

MORBILIDAD Y VULNERABILIDAD EN UNA EPIDEMIA DE VIRUELA: NUEVO REINO DE LEÓN, 1798

Raúl García Flores*

ENAH-CHIHUAHUA

La epidemia de viruela de 1797-1798, que afectó gran parte de la Nueva España, fue la última previa a la introducción de la vacuna. El estudio se centra en la provincia norteña del Nuevo Reino de León, donde el notable contraste entre la capital provincial y algunas jurisdicciones rurales así como el daño sufrido ante la enfermedad, nos impulsa a identificar una vulnerabilidad diferenciada de la población, generada en la concurrencia de diferentes factores como las condiciones climáticas, el acceso a los alimentos, la atención hospitalaria y la práctica de la inoculación.

(Historia demográfica, epidemias, viruela, Nuevo Reino de León)

Enfermedad, mortandad, cicatrices. Pocas enfermedades causaron tanto daño y dolor de manera constante como la viruela; al mismo tiempo y por paradójico que resulte, fue un mal con el que tuvieron que aprender a vivir nuestros antepasados, un problema que estallaba en epidemias sin generar sorpresa y del que podían estar seguros que todos serían testigos por lo menos una vez en su vida.

El presente trabajo forma parte de la investigación que me he propuesto como integrante de un equipo de investigadores interesados en estudiar la presencia de la viruela en las sociedades novohispanas y mexicanas. Por el momento, me interesa centrarme en una descripción sobre la forma en que se enfrentó la epidemia de 1798 en el

* azoth032@hotmail.com

Nuevo Reino de León y acercarme a comprender la morbilidad diferenciada que puede apreciarse en dicha provincia.

PARA ABORDAR LA EPIDEMIA DE 1798 EN EL NUEVO REINO DE LEÓN

Quizá por su carácter endémico, durante el periodo novohispano la viruela es referida muy pocas veces en la documentación oficial neoleonese. Por ejemplo, en las actas de cabildo de la Ciudad de Monterrey, sólo en casos de brotes espectaculares se consideró pertinente algún comentario. Así, en 1661, se promovió un novenario de misas cantadas para enfrentar “un general contagio y peste de viruelas, tabardillos, dolores de costado y otros males muy repentinos tanto a los españoles que en él habitan, como a los naturales pobres y miserables”.¹

En cambio, la epidemia de 1798 es más fácil de abordar por conservarse gran cantidad de documentos integrados en un volumen; entre ellos destacan misivas, autos, actas de cabildo, cuentas administrativas y noticias estadísticas.² Ignoro si el volumen se conserva por puro azar o si su existencia e integración responde a una novedosa lógica de eficiencia burocrática; el hecho es que se nos presenta como el primer compendio descriptivo de una epidemia y de las políticas desarrolladas para mitigarla.

La incidencia de la viruela en tierras americanas ha ocupado la atención de muchos historiadores; en particular, sobre la epidemia de 1797-1798 contamos con varios trabajos en que abrevar³ y ya ubica-

¹ AMM, Actas de Cabildo, vol. 1, acta del 15 de diciembre de 1661.

² Archivo Municipal de Monterrey (en adelante AMM), Civil, vol. 161-A. “Conjunto de todos los papeles, disposiciones y demás que se practicó el año de 1798 por la epidemia de viruelas; aquí se hallan las cuentas y división de cuarteles. Sobre viruelas”.

³ Destaca por su antigüedad el de Sherburne Cook, “The smallpox epidemic of 1797” en *Bulletin of the History of Medicine*, núm. 7, Baltimore, Johns Hopkins University, 1939, 937-969. Otras investigaciones referibles casi siempre a la ciudad de México son Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “Inoculación en la epidemia de viruelas de 1797 en México: ¿Mito o solución real?” en *Antilia*, vol. III, Universidad Complutense de Madrid, 1997; Robin Price, “State Church Charity and Smallpox: An epidemic crisis

dos en el noreste novohispano, dos estudios anteceden el presente análisis. Jesús Artemio Izaguirre se ocupó del problema en la jurisdicción de San Luis Potosí mientras que Hernán Salinas Cantú, médico de profesión, describió la presencia de la epidemia en el Nuevo Reino de León.⁴

Al estudiar las epidemias podemos concebirlas como desastres naturales, como manifestaciones autónomas ante las cuales sólo queda afrontar el destino. Mi pretensión es la opuesta, pues abordo el problema desde la perspectiva sistémica de la Teoría Social de los Desastres.⁵ Aprecio la epidemia de viruela (un desastre) como la interacción entre un riesgo (un fenómeno capaz de producir daño) y la vulnerabilidad, es decir, una incapacidad social para adaptarse o mitigar el daño que causa el fenómeno. Detrás de los desastres hay una construcción histórica y social precisa en la que se prefiguran los puntos flacos, las debilidades por donde se dejará sentir el daño.

in the City of Mexico 1797-98", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75 (5), 1982, 356-367; Angela Thompson, "To save the children: Smallpox inoculation, vaccination, and public health in Guanajuato, México, 1797-1848" en *The Americas*, 49 (4), 1993, 431-455; Donald B. Cooper, *Las epidemias en la ciudad de México, 1761-1813*, México, IMSS, 1980; Robert McCaa, "Inoculation: An Easy Means of Protecting People or Propagating Smallpox? Spain, New Spain and Chiapas, 1779-1800" en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, vol. 2 Nueva época, 1998.

⁴ Jesús Artemio Izaguirre, *La viruela en la Nueva España. El caso de San Luis Potosí 1790-1810*, San Luis Potosí, Tesis de Maestría en Historia, El Colegio de San Luis, 2000; Hernán Salinas Cantú, *Sombras sobre la ciudad. Historia de las grandes epidemias de viruela, cólera, fiebre amarilla e influenza española que ha sufrido Monterrey*, Monterrey, 1975. En este último texto se recurre (con algunos yerros) al expediente del que me valgo para este artículo, el cual se comentó y transcribió parcialmente.

⁵ Retomo el uso de los conceptos "desastre", "vulnerabilidad", "riesgo", "amenaza" y "mitigación" de estudiosos como Gustavo Wilches-Chaux, "La vulnerabilidad global" en *Los desastres no son naturales*, Bogotá, Red de Estudios sociales en prevención de desastres en América Latina, 1993; Omar Darío Cardona, "La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo" en *International Work Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice*, Wagenigen, Disaster Studies of Wagenigen University and Research Center, 2001. Para el concreto caso de las investigaciones mexicanas, Virgina García Acosta, "Conceptualization and Experiences in Mexican Disaster Research" en *Constructing Risk, Threat, Catastrophe. Anthropological Perspectives*, Universidad de Fribourg, 2002, 161-168.

Del mismo modo, disiento de la concepción del desastre como un evento extraordinario en el que se rompe el orden de lo normal. Par- to del supuesto de que la epidemia (como cualquier desastre) forma parte de un proceso de manifestaciones extremas, de manera que más que un evento es una ocasión de crisis en la que se deja ver todo el proceso. Esto es fácil de apreciar en el estudio de la viruela por ser un riesgo con recurrencia cíclica, cuya amenaza (la probabilidad de que causara daño) se encontraba directamente vinculada con la inmuni- dad que hubiera generado previamente e indirectamente con otras formas de vulnerabilidad dependientes de la actividad humana.

