

# EL CÓLERA EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL SIGLO XIX Y EN SUDAMÉRICA EN 1991

Lourdes Márquez Morfín

*Dirección de Antropología Física, INAH*

## INTRODUCCIÓN

El cólera parecía asunto del pasado. Sin embargo, cercano el fin del siglo XX, vuelve a presentarse en nuestro continente causando grandes estragos entre los pueblos sudamericanos, particularmente en Perú. Muchas son las especulaciones en cuanto a la forma de transmisión de la enfermedad y pocos los datos confiables que se ofrecen al auditorio común.

Este trabajo se centra en el análisis de los resultados de morbilidad y mortalidad de la primera epidemia de cólera que afectó en 1833 a la población de la ciudad de México. Las líneas de investigación que se desarrollaron mantienen un enfoque de la enfermedad como fenómeno biosocial, por lo que este estudio resalta las repercusiones diferenciales del cólera en la población capitalina de los 32 cuarteles, en los cuales estaba dividida la ciudad para su administración y gobierno, así como de las parroquias.

Además se describen brevemente algunas de las semejanzas de la respuesta ideológica y de la colectividad ante la presencia en América, a finales de esta centuria, de este tipo de padecimientos característicos del siglo XIX.

### *Etiología*

El cólera es una enfermedad infecciosa aguda, cuyas manifestaciones clínicas son de distinta intensidad 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 el desequilibrio hidroelectrico y causa la muerte, a sólo 24 horas después de su aparición. Los casos benignos pueden consistir en episodios diarreicos de curación espontánea.

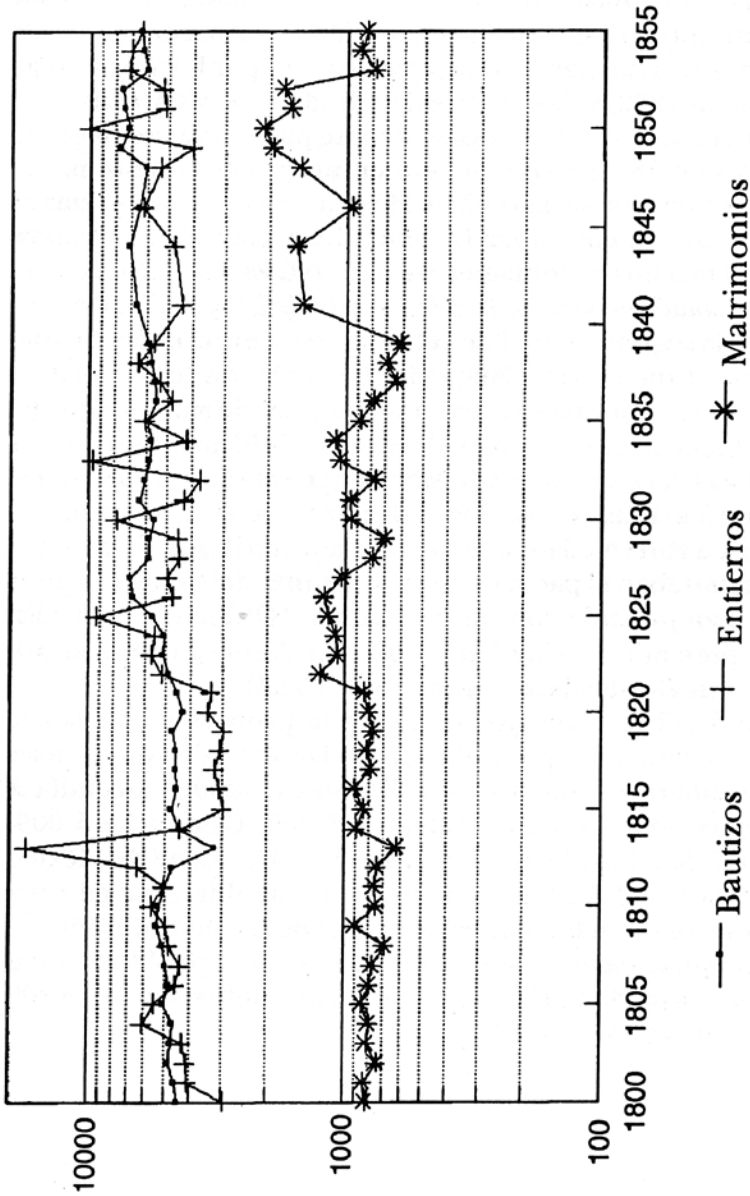
La enfermedad es causada por un bacilo de forma curva llamado *Vibrio cholerae*, el cual sobrevive fuera del organismo por periodos de siete días, especialmente en ambientes húmedos y templados. En el agua permanece vivo unas cuantas horas o semanas, si ésta se encuentra contaminada con materia orgánica. El contagio se puede prevenir hirviendo el agua, purificándola con cloro, otros desinfectantes y algunos antibióticos que matan al bacilo. La fuente de infección y los reservorios son las heces y el vómito de los enfermos; los contactos que portan el bacilo son los alimentos que son regados con aguas negras u otros donde el bacilo se adhiere, como es el caso de los moluscos. El vibrión entra por vía digestiva y tiene un periodo de incubación de 48 horas después del contacto. El tiempo de transmisibilidad es variable, generalmente el enfermo excreta vibriones durante pocos días.

