

W. George Lovell

**Las enfermedades del Viejo Mundo
y la mortandad indígena: la viruela y el tabardillo
en la Sierra de los Cuchumatanes, Guatemala
(1780-1810)**

De la mortífera peste
tres diligencias libertan:
pronta salida, remota distancia,
y muy larga ausencia.
—Francisco Gil¹

Entre los pueblos indígenas que poblaban todas las tierras de América, desde Canadá hasta la Tierra del Fuego, la penetración europea en el Nuevo Mundo provocó un colapso demográfico que con toda probabilidad fue el más catastrófico en la historia de la humanidad. Persiste la controversia en cuanto a qué cifras, hemisféricamente, reflejan más exactamente el alcance e intensidad de la despoblación nativa; pero los expertos ahora están de acuerdo en que la disminución fue

W. George Lovell, de nacionalidad inglesa, es miembro de nuestro Consejo Editorial, así como de la Facultad de Geografía de la Queen's University, en Kingston (Ontario), Canadá. Porciones de este ensayo aparecen, en un contexto diferente y en una forma más resumida, en su obra *Conquest and Survival in Colonial Guatemala: A Historical Geography of the Cuchumatán Highlands, 1500-1821*, la cual será publicada próximamente por CIRMA en forma de monografía. La parte investigativa del presente ensayo fue patrocinada por los siguientes benefactores: el Programa Killam del Concejo Canadiense y el Concejo Canadiense de Investigaciones en las Ciencias Sociales y Humanidades.

¹ Francisco Gil, cirujano español que escribió a finales del siglo XVIII, publicó estas líneas como parte de un tratado de 172 pp. sobre la viruela; citado en John T. Lanning, *The Royal Protomedicato: The Regulation of the Medical Professions in the Spanish Empire* (Durham: Duke University Press, 1985), pág. 374. Lanning observa que "a los indígenas no les hacían falta consejos expresados en pareados latinos y españoles; iban de un pueblo a otro, a menudo sin saber que estaban infectados y que propagaban la enfermedad."

grande y duró décadas después del primer encuentro fatal.² Aunque la mortandad amerindia estuvo determinada por una mezcla de factores, se puede decir que el papel que jugaron las enfermedades del Viejo Mundo fue particularmente destructivo.³ Este fenómeno se debe a que las características de "suelo virgen" del Nuevo Mundo precolombino, especialmente las deficiencias inmunológicas de quienes lo poblaban, permitieron que organismos patógenos extraños entraran y se desarrollaran en condiciones que llevaron al máximo su actividad letal.⁴

En la sierra de los Cuchumatanes de Guatemala, la despoblación indígena que siguió a la conquista española se ajusta al patrón drástico que ya ha quedado bien establecido para otras regiones de América. Una población de contacto de quizás 260,000 habitantes había disminuido en 1680 a alrededor de 16,000, una disminución de más del noventa por ciento en el transcurso de 160 años. La recuperación demográfica comenzó en el último cuarto del siglo XVII y continuó durante todo el siglo XVIII y parte del XIX. Sin embargo, durante la mayor

² Woodrow Borah, "America as Model: The Demographic Impact of European Expansion on the Non-European World", *Actas y Memorias del XXXV Congreso Internacional de Americanistas* (México, 1964), III: 379-387; y, del mismo autor, "Renaissance Europe and the Population of America", *Revista de Historia* 105 (1976): 17-61. Un resumen reciente de las cuestiones, cifras y controversias se puede encontrar en Linda A. Newson, "Indian Population Patterns in Colonial Spanish America", *Latin American Research Review* 20 (1985): 3: 41-47.

³ P. M. Ashburn, *The Ranks of Death: A Medical History of the Conquest of America* (New York: Coward-McCann, 1947); y D. Joralemon, "New World Depopulation and the Case of Disease", *Journal of Anthropological Research* 38 (1982): 1: 108-127.

⁴ Alfred W. Crosby, Jr., "Virgin Soil Epidemics as a Factor in the Aboriginal Depopulation in America", *William and Mary Quarterly* 3.^a serie, 33 (1976): 289-299; y Henry F. Dobyns, *Their Number Become Thinned: Native American Population Dynamics in Eastern North America* (Knoxville: University of Tennessee Press, 1983), pp. 8-32. Aunque el presente ensayo está de acuerdo con la inclinación intelectual de Crosby y Dobyns, habría que señalar que otros expertos se inclinan a lo contrario. Véanse, por ejemplo, S. Ryan Johansson, "The Demographic History of the Native Peoples of North America: A Selective Bibliography", *Yearbook of Physical Anthropology* 25 (1982) 139-142; y David Henige, "If Pigs Could Fly: Timucuan Population and Native American Historical Demography", *Journal of Interdisciplinary History* 16 (1985/86): 4: 701-720.

parte de este tiempo, el aumento de población fue lento y esporádico a causa del brote persistente de enfermedades a las que los guatemaltecos nativos estuvieron expuestos repetidas veces.

Este artículo intenta examinar las tendencias demográficas y reconstruir el impacto de los brotes de enfermedades en los Cuchumatanes durante un período de treinta años (1789-1810), hacia el final del dominio español en Guatemala. Se demostrará que, incluso después de haber estado expuestos a agentes patógenos del Viejo Mundo durante dos siglos y medio, las comunidades indígenas aún estaban propensas a ataques muy perjudiciales de enfermedades que los españoles liberaron inadvertidamente como parte de las repercusiones de la conquista. En base a la información disponible, la viruela y el tabardillo parecen haber sido especialmente perjudiciales para el bienestar de los nativos. También se demostrará que, incluso en un nivel regional de análisis, se pueden observar fluctuaciones espaciales en el impacto de la enfermedad, sugiriendo que las circunstancias locales tienen mucho que ver con la variabilidad con la cual la peste afecta a las comunidades humanas. A este respecto, se pueden ofrecer algunas respuestas tentativas a la serie de preguntas sobre la demografía del período colonial hechas recientemente por Nancy Farris, quien considera que son las que más necesitan de una explicación.⁵

EL ENTORNO REGIONAL

La sierra de los Cuchumatanes son la región no volcánica más grande y espectacular de todo Centroamérica. Situada

⁵ Farris pone el desafío en estas palabras: "lo que hace falta explicar en el Yucatán de la época colonial y en el resto de la América Latina, es por qué la población no se recuperó, por qué el efecto acumulativo de la alta mortalidad con el tiempo siguió patrones diferentes en lugares diferentes y por qué esta tendencia a largo plazo finalmente cambió por completo. La información sobre algunas de las variaciones episódicas a corto plazo en la población podrían dar algunas de las respuestas y, especialmente, ayudar a clarificar las relaciones complejas que existen entre la demografía, la biología y el cambio sociocultural"; *Maya Society under Colonial Rule: The Collective Enterprise of Survival* (Princeton: Princeton University Press, 1984), pp. 59-60.

al norte del río Cuilco y al norte y oeste del río Negro o Chixoy, los Cuchumatanes forman una unidad física bien definida que limita al oeste con la región montañosa de Comitán en el estado mexicano de Chiapas y al norte con las tierras bajas tropicales de la cuenca del Usumacinta. Con elevaciones que van desde los 500 hasta más de 3,600 metros, la región de los Cuchumatanes se compone de entornos físicos diversos; desde el terreno desolado, frío y azotado por los vientos del páramo alrededor de Chancol y Paquix, hasta los valles exuberantes y templados del extremo norte y el matorral seco y espinoso de la depresión del río Negro alrededor de Sacapulas. En la actualidad, los Cuchumatanes están incluidos en los departamentos guatemaltecos de Huehuetenango y El Quiché, y constituyen un quince por ciento (aproximadamente 16,350 kilómetros cuadrados) del territorio nacional de la república centroamericana de Guatemala (Figura 1).