LA EPIDEMIA DE 1798: LOS PREPARATIVOS ANTE EL RIESGO

La epidemia de 1798 fue un desastre largamente anunciado en el no- reste, un evento previsto desde dos años antes. En el Nuevo Reino de León se recibieron cartas reservadas que iban notificando el avance del mal; en ellas se exponía su avance desde Guatemala, pasando por Oaxaca y se proponían diversos mecanismos de prevención como cuarentenas, uso de ropa blanca, hogueras para purificar el aire y sa- humeros con azufre, dejando como último recurso para enfrentar la enfermedad, “cuando ya esta sea general, por no haberse podido cor- tar al principio con los oportunos medios indicados, convendrá po- ner en práctica el de la inoculación”.⁶

Lo cierto es que las noticias de Oaxaca, Guatemala u Orizaba re- sultaban más bien anecdóticas, pues el contacto entre aquellas tierras y el noreste puede tenerse por casi inexistente. En cambio, cuando las noticias llegaron procedentes del Bajío debieron tomarlas muy en se- rio, pues los intereses ganaderos conectaban estrechamente las pro- vincias de oriente con Guanajuato, Querétaro o San Miguel y eso lo sa-

⁶ Silvestre Díaz de la Vega, carta reservada impresa, Orizaba, 26 de abril de 1797. Almazán Cadena señala que el intendente y los subdelegados de San Luis Potosí reci- bieron las mismas cartas y procedieron en consecuencia. Antonio Almazán Cadena, *Geografía histórica de San Luis Potosí*, Río Verde, Grupo Cultural Raíces, 2007, 110.

bían las autoridades regionales, quienes procedieron a organizar las actividades con que podrían mitigar el daño causado por la viruela.

Para enfrentar el inminente arribo de la viruela, se formó una *Junta de Sanidad* compuesta por las autoridades civiles y eclesiásticas radicadas en Monterrey, la capital de la provincia. La junta de sanidad de Monterrey, como muchas otras que se crearon durante la epidemia de 1797-1798, se constituyó con atención a una orden del virrey Branciforte publicada por bando del 31 de octubre de 1797. En ella se inscribe la formación de sociedades parciales de caridad (vecinales) a instancias de la Junta Principal de Caridad instituida en la ciudad de México, encabezado por el arzobispo y miembros del gobierno.⁷

En el marco conceptual de la teoría social de los desastres, se denomina mitigación a la capacidad de reducir la vulnerabilidad en la medida que es imposible impedir el riesgo. Puesto que no hay una sola forma de mitigación, en este momento entenderé que lo desarrollado por la junta de sanidad fue un programa de mitigación burocratizada, un esfuerzo por disminuir el daño causado por el evento de riesgo llevado a cabo por funcionarios públicos, quienes asumen como parte de sus tareas dicha labor y que la ejercen de manera autoritaria o paternalista por encima de las creencias, convicciones y costumbres de una sociedad; en este sentido, puede oponerse a la concepción de mitigación popular propuesta por Maskrey.⁸ Como veremos en seguida, el programa de mitigación llevado a cabo por la junta combinó prácticas avaladas por la costumbre con otras que se acercan a eso que llamamos modernidad, como el control estadístico.

Entre las medidas de mitigación dirigidas por la Junta de Sanidad destacan una nueva territorialización del espacio urbano, la instala-

⁷ La composición y actividades de estas juntas fue común a otras juntas creadas en momentos de necesidad en cualquier ciudad colonial hispanoamericana. Sobre su organización, objetivos y naturaleza puede verse de M. E. Rodríguez, "Las Juntas de Sanidad en la Nueva España. Siglos XVIII y XIX" en *Revista de Investigación Clínica. Organ del Hospital de enfermedades de la nutrición*, vol. 53 (3), México, UNAM, 2001, 276-280.

⁸ Andrew Maskrey, *El manejo popular de los desastres naturales. Estudios de vulnerabilidad y mitigación*, Lima, Tecnología Intermedia ITDG, 1989.

ción de un hospital de pobres, la colecta de donativos para atender a los enfermos, la inoculación masiva y por último, un control estadístico de la información. Cada una de estas medidas merece un comentario.

A lo largo del siglo xvii y buena parte del xviii, Monterrey había sido una ciudad metropolitana sólo para fines político-administrativos, pues su carácter urbano fue muy limitado. Sin embargo, a fines del siglo xviii, la capital ya contaba con una importante concentración humana que compelmía a cambiar la dinámica del asentamiento⁹. La amenaza de una epidemia fue una excelente motivación para ello: como se hacía en muchas ciudades hispanoamericanas, Monterrey organizó sus barrios en cuarteles, lo que permitió a las autoridades locales un control eficiente de la situación.

Otras medidas de mitigación eran de sobra conocidas. La colecta de donativos (monetarios y en especie) respondía a una lógica tradicionalista en la que el honor, el prestigio y la piedad jugaban un papel más importante que el bien público. Pudiera pensarse que la erección de un hospital era una medida acorde con las ideas de la modernidad pero, dadas las noticias con que contamos, no es así. El hospital del que hablamos no era ni un edificio *ad hoc* ni una institución establecida y permanente orientada a atender la salud pública; en realidad, fue la adecuación temporal de un edificio en construcción concebido como hospital de pobres, pensado más como un recurso para segregar a los enfermos. Ciertamente se organizó para mitigar la morbilidad de la viruela y como veremos, cumplió su cometido.

La medida de mitigación más novedosa fue la inoculación. Se trataba de un procedimiento ya conocido pero que no había sido implementado masivamente entre la población hispanoamericana. En cierto modo, fue un antecedente de la vacuna, pues recurría al mismo principio de provocar un contagio controlado en el paciente; a diferencia de la vacuna en que se aprovechaba la pus bovina, en la inocu-

⁹ Con el informe levantado en 1798 podemos cuantificar en la ciudad de Monterrey, en sus ranchos y haciendas cercanos una población de 3,990 habitantes. AMM, Civil 161-E.

lación se utilizaba la pus de una persona enferma. Veamos una descripción publicada algunos años después:

Se solicitará o buscará el que tenga viruelas de las mejores, que son las gordas cristalinas que llaman locas y así que estén maduras, esto es, con podre, se pica la viruela con lanceta o con navaja que tenga punta delgada y de ahí pasa al que se le ha de pegar, picándole entre el dedo gordo y el otro en ambas manos, esto es, las dos manos en términos que sólo les toque a la sangre. Por lo que hace a los alimentos que ha de tomar el enfermo, se guarda el mismo modo que está dicho en la vacuna.

Este modo de libertarse de los gravísimos daños que causan las viruelas se ha escrito con la mayor claridad para que puedan usar de él los infelices indios, en esos pueblos abandonados, donde parece que no son nuestros progenitores ni hermanos, cosa que si faltan médicos, jueces instruidos y curas que lo hagan, pueden ellos hacerlo¹⁰.

Pasados los siglos es fácil asentir la práctica; sin embargo, en el preciso trance de 1798 la respuesta colectiva fue de renuencia y miedo en el mejor de los casos, y en el peor de abierto rechazo. Los temores públicos en el Nuevo Reino de León debieron expresarse en charlas familiares o en los mostradores de tiendas. Algún curioso tomó la oportuna decisión de transcribir una décima popular al respecto:

La increíble tenacidad
sólo ha podido oponerse
a lo que ha dejado verse
contrario a la mortandad;
a esta visible verdad,
a experiencias tan patentes
—Sí —responden los renuentes—
sanan los inoculados
pero quedan reservados
para peores accidentes.¹¹

¹⁰ *Gazeta Constitucional de Nuevo León*, núm. 186, 11 de febrero de 1830, pp. 3-4.

¹¹ AMM, Civil, 161-A, expediente 1A, s/n, s/f, s/l.