### *El cólera en la ciudad de México en 1833*

Existen cuatro excelentes trabajos sobre este tema: el de Carlos María de Bustamante, que brinda en su estudio una riqueza de información insuperable; el historiador Hutchinson (1958) muestra magistralmente la manera en la que se mezclaron los aspectos políticos y sociales con los epidemiológicos; el de Pilar Velasco (1984) se centra en el análisis demográfico de la epidemia a partir de los registros parroquiales, y por último, el de Lilia Oliver (1986) es un espléndido trabajo sociodemográfico con un análisis de mortalidad diferencial por cólera en las parroquias de la ciudad de Guadalajara.

### *Historia de la epidemia*

Para conocer un poco acerca de la historia de esta enfermedad retrocedamos un siglo y medio hacia atrás (158 años), al año 1833, cuando



Fuente: Maldonado, 1976.

Gráfica 1. Ciudad de México, 1800-1885: bautizos, entierros y matrimonios.

por primera vez la población mexicana sufrió un ataque del terrible cólera que durante siglos se había mantenido en forma endémica en Asia, desde donde salió para propagarse primero por Europa y luego por América, en 1832, y llegar a México desde Nueva Orleans.

Las noticias del devastador paso de este padecimiento llegaron a nuestro país en 1831, y aun cuando en un principio se tomaron medidas para prevenir su entrada a México, poco después éstas se dejaron de lado al determinar la comunidad científica (erróneamente) que el mal no era contagioso (*Diario de Gobierno*, 1831; *Archivo Histórico de la ciudad de México, Policía y Salubridad*, vol. 3676, exp. 2).