Escarpados, aislados y con una dotación de recursos de potencial explotativo limitado en comparación con otras partes de Centroamérica, durante la mayor parte del período colonial, los Cuchumatanes fueron considerados por los españoles de mentalidad empresarial algo así como un lugar atrasado desde el punto de vista económico. Durante los dos primeros siglos de dominio español, la región de los Cuchumatanes formó parte de la división administrativa conocida como el corregimiento o alcaldía mayor de Totonicapán y Huehuetenango. Esta unidad incluía todo el actual departamento de Totonicapán, la mayor parte de Huehuetenango, la mitad norte de El Quiché, la porción más oriental de Quezaltenango y el área de Motozintla del vecino Chiapas.

Hacia finales del período colonial, el corregimiento o alcaldía mayor de Totonicapán y Huehuetenango se convirtió en una provincia compuesta de dos jurisdicciones: el partido de Huehuetenango y el partido de Totonicapán. El partido de Huehuetenango corresponde en extensión territorial aproximada al área aquí considerada como la sierra de los Cuchumatanes (Figura 2). En la actualidad, más de quinientas mil personas habitan la región, un 75 por ciento de las cuales son indígenas; los ladinos, personas de ascendencia española e indígena mixta, comprenden la mayoría de las restantes. Los

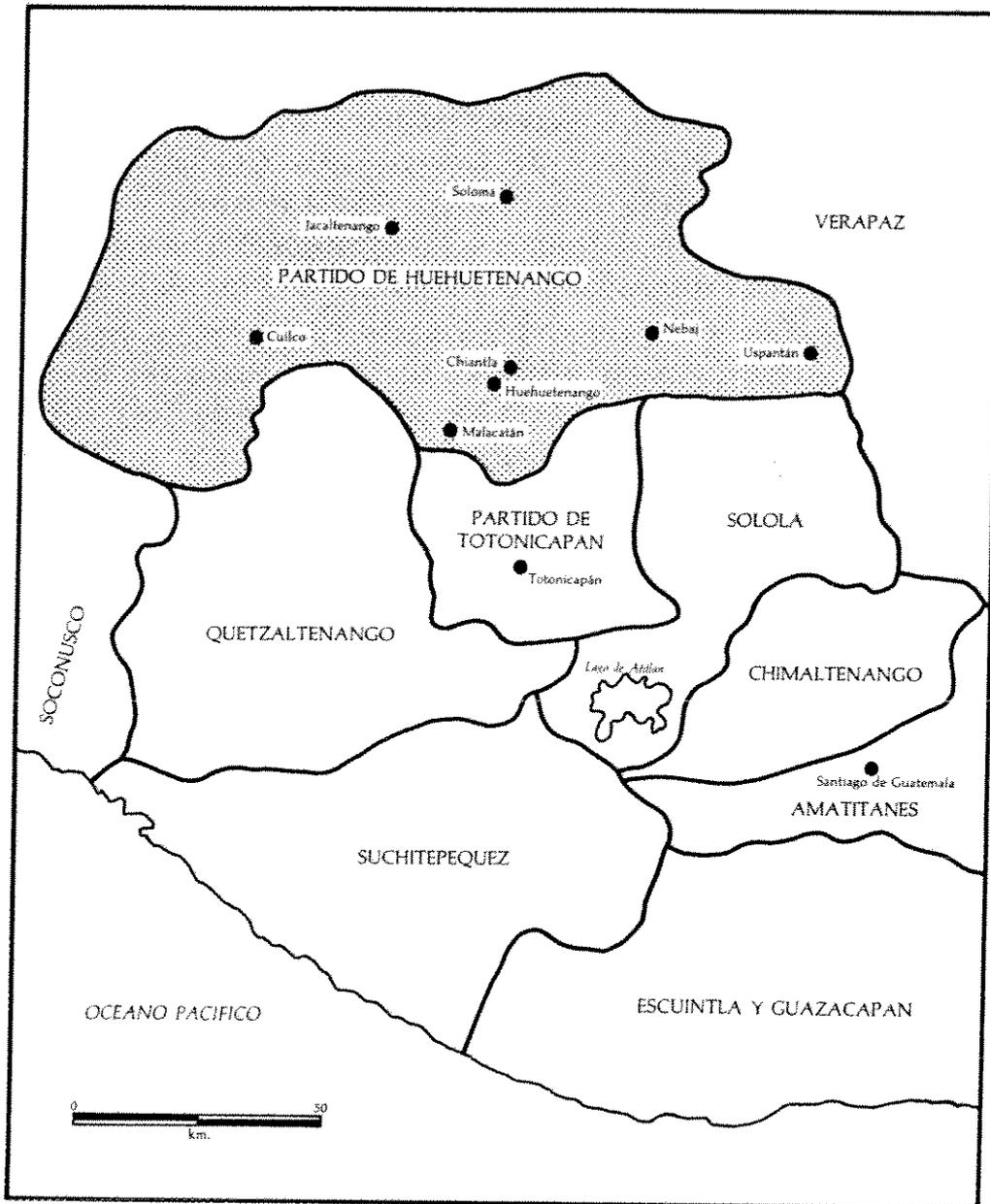


Figura 2. El partido de Huehuetenango

pueblos nativos de los Cuchumatanes son de ascendencia maya y hablan varias lenguas estrechamente relacionadas entre sí que pertenecen a la familia maya, siendo las más importantes el aguateca, el chuj, el ixil, el jacalteca, el kanjobal, el mam, el quiché y el uspanteca.⁶

⁶ Lovell, *Conquest and Survival*, pp. 11-34 y 173-176.

LA VIRUELA (1780-1807)

Después de alcanzar su punto más bajo alrededor de 1680, la población de los Cuchumatanes aumentó lentamente durante aproximadamente un siglo. En 1779 la población había aumentado aproximadamente 75 por ciento por encima de su nivel de 1683, pasando de dieciseis mil habitantes a un poco más de veintiocho mil (ver el Cuadro 1). La gran mayoría de esta población puede ser considerada indígena maya. Los españoles y los ladinos representaban solamente el 5 por ciento de la población cuchumateca total a finales del período colonial y representaban un porcentaje incluso menor en épocas anteriores.⁷ Por consiguiente, la recuperación demográfica que tuvo lugar entre 1680 y 1779 refleja, en esencia, un aumento en el número de indígenas. Con el ataque de un brote de viruela en 1780 —el que sólo puede ser considerado como una manifestación regional de una pandemia que afectó a todo el hemisferio— la tendencia ascendente de la población nativa fue detenida bruscamente.⁸

La viruela es una enfermedad viral, aguda y muy infecciosa, que durante mucho tiempo fue considerada como uno de los grandes azotes que afligían a la humanidad, tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo.⁹ Esta enfermedad, que hasta

⁷ AGCA, A1.6112.56104 y A16112.56108.

⁸ Para informes de los estragos de la viruela en otras partes de las Américas alrededor de 1780, véanse: Sherburne F. Cook, "Smallpox in Spanish and Mexican California, 1770-1845", *Bulletin of the History of Medicine* 7 (1939): 2: 154-155; Donald B. Cooper, *Epidemic Disease in Mexico City, 1761-1813: An Administrative, Social, and Medical Study* (Austin: University of Texas Press, 1965), pp. 56-69; Carolyn G. McGovern-Bowen, "Mortality and Crisis Mortality in Eighteenth-Century Mexico: The Case of Pátzcuaro, Michoacán" (Syracuse: Syracuse University, Department of Geography Discussion Paper 83, 1983), pp. 35-41; Marc Simmons, "New Mexico's Smallpox Epidemic of 1780-81", *New Mexico Historical Review* 41 (1966): 319-326; E. Wagner Stearn y Allen E. Stearn, *The Effect of Smallpox on the Destiny of the Amerindian* (Boston: Bruce Humphries, 1945), pp. 44-49; y Michael M. Swann, "The Demographic Impact of Disease and Famine in Late Colonial Northern Mexico", *Geoscience and Man* 21 (1980): 101-103.