Los temores tenían su fundamento, pues parte de los inoculados reaccionaba de manera violenta y moría a resultas de la fiebre. En el seno del Real Protomedicato se llevaron a cabo intensos debates sobre la pertinencia de llevar adelante un programa de inoculación general en las poblaciones y regiones en riesgo de sufrir una epidemia; se pensaba que, a más de lo inseguro del procedimiento, podía ser la causa de una epidemia y no la solución.¹² En Monterrey se tuvo noticia, por ejemplo, que de 10,936 inoculados en Guanajuato, 45 murieron.¹³ Un patente 0.4 por ciento. Pero a la vista de quienes valoran más la costumbre que las ocurrencias de los encopetados, ¿Que importa un porcentaje? Viruela siempre ha habido y es más conocido morir de ello que de un remedio dudoso.

El interés estadístico apareció cuando la catástrofe había pasado. Año y medio después de haber sufrido el embate variloso, las autoridades locales remitieron al gobierno provincial cuentas del número de personas inoculadas, enfermas y muertas. Sin embargo, no se desarrolló una plantilla común y el resultado fue que cada autoridad se dio permiso de exponer las cifras según su entender, lo cual deviene en complicación para los investigadores.¹⁴ Aunque no tengamos a mano la interpretación de dichos informes, es obvio que estamos frente a una nueva forma de pensar que valora para la toma de decisiones políticas el control de la información estadística.

LA EPIDEMIA DE 1798: ENFERMEDAD Y MUERTE

Los primeros casos de viruela fueron detectados en la ciudad de Monterrey en abril de 1798 y siguieron consignándose enfermos hasta julio del mismo año. De inmediato, la junta conformada aplicó las

¹² McCaa, "Innoculation...", *op. cit.*

¹³ AMM, Civil 161-A, expediente 1A, hoja suelta s/n, s/f, s/l.

¹⁴ Una presentación lo más homogénea posible de las estadísticas se presenta en el anexo I. Para los años que nos ocupan, la persona que fungía como autoridad local era el subdelegado, con responsabilidades en los campos de justicia y hacienda.

disposiciones dispuestas de antemano. La división de la ciudad en cuarteles resultó eficiente para detectar de inmediato a los enfermos y remitir aquellos considerados pobres al hospital.

La colecta de donativos para sostener el hospital alcanzó los 1,359 pesos, suma considerable tomando en cuenta el tamaño de la ciudad. Además de los donativos en dinero, se entregaron en especie medicamentos y ropa para uso de los enfermos.¹⁵ Particular mérito se adjudicó don Julián de Arres, quien dio de limosna dos botas de sebo para la elaboración de velas y 70 panes de jabón con un valor total de 25 pesos.

El gobernador Herrera y Leyva nombró al fraile franciscano Antonio de la Vera director del hospital y giró instrucciones precisas para el orden dentro del edificio. Al tiempo que se normaba la limpieza física y del aire (recordemos que en ese tiempo imperaba la concepción del miasma), la autoridad puso énfasis en la segregación de los enfermos del resto de la población y para conseguirlo, garantizó los alimentos y medicamentos que requiriesen.

Algunos medicamentos fueron obtenidos por compra en la ciudad de San Luis Potosí, otros, conseguidos en el entorno de la ciudad. Entre los productos usados para paliar la viruela, se emplearon purgas, quina, sales de nitrógeno y cantárica. Empleáronse diferentes flores: de durazno (para elaborar jarabe), de sauco, borraja y amapola; el *espíritu* de azufre se aplicó al específico fin de purificar el aire.¹⁶

De 371 personas que sufrieron el mal de las viruelas en Monterrey, 81 recibieron atención en el hospital; a ellos se sumaron 101 personas más que, como consecuencia de la inoculación, requirieron cuidados. Destaca el hecho de que fueron atendidas tres mujeres embarazadas, una de las cuales dio a luz en el hospital.

¹⁵ AMM, Civil 161-A, expediente 1B. Quede para la memoria que se entregaron de limosna 97 camisas, 54 naguas, 60 sábanas, 59 almohadas y 247 zaleas, cantidad muy útil dado el número de personas que se recibieron.

¹⁶ AMM, Civil 161-A, expediente 1B. En el mismo informe se agrega que “Además de las medicinas relacionadas se han dado a todos los que han pedido cordiales, polvos para convulsiones, plantillas, vinagre y cebada”.

Población atendida en Hospital de Pobres de Monterrey¹⁷

mes	inoculados			naturales		
	ingresados	muertos	curados	ingresados	muertos	curados
abril	6	-	0	9	-	2
mayo	35	-	9	9	-	8
junio	60	2	78	30	3	14
julio			12	32	3	48
agosto						2
TOTAL	101	2	99	80	6	74

Considerando el total de la población regiomontana (casi 4000 habitantes), el número de enfermos fue bajo y más lo fue aún el de fallecidos: apenas 21 personas. Ante semejante triunfo en la mitigación de una catástrofe, el cabildo resolvió manifestar ante el rey el mérito que a su juicio obtuvo el gobernador Simón de Herrera y Leyva por generar acciones de

obras públicas que en su tiempo se habían hecho sin acertadas providencias para el aumento y bienestar de los moradores de esta ciudad y demás partidos de la Provincia, el celo y eficacia con que pon su orden se practicaron las mas eficaces diligencias para libertar este público de la epidemia de viruela que acaba de padecer para lo que no ha perdonado diligencias y que con consideración a todo y a lo que han contribuido en la asistencia y socorro de los infestados la Sra. Gobernadora su esposa, Capitán don Pedro de Herrera y el Reverendo Padre Fray Antonio de la Vera Gálvez, único facultativo de medicina, se recomiende a Su Majestad este mérito particular y que se le suplique manifieste haber sito todo de su real agrado, continuando al referido Señor Gobernador en el

¹⁷ AMM, Civil 161-A, expediente 1B. “Estado que manifiesta los que han entrado a curarse en el Hospital Provisional de Viruelas, tanto inoculados como naturales los que han muerto y se han curado; ropa y medicinas que se han dado de limosna para afuera de dicho hospital, el que se abrió el día 6 de abril de 1798 y se cerró el 9 de agosto de dicho año, siendo el cargo y dirección de don Pedro de Herrera y las salas de las mujeres de la señora gobernadora doña Josefa Brickdale”. s/n, s/f.

mando de esta Provincia a no necesitarlo para otros empleos mas considerables.¹⁸

Seamos prudentes. Las medidas de mitigación impulsadas no dieron pie a un programa permanente de salud pública ni a una política de estado que rebasara lo circunstancial. La salud siguió siendo un asunto particular excepto en momentos de emergencia. Un ejemplo lo encontramos en el hecho de que concluida la epidemia de viruela, el hospital fue disuelto y los medicamentos sobrantes fueron vendidos a la botica del padre fray Antonio en 46 pesos; similar suerte corrieron diversos enseres de cocina.

Es fácil extender la sensación de éxito obtenido en la capital a toda la provincia. Craso error. En las villas, pueblos, reales, haciendas y ranchos la viruela se cebó en una población que carecía de casi cualquier programa para enfrentar la epidemia; como veremos en seguida, el número de muertes fue considerable. Este es el momento de preguntarse como fue que el daño sufrido se diferenciara tanto entre las poblaciones.

LA EPIDEMIA DE 1798: UNA INTERPRETACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Valiéndonos de los informes estadísticos remitidos unos años después del desastre, podemos apreciar el impacto de la epidemia de viruela en la mayoría de las jurisdicciones neoleoneras. Los informes son poco homogéneos y algunos son de difícil lectura: en el informe de Guajuco no es dable entender las cifras anotadas aunque se asienta la separación entre españoles e indios; en el de Pílon se presentan los datos de algunos asentamientos pero ignoramos que pasó en la cabecera y en las haciendas. Con todo, podemos calificar las cuentas de aceptables y son susceptibles de análisis e interpretación.