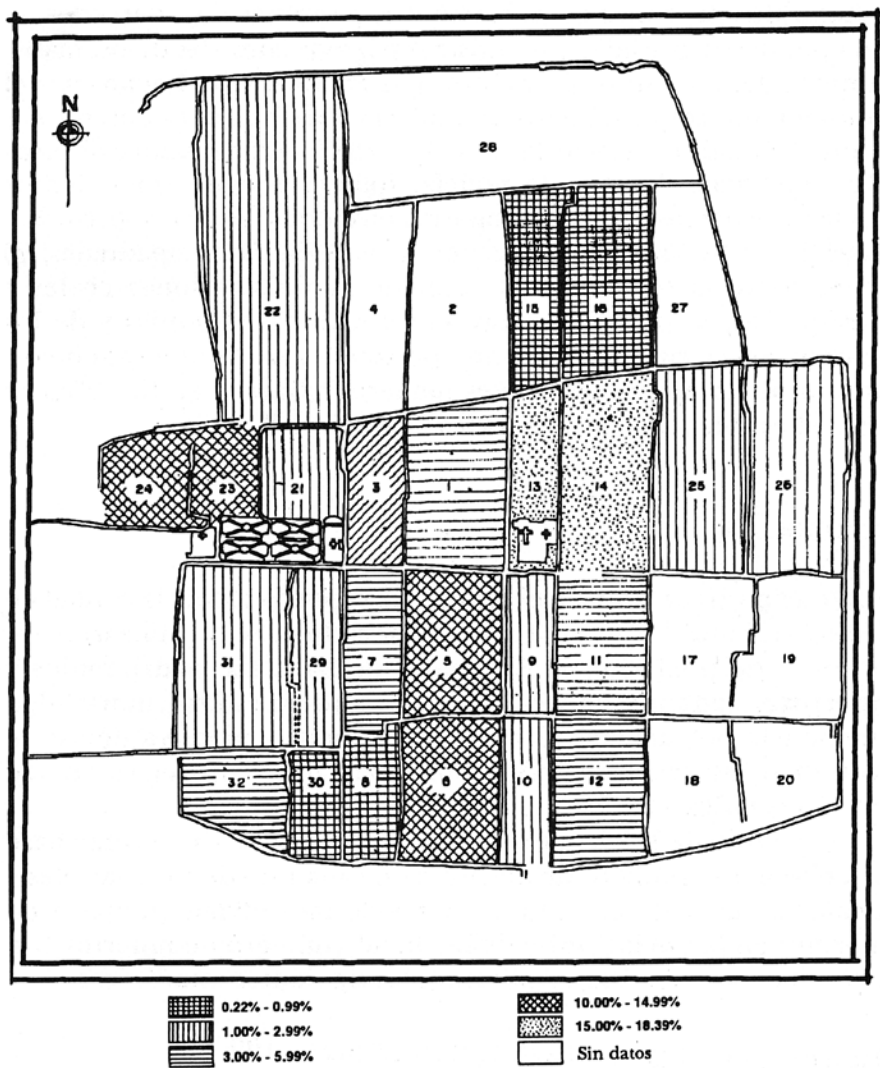
Durante la segunda mitad de 1833 la prensa proclamó su arribo por dos puntos: Tamaulipas y Campeche. Carlos María de Bustamante en su *Diario*, dice: “empezamos a tener miedo cuando supimos que en La Habana habían muerto miles de víctimas”. El mal avanzó por Coahuila hacia el centro y oeste de México (Hutchinson 1958: 5). De Tampico fue a San Luis Potosí, centro de operaciones comerciales de importancia. La enfermedad tardó tres semanas en llegar; los arrieros contagiados portaban el padecimiento diseminándolo en los lugares por los que iban pasando con sus mercancías (Oliver 1986: 26). En Zacatecas se presentó el 14 de julio, y 10 días después cobró su primera víctima en Guadalajara (Oliver 1986: 23-24).

Durante la última semana de julio y la primera de agosto el cólera se había extendido por todo el país. De acuerdo con diversas fuentes, el número de muertos en distintas ciudades ascendía a millares: Aguascalientes 5 000, Tampico 1 200, Campeche 5 000, Veracruz 2 000, San Luis 4 366, Guadalajara 4 993, ciudad de México 9 606 y Oaxaca 1 400. La tasa de mortalidad fue diferente en cada ciudad. Contamos con datos epidemiológicos de la ciudad de México, con 5 %, la de Guadalajara con 11% de muertes de la población total y Oaxaca con mortalidad del 8%, a partir de una población de 18 000 habitantes para ese año.

### *Fuentes*

El estudio acerca de la distribución de esta enfermedad en la población capitalina se realizó con base en diversas fuentes documentales





Fuente: Archivo Histórico de la ciudad de México, aguas, fuentes públicas, vol. 58, t. 1, exp. 59, 34 fs., 1823, exp. 60, 21 fs., 1824.