⁹ Joel N. Shurkin, *The Invisible Fire: The Story of Mankind's Victory Over the Ancient Scourge of Smallpox* (New York: G. P. Putman's and Sons, 1979); y Donald R. Hopkins, *Princes and Peasants:*

CUADRO 1
La población de la sierra de los Cuchumatanes
1520 - 1825

Año	Población	Fuentes documentales
1520	260,000	La extrapolación de la magnitud de los ejércitos indígenas registrada por Fuentes y Guzmán
1525-1530	150,000	Cálculo aproximado basado en el tamaño de los ejércitos indígenas registrado por Fuentes y Guzmán
1550	73,000	AGI, Guatemala 966. Razón PT* de 5:1 (Huehuetenango como el 3.9% de los tributarios de la sierra de los Cuchumatanes)
1578-1582	47,000	AGI, Guatemala 966. Razón PT de 5:1 (Huehuetenango como el 3.9% de los tributarios de la sierra de los Cuchumatanes)
1664-1678	16,162	AGCA, A3.16.1601.26391. Razón PT de 4:1
1690	19,824	Fuentes y Guzmán, <i>Recordación florida</i> . Razón PT de 4:1
1760	21,176	AGCA, A3.16.950.17715. Razón PT de 4:1
1768-1770	23,418	Cortés y Larraz, <i>Descripción geográfico-moral</i>
1778	27,505	AGCA, A1.44.6097.55507
1779	28,047	AGCA, A1.44.6097.55507
1782	23,021	AGCA, A1.44.6097.55507
1783	25,027	AGCA, A1.44.6097.55507
1784	24,828	AGCA, A1.44.6097.55507
1788	24,678	AGCA, A3.16.246.4912. Razón PT de 4.82:1
1790	23,623	AGCA, A3.16.237.4706. Razón PT de 4.82:1
1797-1798	24,129	Hidalgo, <i>Gaceta de Guatemala</i>
1801	27,477	AGCA, A3.16.243.4853. Razón PT de 4.82:1
1811	29,571	AGCA, A3.16.953.17773. Razón PT de 4.82:1
1825	34,691	AGCA, B.84.3.1135.26030-26034

* Razón PT: razón entre población y tributarios.

finales del siglo XVIII segaba por igual las vidas de ricos y pobres, al parecer se contrae al inhalar partículas portadoras del virus, las que residen no solamente en el cuerpo y el aliento de una persona infectada, sino también en la ropa y los artículos que le pertenecen y por lo tanto son contaminados por esa persona.¹⁰

La viruela generalmente tiene un período de incubación de diez a dieciseis días durante los cuales, después de una fiebre de dos o tres días, aparece una erupción que, después de pasar por las etapas de mácula, pápula, vesícula y pústula, finalmente se seca, dejando a la víctima (si todavía vive) con las cicatrices distintivas conocidas como "picaduras de viruela".¹¹ En los casos sin tratamiento, los índices de mortalidad varían según la severidad del contagio, oscilando de más del 90 por ciento en brotes de *viruela mayor* entre poblaciones hasta entonces aisladas, a menos del 10 por ciento en brotes de *viruela menor* entre comunidades anteriormente expuestas.¹² Antes de finales del siglo XIX, la única especie de viruela que se sabía que existía era la viruela mayor. Gracias a los esfuerzos de Edward Jenner, desde fines del siglo XVIII la base del control de la viruela ha sido la vacuna. Sin embargo, antes se sabía que la inoculación —la práctica de inyectar a una persona sana la materia de la viruela en una cantidad muy pequeña, para intentar provocar en ella la creación de anticuerpos que proporcionarían una reserva defensiva contra la exposición futura al virus— era una medida preventiva efectiva aunque peligrosa.¹³

A History of Smallpox (Chicago: University of Chicago Press, 1983).

¹⁰ "Smallpox", *The New Encyclopaedia Britannica*, 15.^a ed., 1975, IX: 280; y K.B. Roberts, *Smallpox: An Historical Disease* (St. John's, Newfoundland: Memorial University of Newfoundland, 1978), pp. 6-8.

¹¹ Shirkin, *The Invisible Fire*, pp. 25-29.

¹² "Infectious Disease: Smallpox", *The New Encyclopaedia Britannica*, IV: 223; y Steadfrin Upham, "Smallpox and Climate in the American Southwest", *American Anthropologist* 88 (1986): 1: 116-122.

¹³ Peter Razzell, *The Conquest of Smallpox: The Impact of Inoculation on Smallpox Mortality in Eighteenth-Century Britain* (Fife: Caliban Books, 1977); y Derrick Baxby, *Jenner's Smallpox Vaccine: The Riddle of Vaccinia Virus and its Origin* (London: Heinemann Educatio-

Al ser introducidas por primera vez al Nuevo Mundo, las venas más contagiosas de la enfermedad provocaron gran destrucción.¹⁴ Por el testimonio de Toribio de Benavente, fraile franciscano del siglo XVI, mejor conocido por su nombre adoptado de Motolinia, sabemos que la viruela asoló el área central de México. El franciscano escribió:

al tiempo que el capitán Pánfilo de Narváez desembarcó en esta tierra, [a principios de 1520] en uno de sus navíos vino un negro herido de viruelas, la cual enfermedad nunca en esta tierra se había visto, y a esta sazón estaba esta Nueva España en extremo muy llena de gente; y como las viruelas se comenzasen a pegar a los indios, fue entre ellos tan grande enfermedad y pestilencia en toda la tierra, que en las más provincias murió más de la mitad de la gente y en otras poca menos; porque como los indios no sabían el remedio para las viruelas antes, como tienen muy de costumbre, sanos y enfermos, el bañarse a menudo, y como no lo dejasen de hacer morían como chinches a montones. Murieron también muchos de hambre, porque como todos enfermaron de golpe, no se podían curar los unos a los otros, ni había quien les diese pan ni otra cosa ninguna. Y en muchas partes aconteció morir todos los de una casa; y porque no podían enterrar tantos como morían para remediar el mal olor que salía de los cuerpos muertos, echábanles las casas encima, de manera que su casa era su sepultura.¹⁵

A través de varios cronistas guatemaltecos, entre los que se encuentra Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, sabemos que durante el período colonial la viruela también ocasionó gran pérdida de vidas humanas más hacia el sur. Fuentes y Guzmán escribió que la viruela y el sarampión —al último con frecuencia se le confundía con la primera, tanto

nal Books, 1981).

¹⁴ Alfred W. Crosby, Jr., "Conquistador y Pestilencia: The First New World Pandemic and the Fall of the Great Indian Empires", *Hispanic American Historical Review* 47 (1967): 3: 321-337.