Excepción hecha de Monterrey, en las cuantificaciones remitidas se omite referir el número de habitantes en cada poblado y jurisdic-

¹⁸ AMM. Actas de Cabildo, fojas sueltas, acta del primero de abril de 1799.

ción, por lo que estamos impedidos para calcular la incidencia de la enfermedad y la vulnerabilidad ante el contagio. En cambio, un indicador que podemos aprovechar con comodidad es la tasa de morbilidad, entendiéndolo como la relación proporcional entre el número de enfermos y el número de defunciones atribuidas a dicho mal. La comparación entre tasas nos permitirá inferir diferentes grados de vulnerabilidad ante la muerte por viruela.

Como en un buen número las cuantificaciones los datos no se desglosan por localidad, el nivel de análisis propuesto descansa en la tasa de morbilidad calculada por jurisdicción. Este cálculo nos oculta un hecho: la composición compleja de los territorios políticos. Cada jurisdicción contaba con una cabecera (fuera ciudad, villa o real de minas), haciendas, ranchos y en varios casos, un pueblo de indios; en cada uno de ellos diferían las condiciones y por ende, la vulnerabilidad. Desgraciadamente, por el momento hemos de conformarnos y aprovechar la oportunidad que se nos ofrece.

El siguiente cuadro incluye un concentrado de los datos por jurisdicción (detallados en el anexo I) y la tasa de morbilidad calculada; las jurisdicciones se enumeran atendiendo al orden geográfico, de norte a sur.

<i>Jurisdicción</i>	<i>Inoculados</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Muertos</i>	<i>Tasa de morbilidad</i>
Lampazos	94	718	27	3.76%
Boca de Leones	0	1,563	151	9.66%
Vallecillo y Sabinas	52	1,038	86	8.28%
Cerralvo	2	1,453	77	5.29%
Salinas	23	1,420	92	6.47%
Pesquería Grande	6	847	18	2.12%
Monterrey	1,615	371	11	2.96%
Cadereyta	277	1,540	164	10.64%
Linares	0	1,012	184	18.18%
Río Blanco	0	674	86	12.75%
Labradores	0	864	123	14.23%

Nota: Se excluyeron por falta de datos pertinentes las jurisdicciones de Pilon y Guajuco.

Con el cuadro anterior, inmediatamente, podemos percibir una morbilidad y por ende, una vulnerabilidad diferenciadas; factible es, pues, proponer explicaciones. Veamos algunas de factores que participaron en la construcción de vulnerabilidades:

La inoculación

Tanto la inoculación como la hospitalización fueron medidas de mitigación burocratizada llevadas a cabo de manera programada. Con la inoculación se procuró disminuir la vulnerabilidad biológica, inherente a quienes no están inmunizados contra la enfermedad.

Como ya se refirió, en Monterrey se llevó a cabo la acción de mayor cobertura, inmunizando a 40.5 por ciento de la población;¹⁹ eso explica el porque menos de 10 por ciento de sus habitantes se contagió, algo desusado en una epidemia de viruela. Además de la capital, en otras jurisdicciones se llevaron a cabo inoculaciones. Por ejemplo, en Vallecillo (un centro minero de cierta importancia) y Cadereyta fue tratada una pequeña porción de habitantes y parece que no se alteró la vulnerabilidad del conjunto. En la Punta de Lampazos también se procedió, aunque aquí destaca el hecho de que la mayoría de los inoculados fueron soldados presidiales. En primera instancia, al comparar las cifras de enfermos y muertos en las distintas jurisdicciones neoleoneras parece evidente que en Monterrey la incidencia y la mortandad fueron menores que en aquellas en que no se aplicó de manera extensiva la inoculación. Sin embargo, las apariencias numéricas pueden engañar y conviene revisar la discusión al respecto.

Ana Cecilia Rodríguez considera ambiguas, insuficientes y quizá deliberadamente confusas las cuantificaciones de la ciudad de México como para asegurar el éxito del programa de inoculación; de cualquier modo resalta la opinión de José Joaquín Izquierdo, quien concluyó que la inoculación implementada en Puebla tuvo resultados limitados.²⁰ Price tampoco se vio convencido por las cifras triun-

¹⁹ Recordemos que la población total de la jurisdicción de Monterrey se calculó en 3,990 habitantes. AMM, Civil 161-A, expediente 1E.

²⁰ Rodríguez, "Inoculación...", *op. cit.*

falistas y contradictorias de las autoridades virreinales.²¹ En cambio, Angela Thompson, quien estudió la inoculación entre los niños de Guanajuato, refiere que al ser tratado 78 por ciento de los infantes la mortandad se mitigó enérgicamente,²² aunque reconoce que en la ciudad de México el resultado no fue tan bueno. Robert McCaa aprecia que entre más alta fuera la proporción de inoculados en un universo, la incidencia y mortalidad en el conjunto total serían menores; así, las experiencias en la ciudad de Durango y Chiapas, donde se procedió a inocular extensivamente, fueron exitosas al mitigar la epidemia, mientras que en la ciudad de México parece ser que el número de inoculados fue tan bajo que no alcanzó a beneficiar al colectivo.²³ Al revisar el caso neoleonés tenemos la oportunidad de comparar lo acontecido en localidades cercanas y parece no quedar duda de que la inoculación mitigó con gran éxito la incidencia y ayudó a disminuir la mortandad, aunque no se le pueda atribuir la baja morbilidad que notamos en Monterrey.

La inoculación tuvo el costo propio de su naturaleza. Fueron hospitalizadas más personas por la reacción que por la viruela misma y por lo que se sabe, hubo tantas muertes relacionadas con dicho procedimiento como por la enfermedad. Las dos defunciones registradas en el hospital merecieron un comentario cargado de altivez: “Que los dos párvulos que murieron inoculados los llevaron de sus casas agonizando por indolencia de sus padres”. Para la autoridad, el responsable de los males será todo aquel que no proceda de acuerdo a sus deseos, aun si los desconoce.

La atención hospitalaria

La experiencia regiomontana enlaza el programa de inoculación extensiva con la erección de un hospital de pobres; hasta donde llega

²¹ Price, “State Church...” *op. cit.*, pp. 364-366.

²² Thompson, “To save...” *op. cit.*, p. 438

²³ Robert McCaa, “Revisioning smallpox in Mexico Tenochtitlan, 1520-1950: What difference did charity, quarantine, inoculation and vaccination make?” Ponencia presentada en el Congreso Internacional “Vivere in Citta’, Poverty, Charity and the City”, University “La Sapienza” de Roma, 1999.

nuestra información, fue algo sin equivalencia en el resto de la provincia. Por las características de la viruela y el conocimiento que se tenía de ella, el que existiera un hospital no podía mitigar el riesgo de contagio, a pesar de que era una de las funciones atribuidas a la reclusión de los enfermos. En distintos puntos de su reglamento para hospital, el gobernador recalcó la necesidad de que los enfermos no salieran del recinto y que se vigilara incluso el acceso por las ventanas para impedir que entraran o salieran bienes. Un evento chusco puede mostrar el poco efecto de semejantes disposiciones. Detenido por cuatrero, el preso Damasio Gutiérrez fue internado en el hospital; una noche huyó a pesar de sufrir “de graves accidentes, con parte de los cuales y sin sentir todavía el mayor alivio, hizo la expresada fuga”.²⁴ Y eso que estaba enfermo.