Figura 1. Ciudad de México, 1823-1824. Porcentajes de “mercedes de agua” privadas en los 32 cuarteles menores.

como: *a)* los padrones de población; *b)* padrones de “mercedes de agua públicas y privadas”; *c)* registros parroquiales (bautizos, matrimonios y defunciones), *d)* registros gubernamentales hechos por el ayuntamiento sobre número de mujeres y de hombres enfermos y muertos en cada cuartel de la ciudad en 1833; *e)* documentos diversos sobre epidemias, bando de policía, folletería sobre tratamientos médicos, remedios, medidas sanitarias, etcétera; *f)* planos sobre urbanización, redes de atarjeas, acueductos, cañerías, empedrados; *g)* planos sobre la división de la ciudad en jurisdicciones civiles y parroquiales; *h)* padrones sobre el valor de las viviendas y de los terrenos de la ciudad; *i)* diarios personales de contemporáneos, historias de la época, materiales hemerográficos y, en fin, fuentes sobre el problema de la salubridad en la ciudad.

## METODOLOGÍA

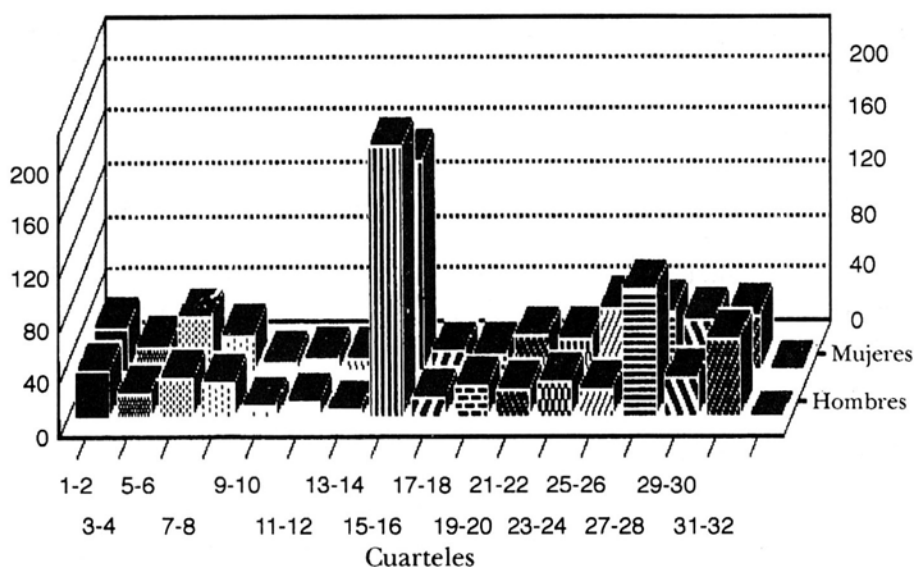
El primer paso consistió en el estudio de la población de la ciudad de México durante la primera mitad del siglo XIX, se utilizaron los padrones de población y el número de bautizos, matrimonios y entierros en cada año, para calcular las tasas de natalidad, mortalidad y tendencia poblacional. Con ello obtuvimos una curva donde se mostraban las crisis de sobre mortalidad que ocurrieron en ese periodo (gráfica 1).

El padrón de 1824, que se levantó en la capital, sirvió como base para obtener el número de efectivos en cada uno de los cuarteles y calcular a partir de ese dato las tasas de morbilidad (número de enfermos en la población) y de letalidad (número de muertos con respecto a los enfermos). Aplicamos las siguientes estadísticas:

$$\text{Tasa de morbilidad} = \frac{\text{número de enfermos} \times 100}{\text{población total}}$$

$$\text{Tasa de letalidad} = \frac{\text{número de muertos} \times 100}{\text{números de enfermos}}$$

A partir del padrón de 1811 se caracterizó a los residentes de cada cuartel de acuerdo con: su ocupación, grupo étnico, porcentaje



Gráfica 2. Ciudad de México: morbilidad por cólera en 1833 en los cuarteles menores.

de hombres y mujeres en cada uno, con el fin de relacionar diversas variables con los resultados de las tasas.

Con base en los padrones de mercedes de agua se elaboró un plano de número de fuentes privadas y públicas en cada cuartel, puesto que la dispersión de la enfermedad está relacionada con el abasto de agua potable (figura 1).