¹⁵ Fray Toribio de Motolinia, O.F.M., *Memoriales e historia de los indios de la Nueva España*, estudio preliminar por Fidel de Lejarza, O.F.M., Biblioteca de Autores Españoles (Madrid: Ediciones Atlas, 1970), CCXL: 10; véase también la versión mexicana, *Historia de los indios de la Nueva España* (México, D.F.: Editorial Salvador Chávez Hayhoe, 1941), pp. 15-16.

en la América británica como en la América española¹⁶ — se extendieron entre los pueblos nativos “como el activo y cebado fuego de los campos secos, [destruyendo] pueblos enteros de innumerables y crecidos millares de habitantes”.¹⁷

La epidemia de viruela que atacó a las poblaciones indígenas de la sierra de los Cuchumatanes entre 1780 y 1781 entró a la región por su extremo más occidental, apareciendo primero en las comunidades de San Martín Mazapa y San Francisco Motozintla. En la actualidad, ambas poblaciones están situadas en el estado mexicano de Chiapas, cerca de la frontera guatemalteca. Sin embargo, al momento de la epidemia formaban parte de la unidad eclesiástica administrada como la parroquia de Cuilco. Fray Manuel Ordóñez, el párroco residente en Cuilco, refiere que la viruela estaba presente el 28 de marzo de 1780, la más temprana aparición de la enfermedad documentada en la región. La viruela persistió en partes de los Cuchumatanes por lo menos hasta enero de 1781, lo que indica una duración de diez meses. En algunas comunidades (como por ejemplo, las de San Martín Mazapa y San Francisco Motozintla) la enfermedad duró aproximadamente cuatro meses, mientras que en otras (entre ellos, Santiago Chimaltenango y San Sebastián Huehuetenango) soportaron la peste uno o dos meses más. En Asunción Colotenango, la viruela persistió durante siete largos meses. La cronología de ocurrencia registrada (ver la Figura 3) sugiere una difusión bastante rápida de la enfermedad, antes del comienzo de las lluvias, hacia el este desde un foco en Chiapas, a lo largo de la orilla sur de los Cuchumatanes, posiblemente por el valle de Cuilco. Luego siguió una propagación más lenta hacia el norte, hacia partes más altas y remotas de la región, probablemente después de que las lluvias anuales hubiesen comenzado a finales de abril o principios de mayo. De esta manera, la cronología

¹⁶ Ola Elizabeth Winslow, *A Destroying Angel: The Conquest of Smallpox in Colonial Boston* (Boston: Houghton Mifflin Company, 1974), pág. 24.

¹⁷ Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, citado en George C. Shattuck, *Medical Survey of the Republic of Guatemala* (Washington, D.C.: Carnegie Institution of Washington, 1938), pág. 42.

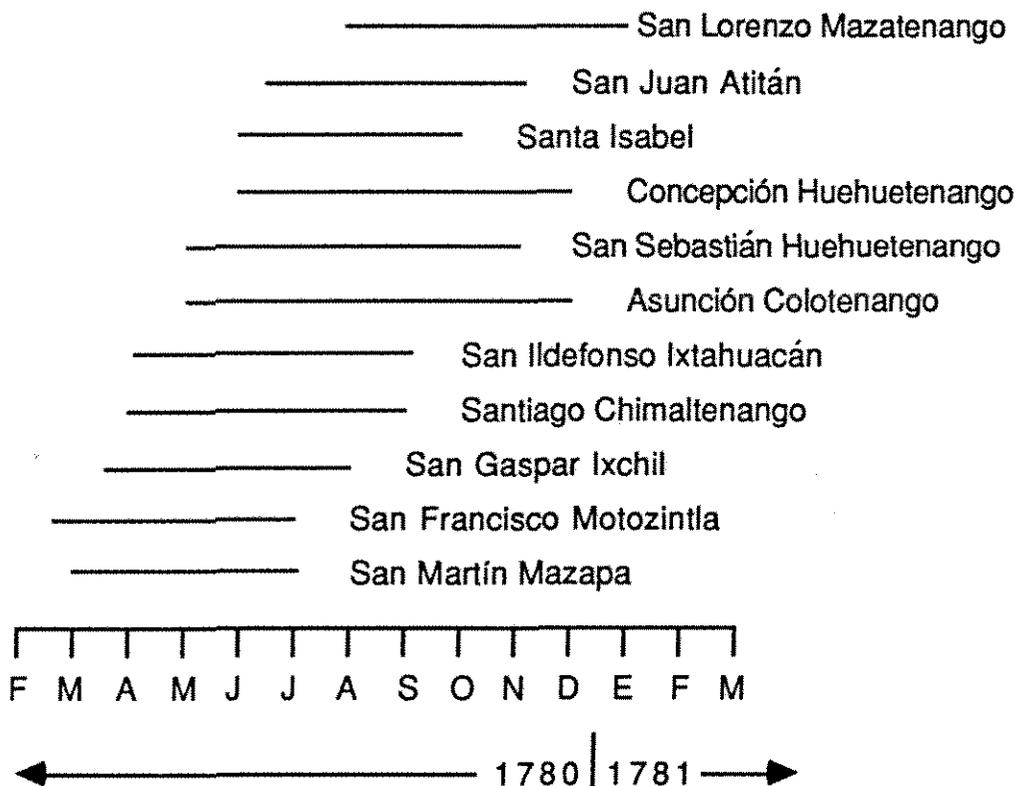


Figura 3. Cronología de la epidemia de viruela de 1780-1781

de los Cuchumatanes se ajusta a la estacionalidad conocida de la viruela, según la cual la enfermedad se mueve “más rápidamente durante los meses invernales en climas templados y durante la estación seca en los países tropicales”.¹⁸

Respondiendo a una petición hecha por el gobernador del distrito de los Cuchumatanes, Francisco Geraldino, los curas residentes le mandaron información concerniente al número de muertes registradas en sus parroquias como resultado del brote. Luego, Geraldino, siguiendo instrucciones reales, reunió los informes de los párrocos, tarea que completó el 2 de mayo de 1781. Como gobernador de distrito, su responsabilidad parece haber sido doble: en primer lugar, debía determinar cuántos de los muertos eran tributarios, tarea que probablemente se emprendía para determinar de qué manera serían afectados

¹⁸ Hopkins, *Princes and Peasants*, pp. 8-9.

en el futuro inmediato los impuestos con que se gravaba a las comunidades afectadas; y en segundo lugar, debía determinar qué pueblos parecían estar más necesitados de ayuda gubernamental y actuar en consecuencia. Geraldino resumió para sus superiores de la ciudad de Guatemala la información que le dieron los párrocos, algunos de los cuales fueron más meticolosos que otros en los detalles de lo que informaron. En el Cuadro 2 se presenta un análisis por pueblo del impacto de la viruela, basado en el resumen de Geraldino.

En toda la región de los Cuchumatanes, más de cuatro mil indígenas de todas las edades sucumbieron y casi el 60 por ciento del número total de las muertes registradas ocurrió entre niños de todas las edades.¹⁹ Aunque se podía anticipar una mortalidad alta entre estos grupos, era menos de esperar que las muertes fueran también considerables entre los solteros, los casados y los viudos (ver la Figura 4). Este patrón sugiere una ausencia de viruela en partes de la región durante algún tiempo antes del brote de 1780. De todos los que murieron, Geraldino informó que 253 eran tributarios.²⁰

Solamente un cura, fray Juan Ramón Solís, de Nebaj, proporcionó a Geraldino detalles específicos no sólo sobre las personas que murieron, sino sobre las que enfermaron y fueron atendidas hasta su recuperación.²¹ Esta información nos permite hacer cierta valoración del grado de infección y del índice de supervivencia o recuperación. Los datos se muestran en el Cuadro 3 y están relacionados con las comunidades maya-ixiles de San Gaspar Chajul, San Juan Cotzal y Santa María Nebaj. Hasta qué punto la epidemia debe haber trastornado tareas rutinarias tales como cuidar los campos, acarrear agua o preparar la comida, nos lo indica Ramón Solís al informar que, en San Gaspar Chajul, tres

¹⁹ AGCA, A1.44.6097.55507, f. 49. Un porcentaje tan alto de mortalidad infantil no es de ninguna manera sorprendente, dado que los niños constituían la mayoría de la población sin inmunizar. La regeneración de las poblaciones no inmunizadas permitió que la viruela se presentara en ciclos de siete u ocho años. Véanse Swann, "Disease and Famine", pág. 105; y McGovern-Bowen, "Mortality and Crisis Mortality", pág. 41.