No existe medicamento para curar la viruela: una vez contraída, lo único que puede hacerse es controlar los síntomas para evitar daños severos. En la larga lista de medicamentos empleados en el hospital, descubrimos algunos que paliaron el dolor (como el opio), ayudaron a controlar la fiebre (como la quina) o aportaron carbohidratos (como los jarabes); en cambio hoy consideramos contraproducente el uso de una purga o de la cantárida y perfectamente inocuo un te de borraja. La tasa de morbilidad al interior del hospital fue de 7.5 por ciento,²⁵ que sin ser destacada, se halla por debajo de la media neoleonesa. Como los medicamentos no debieron ayudar de mucho en la recuperación de los enfermos, quizá la clave para comprender la cifra la encontremos en el cuidado humano y los alimentos suministrados. Dado que los internos debían ser pobres reconocidos como tales, hemos de imaginar que sus antecedentes alimenticios no eran los mejores de la ciudad. Las cuentas del hospital y apuntes sueltos dan fe que los enfermos recibieron suficiente pan y carne fresca, frutas (como durazno y tamarindo), frijoles, garbanzos y tortillas. Es probable que con esa dieta y las atenciones propias de un hospital estu-

²⁴ AGENL, Correspondencia de Gobernadores, Carta cordillera generada por el gobernador Simón Herrera Leyva a los justicias locales. Monterrey, junio 28 de 1798.

²⁵ Considerando solamente a los enfermos de viruelas naturales; si incluimos a los inoculados la tasa se reduce a 4.41 por ciento.

vieran en mejores condiciones de sobrevivir que en sus propias casas.

La vulnerabilidad se incrementa o mitiga por factores que a veces resulta imposible cuantificar. Si bien, el cuidado hospitalario no disminuyó el riesgo de contagio, en algo debió colaborar a mitigar el riesgo de muerte o daños irreparables entre los más pobres de Monterrey; aunque sólo hubiera servido para sentirse protegido, fue algo que no conocieron otros habitantes de la provincia norteña.

El clima y otros factores ambientales

A primera vista el clima, la orografía y otros factores ambientales pueden calificarse de condiciones naturales, pero la vulnerabilidad asociada a ellos es fruto de la decisión humana de habitar en determinados ambientes, muchas veces compelidos por la búsqueda de recursos significativos.

Nuevo León presenta tres grandes regiones geográficas: un norte ubicado en la Llanura Costera del Golfo, con baja altitud, cálido y seco en primavera y verano; una porción territorial que comparte el sistema montañoso de la Sierra Madre Oriental, boscoso y con algunas lluvias en esas fechas; por último, al suroeste un espacio que se ubica en el Altiplano Potosino, relativamente llano y por encima de los 1,000 msnm, bastante más seco y fresco que las otras regiones. En aquellos años se atribuyó una superior salubridad al sur de la provincia por su clima fresco y fuertes vientos secos, que sin duda no contribuían a la propagación de la fiebre amarilla, el cólera o ciertas enfermedades gastrointestinales pero es poco probable que mitigaran el avance de la viruela.²⁶ Aún así, hemos de reconocer que en aquellas zonas con población aquejada frecuentemente por fiebres y males gastrointestinales (como sucedía en las tierras encharcadas de Lina-

²⁶ Por ejemplo, el doctor Eleuterio González afirmaba que en los municipios del sur “disfrutan de aire seco, son los mas favorables para la longevidad”. Basándose en datos de 1853 mostró que esta zona tenía la más alta proporción estatal entre muertos y nacidos. José Eleuterio González, *Algunos apuntes y datos estadísticos que pueden servir de base para formar una estadística del estado de Nuevo-León*, Monterrey, 1873, 69-71.

res, Pilón y Cadereyta), la viruela pudo incrementar su potencial de amenaza afectando cuerpos debilitados.

Algunas enfermedades se ven limitadas o favorecidas por determinadas condiciones climáticas u otros factores ambientales. En el caso de la viruela, parece ser que la sequedad favorece su propagación y que las lluvias limitan el contagio. La epidemia de 1798 se desplegó en Monterrey (y muy probablemente por todo Nuevo León) de abril a junio, meses que suelen ser secos.²⁷

Apreciemos los conjuntos regionales. Si tomamos en cuenta las cifras por jurisdicción, concluiremos que se resintió más la morbilidad en el Altiplano, la Sierra Madre y el piedemonte serrano (Linares) que en las llanuras norteñas.

<i>Jurisdicción</i>	<i>Tasa de morbilidad</i>	<i>Ubicación</i>
Pesquería Grande	2.12%	Llanura Costera
Monterrey	2.96%	Llanura Costera, Sierra
Lampazos	3.76%	Llanura Costera
Cerralvo	5.29 %	Llanura Costera
Salinas	6.47 %	Llanura Costera
Vallecillo y Sabinas	8.28%	Llanura Costera
Boca de Leones	9.66%	Llanura Costera
Cadereyta	10.64 %	Llanura Costera
Río Blanco	12,75%	Altiplano y Sierra
Labradores	14.23%	Sierra y Altiplano
Linares	18.18%	Llanura Costera y Sierra

Sin embargo, las cifras particulares de algunos asentamientos motivan a dudar que por sí mismo y de manera independiente el clima o la hidrografía jugaran un papel determinante en la construcción de la vulnerabilidad. Será necesario que lo relacionemos con otros factores, como el acceso a los recursos alimenticios e hídricos.

²⁷ Al ubicar los reportes estadísticos en San Luis Potosí, Almazán considera que la explicación sobre las lluvias se refuta en aquella jurisdicción; sin embargo, basa su afirmación en la humedad habitual contemporánea de cada región potosina y no en referencias históricas precisas, *Geografía Histórica... op. cit.*, p. 111.

El acceso a los recursos alimenticios e hídricos

La posibilidad de acceder al agua y alimentos está relacionada tanto con aspectos ambientales como con las formas de organización territorial (un patrón de asentamiento) y económicas. En caso de afrontar un desastre, estos factores pueden ser la diferencia entre vivir o morir.

Considerando las formas de contagio de la viruela, puede suponerse que la concentración poblacional y el patrón de asentamiento participan en la construcción de una vulnerabilidad; en las ciudades y haciendas era más fácil contagiarse que en una ranchería aislada. Sin embargo, en caso de sufrir la enfermedad debía ser más intensa la vulnerabilidad al no contar con el apoyo de otras personas. Cuando la mayoría de los miembros de una unidad doméstica se contagiaban, las posibilidades de atención entre ellos mismos eran pocas; podía enfrentarse mejor el desastre colaborando las familias entre sí.

Un suministro seguro de alimentos y agua debió ser clave para sobrevivir a la enfermedad y aquí era tan importante el recurso como la posibilidad de acarrearlo y procesarlo.²⁸ El sur de la provincia, por ejemplo, presenta hasta nuestros días una alta vulnerabilidad debido a la carencia de agua, en especial limpia. El Blanco es el único río permanente y el resto de los asentamientos dependen de ojos de agua, pozas y albercas que suelen estar semivacías y contaminadas durante los meses de abril a junio. Al paso de una epidemia por los ranchos y haciendas del sur, la carencia de agua incrementaba su potencial amenazante; esto pudo ser uno de los factores que incrementó la morbilidad en esa zona. En cambio, a pesar del calor y la relativa escasez de lluvias, en la Llanura Costera corren varios ríos y arroyos permanentes y la población puede acceder con relativa facilidad a fuentes de agua limpia cerca de sus habitaciones.