### *Morbilidad por cuarteles*

El análisis de la tasa de morbilidad rara vez se efectúa en poblaciones anteriores a nuestro siglo, en particular por la falta de fuentes adecuadas para este tipo de estudio, ya que se requiere conocer el número de efectivos y de enfermos. En 1833, el ayuntamiento llevó una contabilidad de los enfermos hombres y mujeres en cada uno de los 32 cuarteles.

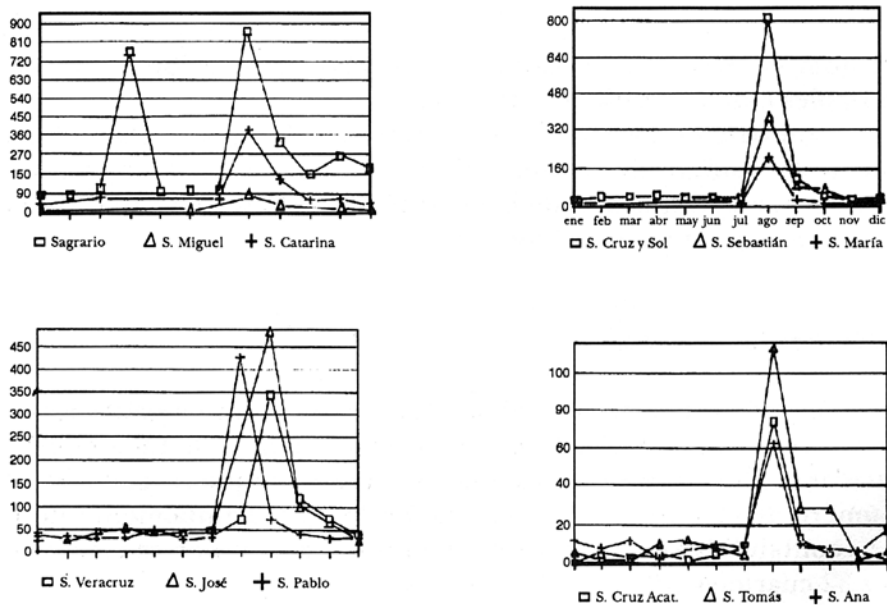
Las cifras son aproximadas pues el mismo documento menciona sus fallas, como es el que sólo se refiere a las personas que se atendieron

por caridad. En cuanto a los muertos, no se incluyeron los “habidos en los hospitales, tampoco los enterrados en los zanjones de San Lázaro, La Palma y San José”.

La población de la ciudad de México en 1833 era de 129 248 personas. En ese año de acuerdo con los registros parroquiales hubo 9 445 entierros en toda la ciudad, cifra tres veces mayor a la del año anterior. El 44.5% de los entierros correspondió a hombres y el resto a mujeres. Entre aquéllos la mortalidad adulta mayor se presentó entre los 30 a 34 años de edad (10.1%) y en el grupo de 40 a 44 años fue de 7.8% (Velasco 1984: 116-118).

### *Morbilidad en los cuarteles menores*

El 6 de agosto se reportó el primer caso de cólera en la ciudad de México y para el 31 de agosto el total de contagiados ascendió a 37 863 personas, casi el 30% de la población total. De estos enfermos,



Gráfica 3. Ciudad de México, 1833. Cólera, duración de la epidemia.

sanaron 20 356 y murieron 5 822. La tasa general de morbilidad fue de 29.29% y de letalidad, 15.37%.

Para evaluar la incidencia de cólera en cada cuartel de la ciudad, se tomaron como base para el número de efectivos las cifras que se proporcionaron en el padrón de 1824, al cual se aplicó la tasa de crecimiento correspondiente al periodo 1820-1838 (.007420). Con ellos se obtuvo el total de la población residente en dichos cuarteles, y de ahí se calcularon los porcentajes de personas que enfermaron y las que murieron. La información del documento del ayuntamiento está vertida en cuarteles menores de dos en dos y con datos para hombres y mujeres (gráfica 2).