²⁰ AGCA, A1.44.6097.55507, f. 49.

²¹ AGCA, A1.44.6097.55507, ff. 26 y 26v.

CUADRO

Mortandad indígena* registrada en los pueblos de los

<i>Pueblo</i>	<i>Casados</i>	<i>Casadas</i>	<i>Viudos</i>	<i>Viudas</i>
Aguacatán y Chalchitán	5	10	—	—
Amatenango	2	2	4	—
Colotenango	10	15	3	4
Concepción	7	17	—	2
Chajul	5	15	—	—
Chiantla	6	8	—	2
Cuilco	1	2	—	1
Cunén	16	20	7	1
Huehuetenango	5	6	1	1
Ixtahuacán	9	30	4	4
Jacaltenango	13	28	4	1
Malacatán	2	4	2	3
Nebaj	6	11	—	—
Sacapulas	14	42	11	9
San Andrés Jacaltenango	1	8	—	—
San Antonio Huista	10	1	—	—
San Francisco Motozintla	—	3	—	2
San Gaspar Ixchil	—	—	1	1
San Juan Atitán	1	13	1	3
San Juan Cotzal	11	17	—	—
San Juan Ixcoy	5	9	—	1
San Lorenzo	4	7	—	—
San Marcos Jacaltenango	8	6	—	—
San Martín Cuchumatán	—	1	—	—
San Martín Mazapa	1	1	—	3
San Mateo Ixtatán	10	26	20	6
San Miguel Acatán	5	12	1	5
San Pedro Necta	3	8	1	—
San Sebastián Coatán	8	11	—	—
San Sebastián Huehuetenango	6	16	—	2
Santa Ana Huista	8	10	—	2
Santa Barbara	3	2	—	—
Santa Eulalia	19	37	3	3
Santa Isabel	2	3	1	—
Santiago Chimaltenango	2	1	—	3
[Santiago] Petatán	9	—	2	1
Soloma	5	5	2	1
Tectitán	5	6	—	1
Todos Santos Cuchumatán	1	8	—	1
Uspantán	11	22	5	2

* Se murieron un total de 4,209 indígenas, más 181 españoles

2

Cuchumatanes durante la epidemia de viruela de 1780-1781*

<i>Solteros</i>	<i>Solteras</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>	<i>Total de muertos</i>	<i>Población en 1779</i>	<i>Mortandad estimada</i>
18	12	49	43	137	904	15%
3	4	9	12	36	186	19
27	8	31	42	140	1042	13
22	14	44	41	147	480	31
10	—	86	77	193	1358	14
13	7	20	7	63	225	28
7	7	23	14	55	304	18
3	2	12	16	77	244	32
15	17	20	15	80	602	13
15	23	45	43	173	947	18
32	29	80	86	273	1728	16
2	4	9	9	35	180	19
19	15	58	56	165	1428	12
21	24	78	101	300	1906	16
3	5	19	13	49	294	17
1	6	3	11	32	136	24
3	3	7	12	30	125	24
3	3	5	8	21	273	8
10	4	29	35	96	473	20
8	3	48	47	134	1707	8
21	24	35	39	134	934	14
2	2	11	11	37	330	11
7	—	11	21	53	288	18
1	3	10	9	24	118	20
10	4	4	19	42	208	20
32	10	55	72	231	1132	20
31	18	24	33	129	338	38
11	5	26	13	67	527	13
13	14	26	51	123	463	27
43	43	74	68	252	2275	11
11	7	11	4	53	395	13
10	3	15	17	50	386	13
31	28	84	92	297	1577	19
12	16	11	11	56	532	11
7	14	28	24	79	484	16
1	—	4	—	17	94	18
2	3	7	17	42	285	15
12	8	30	13	75	275	27
12	10	36	38	106	721	15
22	3	10	11	86	361	24

y ladinos. FUENTE: AGCA, A1.44.6097.55507.

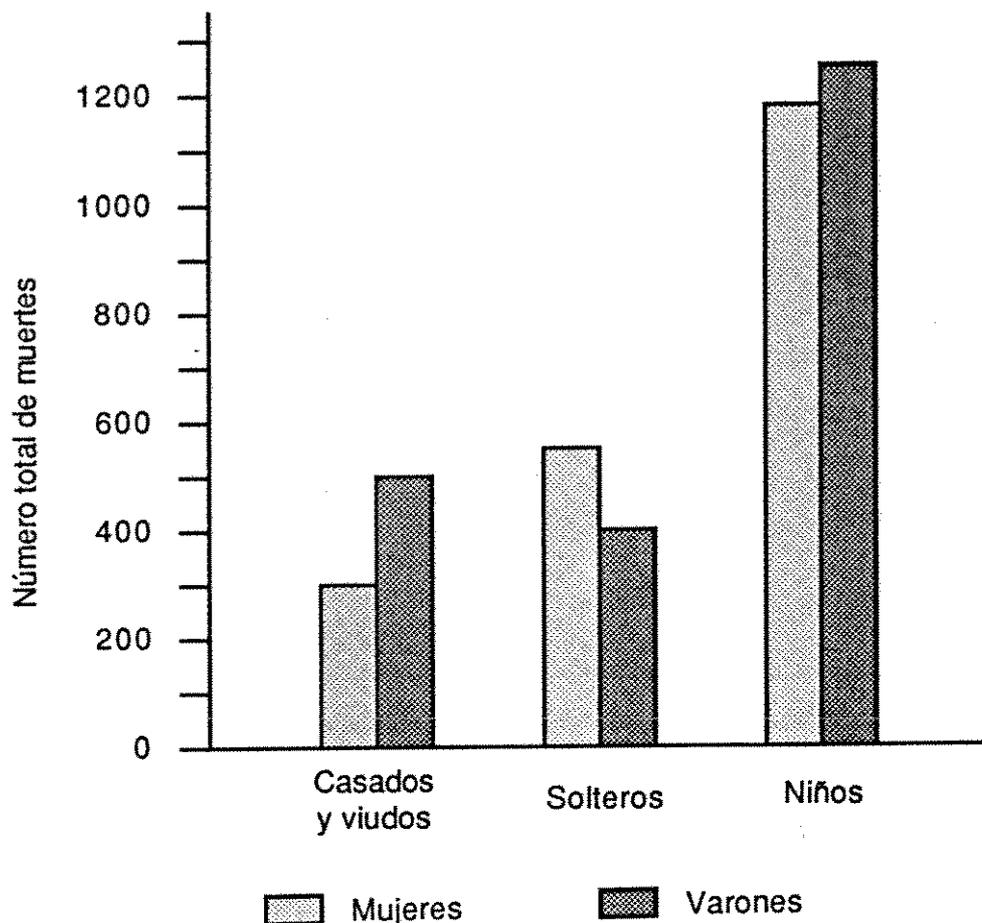


Figura 4. Mortandad causada por la epidemia de 1780-1781, por categoría familiar

de cada cinco personas de la comunidad enfermaron. De los atacados por la fiebre, uno de cada cuatro pereció, mientras que tres de cada cuatro sobrevivieron; patrón que también es válido para las comunidades vecinas de San Juan Cotzal y Santa María Nebaj.