De manera similar podemos considerar el acceso a los alimentos. En caso de haber obtenido una buena cosecha (algo que desconozco

²⁸ McCaa, "Revisioning smallpox...", *op. cit.*, desestima la explicación biológico-genética sobre la vulnerabilidad indígena y por el contrario, considera que esta situación de desabasto, hambre, carencia de agua y falta de cuidados fue la causa de la terrible mortandad en la epidemia de 1520 durante el sitio de Tenochtitlan.

por el momento) habría suficiente maíz al alcance de las familias con enfermos. ¿Tendrían quien moliera el grano y amasara? ¿Quien consiguiera leña? Durante el mes de julio se cosechaba el frijol ¿Habría fuerzas y suficientes manos para hacerlo? Es probable que entre más aislados se encontraran los sujetos, más difícil fue cubrir sus necesidades. En ese sentido poblaciones con alta concentración como Boca de Leones, Monterrey o Vallecillo presentan una baja morbilidad; la localidad de Punta de Lampazos, dotado de una organización militar por ser asiento de presidio fronterizo, ofrece una tasa de morbilidad asombrosamente baja: 1.02 por ciento. La vulnerabilidad al contagio se compensaba con una mitigación ante la amenaza de muerte.

El grado de predominio indígena

De manera regular se maneja la pobre resistencia biológica de los indoamericanos por una carente inmunidad histórica, como una de las razones por las que la viruela resultó tan mortífera en las primeras décadas de contacto con el mundo occidental. Esta noción (que desde mi punto de vista requiere de una precisa comprobación) puede ser tomada como otro factor de vulnerabilidad.

Un lugar común en la historia regional del noreste refiere que la población nativa desapareció (por guerra o explotación) y que en no participaron su composición poblacional. La realidad es que a fines del siglo XVIII seguía habiendo pueblos de indios (de ascendencia local y migrantes) y su número era considerable. Pues bien: las cifras de enfermos y muertos muestran que fue en dichos poblados donde se resintió comparativamente un mayor daño causado por la viruela

	<i>Tasa de morbilidad</i>	<i>Población</i>
San Miguel de Aguayo.	12.66%	1780: 837 hab.
Barrio de San Antonio.	13.95%	1821: 1,872 hab.
	12.81% en conjunto	
Purificación	22.22%	1780: 171 hab. 1815: 223 hab.
Concepción	27.69%	1780: 210 hab. 1815: 199 hab.

que en las restantes poblaciones neoleonesas. Esta afirmación se sustenta tanto en la tasa de morbilidad como en la incidencia relativa.

El pueblo de San Miguel de Aguayo, jurisdicción de Boca de Leones, fue una colonia tlaxcalteca, antecedente del actual municipio de Bustamante. Ahí enfermaron 624 personas de viruelas naturales y fallecieron 79. Anexo a éste se encontraba el Barrio de San Antonio, un pequeño pueblo de alazapas; ahí enfermaron 86 sujetos y murieron 12. En la jurisdicción de Pílon (cuyos datos totales desconocemos) se asentaron dos pueblos destinados a los chichimecas de nueva conversión: Purificación y Concepción. En el primero enfermaron 90 y murieron 20; en el segundo corrieron esa suerte 65 y 12 respectivamente.

También contamos con algunos cálculos de población en fechas cercanas a la epidemia (de 1780²⁹ más otras de 1815³⁰ y 1821³¹). Valiéndonos de estas fuentes podemos afirmar que la incidencia en los pueblos indios fue alta (más de 40 por ciento de la población se contagió) y que la tasa de morbilidad de todos los pueblos fue elevada. Baste con apreciar que dicha tasa en el pueblo de Concepción fue la más trágica en toda la provincia.

No es fácil saber si una débil inmunidad transmitida determinó la fuerte vulnerabilidad en estos pueblos. Debemos tener en cuenta que la *calidad* de indio no respondía a criterios biológico-raciales (un buen número de ellos eran en realidad mestizos) y aún suponiendo que una gran cantidad de ellos fueran amerindios sin mestizaje, en su pasado genético constaban ya 300 años de contacto con la viruela. Por otro lado, no podemos evadir tan altas cifras.

²⁹ Archivo General de la Nación, Provincias Internas, vol. 118, f. 62. "Resumen del número de personas ... de la provincia del Nuevo Reino de León".

³⁰ AGENL, Concluidos caja 5, expediente 15. Padrones de pobladores de los pueblos de Nuestra Señora de la Purificación (11 de agosto de 1815) y Nuestra Señora de la Concepción (19 de julio de 1815).

³¹ AGENL. Estadísticas de los municipios: Bustamante caja 1. Informe de población del pueblo de San Miguel de Aguayo, Dionisio Samora, José Manuel Flores *et al.*, primero de marzo de 1821.

CONSIDERACIONES FINALES

Mientras no se desarrollara y aplicara masivamente la vacuna, resultaba imposible la prevención contra la viruela. Antes de ello, lo mejor que se podía hacer era desarrollar mecanismos de mitigación. La epidemia de 1798 ofreció la oportunidad de organizar un programa con mecanismos eficientes

La vulnerabilidad diferenciada es en realidad un abanico complejo de vulnerabilidades que se combinan en el tiempo con las circunstancias de cada situación de riesgo. La epidemia de 1798 evidenció algunas de las viejas vulnerabilidades (como las relaciones con el medio ambiente o cierta resistencia inmunológica heredada) al tiempo que mostró otras de nuevo cuño. La concentración de poderes (político y eclesiástico, por referir dos) en la capital incrementó su capacidad para asimilar la epidemia en contraste con el resto de la provincia. Aunque el daño sufrido pudo ser equiparable a desastres anteriores, la vulnerabilidad diferenciada se incrementó notablemente; era posible mitigar la amenaza y no se hizo, sobre todo en las zonas marginales y alejadas de la capital.

La vulnerabilidad diferenciada que apreciamos en el Nuevo Reino de León puede detectarse entre provincias o regiones de la Nueva España. El cálculo hecho para la ciudad de México ubica la tasa de morbilidad en torno a 10 diez por ciento;³² por su parte, Izaguirre calcula que en casi todas las jurisdicciones potosinas la tasa de morbilidad se ubicó por encima de 30 por ciento.³³ La posibilidad de realizar estudios comparativos está abierta.

A despecho de las conclusiones de otros investigadores, considero comprobado que la práctica de la inoculación combinada con el cuidado de los enfermos podía redundar en un éxito formidable; Monterrey es la prueba. La experiencia adquirida al enfrentar la epidemia

³² Rodríguez de Romo, "Inoculación...", *op. cit.*

³³ Significativamente, las tasas más altas corresponden a las jurisdicciones del Altiplano, con tasas escandalosamente altas que van de 40 a 60 %. A pesar de ser vecinas de las jurisdicciones del sur de Nuevo León que presentaron la más alta vulnerabilidad, ni por asomo se acercan a semejante tragedia.

pudo aplicarse en la posterior campaña de vacunación, reforzada por una mejor organización territorial y soportada por un manejo cuantitativo y estadístico de la información. Si durante el siglo XIX se revolucionó la organización gubernamental, la participación social, la concepción de políticas públicas y la misma noción de prevención de epidemias, hemos de reconocer que dichos cambios habían comenzado tímidamente a fines del siglo XVIII.

FUENTES PRIMARIAS

ARCHIVO GENERAL DE LA NACION (AGN), Provincias Internas
 ARCHIVO MUNICIPAL DE MONTERREY (AMM); Actas de Cabildo; Civil
 ARCHIVO GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN (AGENL); Concluidos;
 Correspondencia de Gobernadores; Estadísticas de los municipios;
 Memorias de Gobierno
Gaceta Constitucional de Nuevo León

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS

- ALMAZÁN CADENA, Antonio, *Geografía histórica de San Luis Potosí*, Río Verde, Grupo Cultural Raíces, 2007.
- CARDONA, Omar Darío, "La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo" en *International Work Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice*, Wagenigen, Disaster Studies of Wagenigen University and Research Center, 2001.
- COOK, Sherburne, "The smallpox epidemic of 1797" en *Bulletin of the History of Medicine*, núm. 7, Baltimore, Johns Hopkins University, 1939, 937-969.
- GARCÍA ACOSTA, Virginia, "Conceptualization and Experiences in Mexican Disaster Research" en *Constructing Risk, Theat, Catastrophe. Anthropological Perspectives*, Universidad de Fribourg, 2002, 161-168.
- GONZÁLEZ, José Eleuterio, *Algunos apuntes y datos estadísticos que pueden servir de base para formar una estadística del estado de Nuevo-León*, Monterrey, 1873.

