Campo (trad.), México, Ed. Jus.

Poulain, Michel.

1977 "Une épidémie de choléra et ses répercussions démographiques: un mécanisme autorégulateur suite à une crise de mortalité", Population et Famille, 2, pp.73-90.

Pressat, Roland.

1977 Introducción a la demografía, México, Ed. Ariel.

Pressat, Roland.

1983 El análisis demográfico. Métodos, resultados, aplicaciones, México, F.C.E.

Prieto, Guillermo.

1985 Memorias de mis tiempos, México, Ed. Porrúa, S.A.

Quezada, Noemí.

1989 Enfermedad y Maleficio. El curandero en el México colonial, México, UNAM.

Rabell, Cecilia.

1984 La población novohispana a la luz de los registros parroquiales: avances y perspectivas de investigación. Tesis inédita, Centro de Estudios Demográficos de El Colegio de México.

Revel, Jacques y Jean Pierre Peter.

1980 "El cuerpo. El hombre enfermo y su historia, Le Goff y Nora, Hacer la Historia, Barcelona, Ed. Laia.

- Riva Palacio, Vicente.  
1987 México a través de los siglos, T IX, México, Ed. Cumbre, S.A.
- Rivera Cambas, Manuel.  
1882 México pintoresco artístico y monumental, II, México, Imprenta de la Reforma.
- Robinson, David.  
1980 Research inventory of the Mexican Collection of Colonial Registers, Salt Lake City, University of Utah Press.
- Rojas Soriano, Raúl.  
1985 Sociología Médica, México, Folios Ediciones.
- Romero Flores, Jesús.  
1978 México, historia de una gran ciudad, México, Ed. B. Costa-Amic.
- Ruiz Castañeda, Maximiliano.  
1978 Escritos y entrevistas, México, Fonapás.
- Ros, María Amparo.  
1978 "La real fábrica de puros y cigarros: organización del trabajo y estructura urbana", en Moreno Toscano, Ciudad de México. Ensayo de construcción de una Historia, México, INAH, pp. 47-55.
- 1979 "La fábrica de puros y cigarros de México (1770-1800)", México, DIH/INAH, pp. 52-67, (Cuadernos de trabajo 29).
- 1984 "La producción cigarrera a finales de la Colonia. La fábrica de México", México, DIH/INAH, (Cuadernos de trabajo 44).
- Rosemblat, Angel.  
1967 La población de América en 1492. Viejos y nuevos cálculos, México, El Colegio de México.
- Salazar, Flor.  
1979 "Los trabajadores del 'servicio doméstico' en la ciudad de México en el siglo XIX", México, DIH/INAH, pp.184-194, (Cuadernos de trabajo 29).
- Sánchez-Albornoz, Nicolas.  
1973 La población de América Latina. Madrid, Alianza Universidad.
-

- 1977 España hace un siglo: una economía dual. Madrid, Alianza Universidad.
- San Martín, Hernán.  
1988 Salud y Enfermedad, México, La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.
- Sauvigni, Bertie R.G. (de)  
1957 "Population movements and political changes in nineteenth century France", Review of politics, 1, pp. 37-47.
- Schofield, Roger.  
1985 "The Impact of Scarcity and Plenty on Population Change in England 1541-1871", en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 67-94.
- Scrimshaw, Nervin.  
1985 "The Value of Contemporary Food and Nutrition Studies for Historians", en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 331-336.
- Seed, Patricia.  
1982 "Social Dimensions of Race; México City, 1753", Hispanic American Historical Review, 62 (4), pp.569-606.
- Shaw, Frederick J.  
1979 "The artesan in Mexico City (1824-1853)", en El trabajo y los trabajadores en la historia de México, Frost y Meyer, México, El Colegio de México - Univ. de California, pp. 399-418.
- Sheldon, W.H.  
1955 Las variedades del temperamento: Psicología de las diferencias constitucionales, Buenos Aires, Editorial Paidós, (Biblioteca de caracterología y tipología) T IV.
- Shreider, Eugenio.  
1944 Los tipos humanos, México, Fondo de Cultura Económica.
- Sigerist, Henry.  
1984 Hitos en la historia de la salud pública, México, Siglo XXI.
- Snow, John.  
1965 Mode of Communication of Cholera, London, John Churchill.
-

1965 Snow on Cholera, Being a reprint of two papers. New York, Hafner Publishing Company, Inc.

Somolinos d'Ardois, Germán.

1982 "Las epidemias en México durante el siglo XVI", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 205-215.

-----  
1982 "La epidemia de Cocolitzli de 1545 señalada en un codice", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 233-235.

-----  
1982 "Epidemias y hospitales en el Códice Sierra", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 235-237.

-----  
1982 "La viruela en la Nueva España", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 237-249.