En toda la región, los índices de mortalidad variaron de 8 por ciento en San Gaspar Ixchil a 38 por ciento en San Miguel Acatán, indicando una variación espacial importante en el impacto de la epidemia (ver la Figura 5). Si suponemos que la misma clase de viruela afectó a todas las comunidades, entonces el impacto diferencial puede ser relacionado con una combinación de factores, incluyendo la composición de-

mográfica, la densidad de población, el grado de nucleación o dispersión de asentamiento, el grado de inmunidad adquirida anteriormente, el nivel de salud y nutrición antes del contagio, la efectividad de los procedimientos de cuarentena, la proximidad a las vías de comercio y comunicación, así como las numerosas características culturales y ambientales relacionadas con las costumbres y el hábitat.²² En otras palabras, las condiciones locales variables, que cambiaban de innumerables maneras sutiles y complejas de valle a valle y de pueblo a pueblo, explicarían mejor el patrón de mortalidad diferencial dentro de la región. En menos de un año, la epidemia redujo la población total de los Cuchumatanes, después de aproximadamente un siglo de recuperación gradual, de 28,000 habitantes a alrededor de veinticuatro mil, una reducción de casi 15 por ciento.

CUADRO 3
Alcance de la epidemia de viruela de 1780
entre los indígenas de la región maya-ixil

Comunidad	Población (1799)	Personas que se enfermaron	Tasa de infección	Personas que se murieron	Tasa de mortalidad
San Gaspar Chajul	1,358	836	62	195	23
San Juan Cotzal	1,707	503	29	138	27
Santa María Nebaj	1,428	614	43	165	27

Fuente: AGCA, A1.24.6097.55507.

La administración colonial respondió oficialmente a la crisis el 29 de agosto de 1780, cuando Francisco Geraldino promulgó una orden preventiva vaga que declaraba que "por punto general se mandó cuidar y socorrer a los indios de los fondos de sus comunidades".²³ Después de una breve visita a varios

²² Para una discusión de la actividad de estas mismas variables en dos contextos mexicanos distintos, véanse Swann, "Disease and Famine", pp. 97-109; y McGovern-Bowen, "Mortality and Crisis Mortality", pp. 9-45.

²³ AGCA, A1.44.6097.55507, ff. 46v y 47.

lia-
vas.
za-
íos,
son
or-
ga
las
és
en
l y
le-
la
al,
de
n-
via.
jo
o,
re
en

est
as
va
de

pueblos, los funcionarios de la Corona hicieron varias sugerencias sobre lo que podía hacerse para aliviar el sufrimiento y detener la propagación de la enfermedad. La mayoría de las sugerencias se redujo a poco más que asignar a ciertos pueblos una suma de dinero, la cual debía sacarse de las cajas de comunidad o de las cofradías locales. Este dinero se gastó en camas, ropa y comida para los afectados y en administrar los santos sacramentos a los moribundos.²⁴ Los párrocos fueron responsables de la distribución de los artículos y provisiones, expedidos desde la capital de distrito de Huehuetenango, entre aquellas familias indígenas que se consideraba que estaban más necesitadas. En Aguacatán y Chalchitán, con diez pesos se compró una provisión de azúcar y 38 petates (esteras de junco usadas como camas); en Todos Santos, con veinte pesos se compró azúcar,²⁵ diez petates y una gran cantidad de tela para hacer mantas. Parece que la ayuda financiera sólo se extendió a once pueblos. La mayor parte de las comunidades luchó contra la enfermedad únicamente con sus propios recursos limitados. Está documentado que por primera vez se realizó la inoculación en Guatemala durante esta epidemia, pero no se sabe con certeza aún cuán extensiva fue la práctica en los Cuchumatanes.²⁶

Para principios de 1781, había seguido su curso la epidemia que apareciera aproximadamente un año antes. En el transcurso de diez años, la población tributaria de la provincia de Totonicapán y Huehuetenango había recuperado su tamaño previo al contagio.²⁷ Sin embargo, en términos generales, la recuperación fue lenta. En realidad, la población no alcanzó

²⁴ AGCA, A1.44.6097.55507.

²⁵ AGCA, A1.44.6097.55507, ff. 35 y 36. En 1652, Robert Pemel escribió la cita que se encuentra en Lesley B. Simpson, "The Medicine of the Conquistadores", *Osiris* 3 (1937): 3: 145, y que expresa su opinión de que el azúcar "helpeth the roughness and drinesse of the mouth and throat, also thirst and drought in Feavers."

²⁶ Francisco Asturias, *Historia de la medicina en Guatemala* (Guatemala: Editorial Universitaria, 1958), pág. 88; y Shattuck, *Medical Survey*, pág. 42.

²⁷ Joseph Domingo Hidalgo, "Descripción de la provincia de Totonicapán", *Gazeta de Guatemala* (31 de julio de 1797).

su nivel regional de precontagio por espacio de otra década (véase el Cuadro 1). El crecimiento retardado de la población podría estar relacionado con una reducida fertilidad, ya que la evidencia reciente sugiere que “las cicatrices que se derivan de las lesiones de la viruela en el epidídimo pueden haber sido una causa importante de infertilidad en los supervivientes varones”.²⁸ La viruela apareció nuevamente durante los años de 1795 y 1796. De este brote Joseph Domingo Hidalgo, funcionario de la Corona y colaborador de la *Gazeta de Guatemala*, dijo lo siguiente:

En los años inmediatos de 1795 y 1796, los pueblos confinantes con los despoblados y con la provincia de Chiapa ... se infestaron del terrible contagio de las viruelas, peste devoradora, y causa principal de que este Reyno, en 275 años que lleva de conquistado, no haya tenido el debido incremento la propagación, pues destruye los renuevos, y apenas dexa el diezmo para la subsistencia de las poblaciones; pero esta vez, a esfuerzos de M I [Muy Ilustre] Señor Presidente Capitán General del Reyno Don José Domás y Valle, se aisló el contagio se entabló la inoculación y se sofocó la peste en medio de su mayor ardor.²⁹

Aproximadamente doce pueblos experimentaron este brote, estando situados todos ellos al norte y al oeste de Huehuetenango.³⁰ Al parecer, las comunidades del este de los Cuchumatanes no fueron tocadas ni dañadas, indicando ya sea una laguna en la evidencia de archivo o, quizás más probablemente, si aceptamos el testimonio de Joseph Domingo Hidalgo citado anteriormente, una contención efectiva provocada por la acción gubernamental. En los documentos se dice que el frío, la lejanía y la inhospitalidad ambiental general de los Cuchumatanes estuvieron entre las “causas físicas” [físicas] del resurgimiento y la virulencia de la enfermedad. Además, los administradores españoles admitieron abiertamente que el

²⁸ Hopkins, *Princes and Peasants*, pág. 5.

²⁹ Hidalgo, “Descripción de la provincia de Totonicapán”.