- IZAGUIRRE TORRES, Jesús Artemio, *La viruela en la Nueva España. El caso de San Luis Potosí 1790-1810*, Tesis de Maestría en Historia, San Luis Potosí, El Colegio de San Luis, 2000.
- MASKREY, Andrew, *El manejo popular de los desastres naturales. Estudios de vulnerabilidad y mitigación*, Lima, Tecnología Intermedia ITDG, 1989.
- MCCAA, Robert, "Inoculation: An Easy Means of Protecting People or Propagating Smallpox? Spain, New Spain and Chiapas, 1779-1800" en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, vol. 2 (nueva época), 1998.
- _____, "Revisioning smallpox in Mexico Tenochtitlan, 1520-1950: What difference did charity, quarantine, inoculation and vaccination make?" Ponencia presentada en el Congreso Internacional "Vivere in Citta", *Poverty, Charity and the City*, University "La Sapienza" de Roma, 1999.
- PONCE ALCOCER, Ma. Eugenia Patricia, *Algunas enfermedades, remedios y tratamientos terapéuticos en el México del siglo XIX*, México, Universidad Iberoamericana, 2004.
- PRICE, Robin, "State Church Charity and Smallpox: An epidemic crisis in the City of Mexico 1797-98", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75 (5), 1982, 356-367.
- RODRÍGUEZ, M. E., "Las Juntas de Sanidad en la Nueva España. Siglos XVIII y XIX" en *Revista de Investigación Clínica. Órgano del Hospital de enfermedades de la nutrición*, vol. 53 (3), México, UNAM, 2001, 276-280.
- RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia, "Inoculación en la epidemia de viruelas de 1797 en México: ¿Mito o solución real?" en *Antilia*, vol. III, Madrid, Universidad Complutense, 1997.
- SALINAS CANTÚ, Hernan, *Sombras sobre la ciudad. Historia de las grandes epidemias de viruela, cólera, fiebre amarilla e influenza española que ha sufrido Monterrey*, Monterrey, 1975.
- THOMPSON, Angela, "To save the children: Smallpox inoculation, vaccination, and public health in Guanajuato, México, 1797-1848", en *The Americas*, 49 (4), Filadelfia, Drexel University, 1993, 431-455.
- WILCHES-CHAUX, Gustavo, "La vulnerabilidad global", en *Los desastres no son naturales*, Bogotá, Red de Estudios sociales en prevención de desastres en América Latina, 1993.

ANEXO I

Noticias estadísticas sobre el impacto de la viruela en el Nuevo Reino de León

Jurisdicción de la Ciudad de Monterrey³⁴

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Total	371	11	1,615	10

Jurisdicción del Valle de Salinas³⁵

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Total	1,420	92	23	0

Valle de Pesquería Grande³⁶

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Total	847	18	6	0

Jurisdicción del Real de Boca de Leones³⁷

	<i>viruelas naturales</i>	<i>Fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Boca de Leones	445	18	0	0
Hacienda de Santa Fe	299	23	0	0
Hacienda de Potrero	109	19	0	0
Pueblo de San Miguel	624	79	0	0
barrio de San Antonio	86	12	0	0
Total	1,563	151	0	0

³⁴ AMM, Civil 161-A, expediente 1-E. Se presenta la suma total de los 22 cuarteles en que se dividió la jurisdicción, cada uno de los cuales expresó sus estadísticas ante el gobierno provincial.

³⁵ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. José Santiago de Villarreal, Valle de Salinas, 1800 febrero 5.

³⁶ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Juan Cristóbal de la Garza, San Juan Bautista de Pesquería Grande, s/f.

³⁷ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Pedro Miguel Pérez, Real de San Pedro Boca de Leones, s/f.

Jurisdicción del Real de Vallecillo³⁸

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Vallecillo	456	27	50	3
Real de Sabinas	356	49	2	0
Río de Sabinas	81	3	0	0
Río Colorado	86	2	0	0
Hacienda del Marno (?)	79	5	0	0
Total	1,038	86	52	3

Jurisdicción de Cerralvo³⁹

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Total	1,453	77	2	0

Jurisdicción de la Punta de Lampazos⁴⁰

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Punta de Lampazos	353	2	36	0
Cía. Veterana	133	3	58	0
Real de Iguana	121	13	0	0
Hacienda de Carrizal	111	9	0	0
Total	718	27	94	0

Jurisdicción de la Ciudad de Cadereyta⁴¹

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Total	1,540	164	277	0

³⁸ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Vicente Vedia Pinto, Real de Vallecillo, 1800 enero 22.

³⁹ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Cerralvo, s/n, s/f.

⁴⁰ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Punta de Lampazos, 1800 enero 16.

⁴¹ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Cadereyta, Vicente Treviño, 1799 diciembre 14.

Jurisdicción del Valle del Pílon⁴²

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Pílon	?	?	?	?
Mota	69	18	0	0
Pueblo de Purificación	90	20	0	0
Pueblo de Concepción	65	18	0	0

Jurisdicción de la Ciudad de Linares⁴³

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Ciudad de Linares	?	78	0	0
Hacienda de La Petaca	?	45	0	0
Hacienda de San Isidro	?	23	0	0
Hacienda de Mamulique	?	25	0	0
Hacienda del Valle	?	13	0	0
Total	1,012	184	0	0

Jurisdicción del Valle de Labradores⁴⁴

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Valle de Labradores	87	14	0	0
Hacienda de Pablillo	29	10	0	0
Hacienda de Potosí	365	79	0	0
hacienda de San Miguel	196	15	0	0
Estancia de Lobos	38	4	0	0
Rancho Margaritas	15	0	0	0
Estancia de Raíces	17	1	0	0
Hacienda de San Lucas	20	0	0	0
Hacienda de Ciénega del Toro	18	0	0	0
San Francisco	79	0	0	0
Total	864	123	0	0

⁴² AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Valle del Pílon, s/n, s/f.

⁴³ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Linares, s/n, enero 24 de 1800.

⁴⁴ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Valle de Labradores, 1800 febrero 22.

Jurisdicción del Valle de Río Blanco⁴⁵

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
Río Blanco	125	17	0	0
San José	94	9	0	0
Hacienda de Soledad	205	34	0	0
Hacienda de Albarcones	102	15	0	0
Hacienda de Vacas	88	11	0	0
Total	674	86	0	0

Jurisdicción de Guajuco⁴⁶

	<i>viruelas naturales</i>	<i>fallecidos</i>	<i>inoculados</i>	<i>fallecidos</i>
españoles	700 (¿)	7	0	0
indios	100 (¿)	26	0	0
Total	800	96 (!)	0	0

ANEXO II

Ordenes que se deben observar en el hospital Provisional.

1^a. Siendo este hospital establecido por la caridad de la ciudad para curación de los pobres de solemnidad, no se admitirá en él a ninguno que no lo sea, para cuyo efecto llevarán boleta de los sujetos encargados de los cuarteles del padre fray Antonio o del señor Gobernador rubricada por mí, sin cuyo requisito no entrarán.