-----  
1982 "Hallazgo del manuscrito sobre Cocolitzli, original del Dr. Francisco Hernández", en Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Florescano y Malvido (comp.), México, IMSS, T.I, pp. 369-383.

Suárez, Eugenio.

1945 "Epidemiología del tifo exantémico en Chile", en primera Reunión Interamericana del tifo, México, S.S.A.-Instituto de Asuntos Interamericanos, pp.111-123.

-----  
1945a "Epidemiología del tifo exantémico, en Primera Reunión Interamericana del tifo, México, S.S.A.-Instituto de Asuntos Interamericanos, pp. 133-148.

Super, C. John.

1980 "Pan, alimentación y política en Querétaro a fines del siglo XVIII", Historia Mexicana, XXX, 2 (118), pp.247-272.

Tanck de Estrada, Dorothy.

1979 "La abolición de los gremios", Elsa C. Frost, Michael Meyer y Josefina Vázquez (comps.), El trabajo y los trabajadores en la historia de México, México y Tucson, pp. 311-329.

- 1981 "Tensión en la Torre de Marfil. La educación en la segunda mitad del siglo XVIII mexicano", Vázquez y otros, Ensayos sobre la historia de la educación en México, México, El Colegio de México, pp.23-113.
- 1984 "Ilustración y liberalismo en la programa de Valentín Gómez Farías", Historia Mexicana, XXXIII, 4 (132), pp.463-458
- 1985 La educación ilustrada en la Nueva España, México, SEP.
- Tarr, Joel A.  
 1979 "The separate & combined swer problem. A case Study in Urban Technology, Design Choise". Journal of Urban History, 5, 3, pp. 308-339.
- Taylor E Carl.  
 1985 "Synergy among Mass Infection Famines and Poverty", en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 285-304.
- Tena Ramirez, Felipe.  
 1985 Leyes fundamentales de México 1808 - 1985, México, Editorial Porrúa, S.A.
- Timio, Mario.  
 1980 Clases sociales y enfermedad (Introducción a una epidemiología diferencial), México, Ed. Nueva Imagen.
- Urías, Margarita y Carlos San Juan.  
 1982 "Población y desarrollo en el México del siglo XIX. Fuentes, metodología y situación de los estudios demográficos-históricos sobre el siglo XIX en México", Investigación Económica, México, UNAM, XLI, (162), pp. 129-178.
- Valdés, Dennis Nodin.  
 1978 The Decline of the Sociedad de castas en México City, Thesis Ph.D. History, Universidad de Michigan.
- Vasco, Alberto.  
 1979 Enfermedad y Sociedad, Colombia, Ed. Hombre Nuevo.
- Vázquez, Irene.  
 1975 "Los habitantes de la ciudad de México vistos a través del censo de 1753", Tesis inédita, México, Centro de Estudios Históricos de El Colegio de México.

Vázquez, Josefina.

1987 Planes de la Nación Mexicana, México, Cámara de Senadores de la República Mexicana, T.II.

Vázquez y otros

1981 Ensayos sobre historia de la educación en México, México, El Colegio de México.

Velasco M.L., Ma. del Pilar.

1987 "Las políticas sanitarias y las políticas de población en México durante el Siglo XIX", en Aportes de Investigación, México, UNAM, T 16. pp.7-28.

-----

1984 "La población de la ciudad de México en el siglo XIX y la epidemia de cólera de 1833, Tesis inédita, México, Centro de Estudios Demográficos de El Colegio de México.

Venegas Ramirez, Carmen.

1973 Régimen hospitalario para Indios en la Nueva España, México, SEP-INAH.

Vilar, Pierre.

1982 Iniciación al vocabulario del análisis histórico, Barcelona, Ed. Crítica.

Villarroel, Hipólito.

1982 Enfermedades políticas que padece la capital de esta Nueva España en casi todos los cuerpos que se compone y remedios que se le deben aplicar para su curación si se quiere que sea útil al Rey y al público, México, Ed. Porrúa, pp. 156-279 (Col. Tlahuicole no.2).

Walkins, C.Susan y Etienne Von de Walle.

1985 "Nutrition , Mortality, and Population Size: Malthus Court of Last Resort" en Hunger and History. The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society, London, Cambridge University Press., pp. 7-28.

Ward, Henry.

1981 México en 1827, México, F.C.E.

William Marilyn Thorton.

1980 "New York city public baths. A case study in urban progresive reform", Journal of Urban History, 7, 1, pp. 49-81.

Williamson, J.G.

1984 "British Mortality and The Value of Life, 1781-1931", population Studies, 38, 1, pp. 157-172.

Wrigley, E.A.

1969 Historia y Población. Introducción a la demografía

histórica, México, Ed. Guadarrama.

Zavala de Cossio, Ma. Eugenia.

1989

"Fecundidad: Dos momentos en la transición demográfica" en Demos, 2, México, UNAM, pp. 6-7.