³⁰ Hidalgo, “Descripción de la provincia de Totonicapán”; y AGCA, A1.47.385.8012.

terreno abrupto obstaculizaría la penetración médica efectiva a todas las comunidades necesitadas, incluso si en primer lugar se intentaban operaciones de socorro.³¹

Los materiales relacionados con el brote de viruela de 1795-1796 son escasos y de potencial reconstructivo limitado, por lo menos para el noroeste de Guatemala. Sin embargo, tenemos la suerte de tener a nuestra disposición, para propósitos comparativos, información concerniente al impacto de esta epidemia en el vecino México. Sherburne F. Cook examinó a fondo gran parte de esta información hace cincuenta años y la ha resumido en un artículo que trata tanto de la difusión de la enfermedad como de los trastornos que ocasionó.³²

El presidente Domás y Valle afirmó que este ataque de viruela fue traído a Guatemala por el buque mercante "La Ventura", el cual atracó en el puerto de Acajutla el 21 de abril de 1796, cuando iba de Perú hacia México. Sin embargo, Cook descubrió convincentemente que el brote procedía de la costa del golfo de Campeche y Tabasco. Está registrado que para el 11 de abril de 1793 la viruela ya había cobrado ocho víctimas en la ciudad de Campeche. En el pueblo con guarnición de El Carmen, construido para defender la laguna de Términos de las invasiones británicas, se informa de 602 casos con 105 muertes en un informe fechado el 30 de junio de 1793. El 4 de febrero de 1794 la enfermedad había alcanzado el pueblo de Jonuta y se había propagado más hacia el oeste a Villahermosa. Desde la región costera o tierras bajas de Tabasco la enfermedad se extendió en dirección sur hacia los distritos interiores del altiplano, atravesando finalmente las montañas hacia Chiapas, donde la viruela se encontraba firmemente atrincherada el 1.º de septiembre de 1794. Luego la enfermedad se dirigió hacia el este, apareciendo en Ciudad Real el 30 de octubre. Durante los tres meses siguientes, la viruela siguió moviéndose en dirección este, extendiéndose por partes de los Cuchumatanes antes de llegar a Totonicapán un

³¹ AGCA, A1.47.385.8012, ff. 2 y 3.

³² Sherburne F. Cook, "The Smallpox Epidemic of 1797 in Mexico", *Bulletin of the History of Medicine* 7 (1939): 8: 937-969.

día de febrero de 1795.³³ El proceso de propagación, basado en la reconstrucción de Cook, está representado en la Figura 6. Si suponemos que la población de los Cuchumatanes afectada por la viruela sufrió más o menos lo mismo que sus vecinos del oeste, entonces “aproximadamente de 75 a 85 pacientes de cada cien eran menores de veinte años”, lo cual indica que “la población no inmunizada sufrió de tres a cinco veces más de lo que sufrió la porción inmunizada por la exposición a epidemias anteriores”.³⁴ Cook calculó que la mortalidad entre los enfermos de todo México para esta epidemia particular fue de aproximadamente 15 por ciento, cifra próxima al 15.9 por ciento sugerido por Robin Price para la ciudad de México, donde más de siete mil personas —uno de cada dieciseis habitantes— murieron.³⁵

Puesto que, en el contexto guatemalteco, Joseph Domingo Hidalgo atribuye gran parte del éxito en reducir la mortalidad a las medidas tomadas por el presidente Domás y Valle, vale la pena examinar más de cerca la valoración que hace Cook de lo que estas medidas supusieron. De la inoculación escribe:

Desde el punto de vista médico, la técnica del siglo XVIII dejó mucho que desear. La transmisión fue todo menos estéril y con frecuencia el virus activo fue introducido en la persona no infectada con resultados desastrosos. Fue necesario depender de depósitos humanos, normalmente niños, que tenían que ser llevados de un lugar a otro. Los intentos de extraer el pus y conservarlo en recipientes fracasaron uno tras otro [indudablemente debido a la contaminación bacteriana general]. Pero a pesar de la rudeza y la ignorancia que caracterizaban a los tiempos, es bastante evidente que la inoculación fue muy provechosa.³⁶

³³ Cook, “Smallpox Epidemic”, pp. 938–943.

³⁴ Cook, “Smallpox Epidemic”, pág. 956.

³⁵ Véanse: Cook, “Smallpox Epidemic”, pág. 954; Robin Price, “State Church Charity and Smallpox: An Epidemic Crisis in the City of Mexico, 1797–1798”, *Journal of the Royal Society of Medicine* 75 (1982): 365; y Cooper, *Epidemic Disease*, pp. 153–154.

³⁶ Cook, “Smallpox Epidemic”, pág. 957.

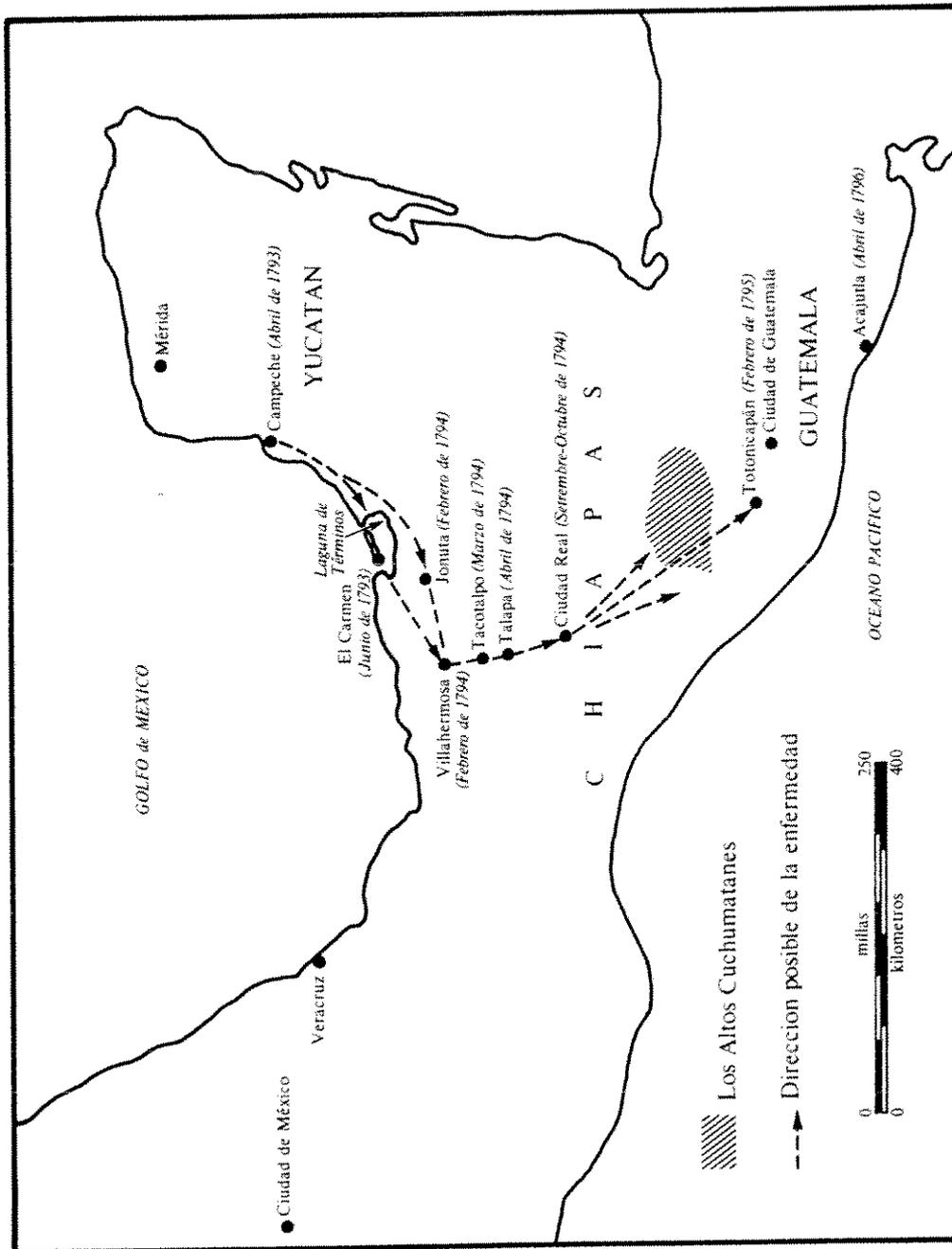


Figura 6. La epidemia de viruela de México; según Cook, pp. 942-943.