Los cuarteles que presentaron las morbilidades masculinas más altas fueron los 15 y 16, con una tasa de 205%; los 27 y 28, con tasas de 98.4%, se localizaron en la esquina nororiente de la ciudad. En los cuarteles 31 y 32 se registraron como enfermos el 61% de sus habitantes. En esta área se ubicaba 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, registraron las tasas más bajas que oscilan entre 7.9 y 12.4%. La media de morbilidad masculina fue de 29.8% y la femenina de 33.4%.

Al relacionar las tasas de morbilidad con la distribución de “mercedes de agua” en la ciudad, vemos que los lugares que carecían del suministro fueron los más afectados (figura 1). En cambio los cuarteles con el mayor número de fuentes privadas, por ejemplo, los 13 y 14 que tenían 80 fuentes privadas, además de cinco públicas, presentaron la morbilidad más baja.

Los enfermos en la zona norte de la ciudad de México alcanzaron una morbilidad del 205%. El centro de la capital fue el menos afectado, entre 7 y 11%. En la parte nororiente había dos ramales de distribución de agua, pero la mayoría de los vecinos tenía que utilizar el agua de las pocas fuentes públicas por falta del servicio particular en esa zona y la desecación intermitente de parte de esos ramales desde el siglo XVIII. Estas circunstancias deben haber incidido en los altos porcentajes de la epidemia en esa sección de la ciudad, que estaba habitada por personas de escasos recursos económicos. De ahí podemos deducir que la gente ya enferma de cólera acudió a las fuentes públicas a recolectar el agua, y en consecuencia la contaminó. Por otro lado, la gran cantidad de personas que se dedicaban a la

venta de agua, conocidas en aquella época como “aguadores”, pudieron ser elementos importantes de la diseminación de la epidemia.

La escasez de drenajes (o atarjeas) y los hábitos de fecalismo al aire libre fueron factores determinantes en la alta incidencia de la epidemia.

### *Mortalidad por parroquias*

Si utilizamos otro tipo de información, como son los entierros que se registraron en las parroquias de la ciudad en ese año (1833), al ser comparados con el promedio de los entierros que ocurrieron en los cinco años anteriores al de la epidemia, podemos obtener cifras acerca de la gravedad de la enfermedad.

La parroquia más aquejada fue la de San José, que incrementó en 203.08% su número de entierros. En la zona sureste se encontraban las parroquias de Santa María La Redonda, cuya población se vio afectada en 108% más que el promedio de los cinco años anteriores. En Santo Tomás, Santa Cruz Acatlán, Sagrario y Santa Veracruz oscilaron alrededor del 90%.

En las parroquias de Santa Catarina, San Miguel, Santa Ana y San Pablo casi todas ubicadas en el centro de la capital, la epidemia no fue tan severa.

La duración de la epidemia en la ciudad fue de alrededor de 40 a 60 días, reportándose después casos aislados. Se inició en julio y tuvo su punto más alto en agosto. Lo anterior indica que la epidemia se presenta de una manera abrupta y rápida para, de la misma forma, decrecer su intensidad.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

¿Pero quiénes murieron durante esa epidemia?, ¿toda la población sufrió por igual o hubo sectores más castigados que otros? Los resultados de los estudios que se han efectuado hasta el momento revelan lo que se ha dado en llamar “la desigualdad ante la muerte”.

Tanto en la ciudad de Guadalajara como en la de México las áreas urbanas con mayor número de enfermos fueron los suburbios, donde habitaban personas con menores recursos. Éstos eran sitios en

donde escaseaban las fuentes de agua privadas y por lo tanto el vital líquido se tenía que obtener de las públicas, que por lo común servían para lavar ropa, manos y utensilios, así como para abastecerse de agua por medio de los “aguadores” (personas que llevaban vasijas del líquido para su venta a las casas de los particulares). El agua de estos lugares estaba contaminada por toda clase de desechos. Durante la epidemia de cólera de 1833 estas fuentes fueron uno de los sitios de mayor dispersión del contagio. Por otra parte, a causa de los defectos en las cañerías, también deben de haberse contaminado algunos de los ramales que abastecían de agua a la ciudad.