2^a. Igualmente, se subministrarán medicinas para afuera de el Hospital, a los que llevaren boleta de los referidos, que para los pobres

⁴⁵ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Valle de Río Blanco, s/n, s/f.

⁴⁶ AMM, Civil 161-A, expediente 1-F. Juan Nepomuceno de la Garza, Guajuco, 5 de marzo de 1800. Según lectura de Salinas Cantú, enfermaron 896 y fallecieron 37.

serán de balde como expresara la boleta, cuidando dichas medicinas con la mayor economía por ser pocas y muy corto el caudal con que debemos contar para la calamidad que nos amenaza.

3^a. Luego que entren los enfermos, se les mudará la ropa que lleven, poniéndoles la del Hospital. La suya se le lavará y guardará para que se la pongan cuando salgan, dejando siempre la del Hospital para otros, pero si fueren tan pobres que no la tuvieren propia, saldrá con la del Hospital; para esto se necesita un examen exacto pues muchos aparentarán pobreza porque los vistan.

4^a. No se permitirá que entren comida ni bebida alguna para los enfermos ni a visitarlos mas que sus padres, hermanos o sujetos de distinción que vayan a ejercer esta caridad y de ninguna manera a los muchachos, al menos que los lleven a inocular.

5^a. Tampoco se permitirá estar de pie en el Hospital a los padres de los enfermos, sólo aquellos que se considere necesarios y quieran ellos asistir a los demás enfermos.

6^a. Todo el que entre a curarse, siendo ya de la edad suficiente, se confesará inmediatamente antes que caiga inflamación a la garganta como acontece en este mal, para cuyo acto de caridad está destinado el reverendo padre Comisario fray José Fraire.

7^a. Para el método de curación y alimento que debe tomar el enfermo se arreglarán en un todo el mayordomo y practicante a la instrucción que tienen del padre fray Antonio.

8^a. Todos los días se barrerá y rociarán con vinagre y sahumarán las piezas donde se hallen los enfermos, manteniendo las ventanas abiertas, pues la ventilación y el aseo es la principal curación de esta enfermedad.

9^a. En las salas de las mujeres no se permitirá entrar hombres aunque sean sus padres, in avisar antes a las mujeres que las asisten para que estas vean si están con la honestidad correspondiente para dejarse ver.

10^a. Las capas, jorongos o cualesquiera otra ropa que lleve el enfermo y no fuere necesario en su curación, se guardarán en la ropería con una boleta que exprese el nombre del sujeto, número de su cama y piezas de que se compone, para entregársele cuando salga.

11^a. El libro de entradas tendrá dos márgenes; en el de la derecha se anotará si es inculado o entró con viruelas naturales y en el de la

izquierda el día que salió o murió. En la partida se expresará su nombre, el de sus padres, edad, barrio donde vive y de quién es la boleta.

12^a. Se tendrá mucho cuidado vigilando en los términos que sea posible que por las ventanas no entre ni salga nada, tanto de comida como de ropa ni otros enseres del Hospital, aprehendiendo al que se encontrare en el hecho y dándome parte como de todo lo que se advirtiere y no estuviere expreso en esta instrucción; para dictar la providencia que me pareciere arreglada a contener el desorden, en beneficio de los pobres.

Monterrey, 7 de abril de 1798.

Pedro de Herrera.

ANEXO III

Cuenta general que el capitán Pedro Herrera Leyva, encargado del Hospital Provisional de Viruelas de esta ciudad forma de las cantidades que han entrado y salido en su poder desde el día 15 de enero del presente año hasta el día de la fecha en que cesó su comisión.

[El cargo de 1,359 pesos 3 reales producto de donaciones y préstamos se expresa muy detallado. Transcribo la data, es decir, en que se aplicaron los recursos]

Data

... 24p 4r invertidos en la paga de los albañiles y peones que compusieron las azoteas con más el importe de la leña, malvas, nopalillos y costos de los mozos que condujeron varios menesteres para el Hospital que expresa el comprobante No. 1 ...

... 33p invertidos en la compra de jarros, fletes de varios utensilios, le, un par de tijeras, dos vasos ordinarios de Puebla, ollas, dos banquillos para baños de pies, un machete, un cuchillo, compostura de la chapa del zaguán del referido hospital y varias frioleras sueltas que se ofrecieron.

...73p 2r que se invirtieron en la compra de carne seca y fresca, chile, manteca de puerco y de vaca, frijol, aceite, azafrán, sal, jabón, aguardiente y tamarindo consumido en los enfermos y en la manutención de los sirvientes del referido hospital.

... 64p 7r invertidos en cigarros para las depositadas, hechura de cuatro faroles, 48 bacinicas, una libra de cera, leche para cataplasmas y beber los enfermos, hechura y clavazón de un ataúd, abertura de 7 sepulturas y leña consumida en calentar agua para los enfermos.

... 67p 4r invertidos en piloncillo, pan, pabulo y manufactura de 47p 4r de velas.

... 257p 1r invertidos en medicinas en la ciudad de San Luis para consumo del mencionado hospital.

... 22p satisfechos a los conductores de las expresadas medicinas, quienes además de esta cantidad percibieron de antemano la de 25p y no me dato de ellos por estar comprendidos en la partida siguiente.

... 620p 6 y medio r que satisfice a don Manuel de la Rigada por los efectos y menudencias que suplió para el referido Hospital, según lo acredita el comprobante No. (¿) ...

... 19 carneros que se consumieron en el alimento de los enfermos a mas de los 6 que dio e limosna don Margil de la Garza que a razón de 12 reales cada uno importaron la cantidad de 28p 4r.

..34p 5y medio r que se invirtieron en dos cajones de loza de Puebla para servicio del referido hospital.

... 56p 4 y medio r. invertidos en la paga de varias menudencias que por carecer de ellas el botiquín del Hospital se compraron en la botica del padre fray Antonio.

... 41p 4r que en 125 días contados desde 26 de enero hasta primero de junio inclusive, venció don José Antonio Correa como mayordomo del mencionado Hospital en esta forma: 68 días de ellos a razón de 6 pesos mensuales y los 56 restantes a razón de 4 reales diarios.

.. 11p 6r 3g que ganó José Francisco Villegas enfermero en 3 meses 11 días a razón de 3p 4r n cada uno contados desde 28 de abril hasta 9 de agosto inclusive.

... 5p que ganó Francisco de la Garza, mandadero en 2 meses 15 días que trabajó a razón de dos pesos en cada uno, contados desde 9 de mayo hasta 4 de agosto inclusive.

... 11p 6r 4g que ganó María Josefa González, enfermera, en 3 meses y 28 días a razón de 3 pesos al mes, contados desde 6 de abril hasta 4 de agosto inclusive.

... 18p 3r 2g que devengó en 2 meses y 9 días que sirvió de mayordoma ganando a razón de 8 pesos en cada uno doña Josefa de Ayala, contados desde primero de junio hasta 9 de agosto inclusive.

... 8p que se le dieron a Josefa Tijerina por ajustamiento que se tuvo con ella porque lavara la ropa de los enfermos en toda la temporada.

... 3p que se le dieron a Josefa Calzado porque sirviera de cocinera de los enfermos y estuvo 3 meses ganando un peso en cada uno.

... 61p 4r que venció don José de la Madrid en 123 días que sirvió de practicante, contados desde 6 de abril hasta 7 de agosto inclusive en que verificó la salida de los enfermos que estaban curándose en el citado hospital a razón de 4 reales diarios.

FECHA DE RECEPCIÓN DEL ARTÍCULO: 18 de diciembre de 2007

FECHA DE ACEPTACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL: 7 de mayo de 2008