Enfermedades como el cólera están relacionadas con la distribución de los servicios urbanos. Las personas en las cuales repercute gravemente la epidemia son las de menores recursos económicos, que viven en los sitios más insalubres, expuestos a toda clase de contagios. Padecimientos como éste se podrían prevenir y remediar si las decisiones para efectuar obras de servicio a la comunidad, como el drenaje y el agua potable, no privilegiaran sólo a las áreas donde viven los que pueden pagar estos servicios, los cuales se debieran distribuir equitativamente en toda la ciudad y con programas adecuados de urbanización.

En muchas de las ciudades del México de hoy, donde las redes de drenaje son escasas, el servicio de agua potable es deficiente o nulo en muchos casos y el fecalismo al aire libre es cosa cotidiana, una enfermedad como el cólera –“enfermedad de indigentes”– encontraría un medio excelente para propagarse y cobrar su cuota en vidas, a pesar de los grandes avances médicos de nuestro tiempo.

### *La epidemia de cólera de Sudamérica en 1991*

La anterior aseveración adquiere mayor fuerza cuando comparamos nuestros datos de 1833 con lo que recientemente ocurrió en Sudamérica. En enero de 1991 se desencadenó una grave epidemia de cólera en las costas del norte de Perú. La fuente de contaminación se atribuyó a los productos marinos. La epidemia fue adquiriendo mayor fuerza. Al igual que en el pasado, las autoridades en un primer momento trataron de minimizar las consecuencias y negar el carácter epidémico de la enfermedad al hablar sólo de casos aislados. Sin embargo, a medida que el tiempo pasó, la realidad no pudo escon-

derse. Las autoridades peruanas admitieron que se trataba de una verdadera epidemia que estaba postrando a millares de enfermos. A la par que las cifras crecían, la alarma en los países vecinos se volvió cotidiana, con justa razón, pues actualmente se reportan casos en Colombia, Bolivia, Chile y Brasil. Más aún, se tienen ya informes de enfermos en el sureste de Estados Unidos. A pesar de que durante los primeros meses el gobierno mexicano negó que pudiera llegar a nuestro país, en la actualidad se admite la posibilidad de que se registren casos de enfermos de cólera, y se ha extendido la campaña de información sobre las medidas preventivas, los datos sobre la etiología del padecimiento y la manera de prevenirlo y enfrentarlo una vez que se ha adquirido; así como el aviso de que se sancionará al que oculte a algún enfermo de cólera.

Una de las dificultades que existen para mantener los cordones sanitarios y aislar las epidemias es el factor económico. En el caso de Perú, gran parte de su economía se basa en la exportación de productos del mar. Desde el momento en que se supo que la posible fuente de contaminación provenía de los alimentos marinos, las ventas se desplomaron provocando un severo golpe. En la actualidad el gobierno peruano, a través de la prensa, trata de convencer al público de que no hay ningún peligro en el consumo de alimentos marinos, pero los esfuerzos por levantar las exportaciones han sido en vano.

Hoy, una de las ventajas de la epidemia es que se conocen claramente las causas del padecimiento: condiciones precarias de vida, insalubridad, falta de servicios. A tal grado es evidente el problema que los especialistas en salud reconocen la necesidad de invertir enormes sumas en obras de infraestructura urbana, que impidan la extensión de estas epidemias. Desafortunadamente, al igual que en el pasado, no se aplican medidas sino cuando las personas, países o grupos en el poder sienten amenazada su salud y su vida.

### *Registro de enfermos y muertos en Sudamérica*

En Perú, el 28 de abril de 1991, había un total de 171 mil infectados y 65 mil hospitalizados; el número de muertos llegaba a 1 250. El presidente de la Lucha Sectorial contra el Cólera declaró que el número de enfermos tendía a bajar, por lo que pronto la epidemia



estaría controlada (*Excelsior*, 28 de abril de 1991). Los reportes que se publicaron un mes más tarde indicaban que la epidemia continuaba y que el número de muertos había ascendido a 1 453, de 182 099 contagiados (*Excelsior*, jueves 16 de mayo de 1991).

En Santiago de Chile se registraron, hasta el 22 de abril, 17 casos de cólera a causa del consumo de verduras crudas o de mariscos. En Chile, a pesar de que 98% de los habitantes de la ciudad de Santiago cuenta con agua potable, la enfermedad se transmite por el consumo de hortalizas que se riegan con aguas negras (*Excelsior*, 23 de abril de 1991; AP, EFE, DPA, AFP).

Los indios ticunas que viven en la frontera con Brasil, Perú y Colombia están amenazados por el cólera a causa de las malas condiciones sanitarias en las que viven (*ibid.*).

En Ecuador la epidemia comenzó en marzo de 1991. El número de muertos a fines de abril era de 85 de las 3 484 personas reportadas enfermas. La curva de morbilidad comenzó a disminuir, dijeron las autoridades, por lo que se esperaba poder controlarla el mes siguiente. Sin embargo, la realidad contradujo este pronóstico pues, para el 16 de mayo, Quito alcanzó la cifra de 11 000 enfermos; el número de muertos había ascendido y se esperaba que la epidemia alcanzara su clímax en junio.

La duración de la epidemia en las poblaciones está relacionada tanto con las características propias de cada enfermedad como con el tamaño de la población y las condiciones adecuadas para que la epidemia se extienda. De ahí que Perú continúe reportando gran número de casos.

En la XV Reunión de Ministros Andinos de Salud se concluyó que "la epidemia puede extenderse a varios países sudamericanos y podría llegar a México y Estados Unidos" (*Excelsior*, 23 de abril de 1991).

Los gobiernos de Perú, Bolivia y Ecuador están trabajando de forma conjunta en Amazonia pues, según afirman, las zonas selváticas serán mucho más difíciles de controlar por lo agreste de sus condiciones ambientales.

Si bien la tasa de mortalidad no ha sido tan alta como en el siglo XIX, el número de contagiados y la angustia que se produce en las poblaciones afecta el desarrollo social; provoca desequilibrios económicos de magnitudes importantes, que llevan a los países a adoptar

medidas contrarias a la salud de las poblaciones, en un afán de contrarrestar los efectos negativos causados por la epidemia.

Las autoridades mundiales en el campo de la salud, como la OMS y la OPS, participan al hacer diagnósticos y marcar directrices; no obstante, puesto que el problema es estructural, sólo es cuestión de "remedios" y no de prevención de los problemas.

Las noticias sobre enfermos y muertos por cólera seguirán llenando los titulares de los periódicos todavía durante largo tiempo, y de nuevo los gobiernos se preocuparán por restañar las heridas del pueblo con medidas precipitadas y con los escasos recursos que se destinan para estos casos, puesto que la población que resulta afectada tiene las condiciones más precarias de vida. Sin embargo, no existe un verdadero interés por solucionar este tipo de problema. Modificar la situación de riesgo implicaría cambios estructurales radicales: la canalización de recursos para obras de infraestructura urbana, agua potable, drenaje, campañas de salubridad, de educación, etcétera, en las áreas más necesitadas, lo que sabemos, porque la historia nos lo ha mostrado, no va a ocurrir.

## BIBLIOGRAFÍA

BUSTAMANTE, CARLOS MA. DE

- 1835 *Efemérides histórico-político literarias de México, publícalas... y las dedica al Supremo Gobierno General*. no. 2. Imprenta de la Testamentaría de Valdés, Biblioteca Nacional, Colección La Fragua 946, México.

HUTCHINSON, C.A.

- 1958 "The asiatic cholera epidemic of 1833 in Mexico". *Bulletin of History of Medicine* XXXII (1), enero-febrero, pp. 1-23 y (2), pp. 152-163.

OLIVER, LILIA

- 1986 *Un verano mortal. Análisis demográfico y social de una epidemia de cólera en Guadalajara 1833*. UNED (Col. Histórica, serie: Documentos de Investigación, 22). México.

VELASCO MUÑOZ LEDO, MA. DEL PILAR

- 1984 La población de la ciudad de México en el siglo XIX y la epidemia de cólera de 1833. Tesis inédita. Centro de Estudios Demográficos de El Colegio de México, México.