De los procedimientos para la imposición de cuarentena, Cook ofrece la siguiente valoración:

Todos los que de una u otra forma estaban implicados sabían muy bien que la única manera de impedir que la epidemia viajara distancias considerables era cortar la comunicación entre las regiones infectadas y las no infectadas. Con este fin se usaron dos variantes del mismo método. Si la enfermedad aparecía en un pueblo pequeño o aldea, se intentaba rodear el lugar por todos lados y evitar la salida de cualquier persona. Algunas veces se daba la situación contraria cuando, en una región muy infestada, se establecía un cordón alrededor de un pueblo para evitar la entrada de posibles portadores. La escala de ambas operaciones variaba con la magnitud de la población afectada. Por otra parte, a veces no era cuestión de una sola aldea o pueblo sino de una sección grande del país, siendo el problema detener el avance de la epidemia en un área muy aquejada a otra que hasta entonces no había sido afectada. En tales casos la cuarentena se centraba en las carreteras y vías principales de intercomunicación ... La mayoría de las medidas de cuarentena ... fracasó porque las dificultades inherentes que se presentaban a los funcionarios eran demasiado grandes para ser vencidas con los medios que tenían a su disposición. Estos obstáculos eran conocidos por los oficiales de sanidad desde tiempo inmemorial: la conveniencia y los intereses personales, y la ignorancia y la indiferencia de la población.³⁷

Siete años más tarde, la epidemia de 1795-1796 fue seguida por otra aparición más de viruela, de nuevo centrada en las zonas fronterizas occidentales de los Cuchumatanes.³⁸ Aunque este brote fue al parecer menos serio que la epidemia de 1780-1781 o la de 1795-1796, las autoridades reaccionaron, quizá a causa del impacto de azotes anteriores, con fuertes medidas de emergencia, incluyendo la inoculación e intentos de aislar las comunidades afectadas.³⁹ Ya que muchos de los pueblos donde apareció la viruela estaban situados en el camino real entre México y Guatemala —Chiapas era el origen

³⁷ Cook, "Smallpox Epidemic", pp. 961-962.

³⁸ AGCA, A1.47.192.3922 y A1.4.6105.55836.

³⁹ AGCA, A1.47.192.3922.

real o supuesto de muchas enfermedades que atacaron a las comunidades de los Cuchumatanes durante todo el período colonial— se ordenó que esta arteria principal fuera cerrada.⁴⁰ Se estableció una garita tanto en San Antonio como en Santa Ana Huista para asegurarse de que el comercio y los viajes que se originaban en el vecino México y que tenían como destino final a Guatemala fueran estrictamente controlados. En teoría, se pusieron restricciones al movimiento de personas y mercancías a principios de diciembre de 1802, pero la aplicación de las mismas resultó ser laxa e ineficaz. Un funcionario observó que la vigilancia hacía todo menos vigilar, denunciando que “han venido y vienen sin cesar gentes de todas partes”.⁴¹

Si era difícil imponer la cuarentena y la inoculación no dejaba de tener riesgo, a principios del siglo XIX había ocurrido un hecho que alteraría irrevocablemente la relación entre la viruela y la humanidad, hecho que tenía beneficios potenciales para los americanos nativos en particular. En 1798, un médico rural inglés, Edward Jenner, publicó sus descubrimientos referentes a la inoculación contra la viruela. El pequeño volumen de Jenner, titulado *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae, a Disease Known by the Name of Cow Poz*, documentaba su observación de que al parecer las lecheras nunca sucumbían a la viruela porque, como supuso correctamente, habían adquirido inmunidad contrayendo primero la vaccinia o vacuna.⁴² La inoculación subsecuente a humanos con el virus de la vaccinia, cuyas repercusiones médicas fueron insignificantes, demostró que efectivamente se producía la inmunidad de la viruela. Por eso se estableció la “vacunación” como la medida preventiva contra la enfermedad.⁴³

La noticia de los descubrimientos de Jenner se extendió rápidamente por todo Europa y en España hizo que se orga-

⁴⁰ AGCA, A1.4.6105.55836.

⁴¹ AGCA, A1.47.192.3922.

⁴² Roberts, *Smallpox*, pp. 24–32; y Baxby, *Jenner's Smallpox Vaccine*, pp. 38–88.

⁴³ Baxby, *Jenner's Smallpox Vaccine*, pp. 179–196; y Razzell, *Conquest of Smallpox*, pág. ix.

nizara una misión médica a la que se le ordenó atravesar el Atlántico para llevar al Nuevo Mundo la noticia de “el feliz descubrimiento inglés”.⁴⁴ La misión estaba dirigida por el doctor Francisco Xavier de Balmis. El 30 de noviembre de 1803, Balmis y su séquito salieron del puerto de La Coruña con destino hacia Veracruz, siendo su ilustre objetivo informar a los doctores locales de todo el Imperio español de los experimentos exitosos de Jenner que lo habían llevado a establecer una inmunidad contra la viruela. Al propio Jenner le impresionó mucho lo que él consideraba una iniciativa española poco característica. En una carta al duque de York, escribió: “los españoles, de quienes uno habría creído que serían la última nación en mostrar algún interés para ocuparse de esta cuestión, en realidad fueron los primeros entre los europeos”.⁴⁵

Después de hacer escala en las Islas Canarias, Cuba, Puerto Rico, Venezuela y Yucatán, la expedición Balmis llegó a Veracruz el 24 de julio de 1804.⁴⁶ Antes de llegar a Veracruz, la misión se había dividido, de acuerdo a un plan preconcebido, en varios subgrupos, cada uno con el cometido de cubrir una parte designada de las posesiones americanas de España. Acompañando a cada subgrupo en sus viajes iban varios niños no inmunizados. Su papel era servir de portadores humanos

⁴⁴ La cita proviene del AGCA, A1.47.4027.31012. Para una discusión extensa de la misión médica española, véase Sherburne F. Cook, “Francisco Xavier Balmis and the Introduction of Vaccination to Latin America”, *Bulletin of the History of Medicine* 11 (1942): 543–560 y 12 (1942): 70–101. Véase también Michael M. Smith, “The Real Expedición Marítima de la Vacuna in New Spain and Guatemala”, *Transactions of the American Philosophical Society*, New Series, 64 (1974): I. Tanto Cook como Smith trabajaron principalmente con fuentes inéditas en el Archivo General de la Nación de la ciudad de México. Sin embargo, Smith complementó el material mexicano consultando una copia de microfilm de dos legajos del Archivo General de Indias, Sevilla. Estos legajos, archivados como Indiferente General 1558 A y B, son maravillosamente ricos en material. Su potencial para reconstruir otros aspectos de la expedición Balmis de ninguna manera ha sido agotado.

⁴⁵ Edward Jenner al duque de York, citado en John T. Lanning, *The Eighteenth-Century Enlightenment in the University of San Carlos de Guatemala* (Ithaca: Cornell University Press, 1956), pág. 207. Véase también Lanning, *Royal Protomedicato*, pp. 12 y 378–386.

⁴⁶ Cook, “Balmis”, pp. 545–546.

de la vacuna, ya que la inoculación de “el precioso tesoro” de un niño a otro en el transcurso de un viaje era entonces el único medio efectivo de conservar el fluido de la vacuna.⁴⁷

A mediados de 1804, Balmis escribió desde Mérida a los funcionarios del gobierno en Guatemala.⁴⁸ Les informó que un miembro de su misión, el cirujano Francisco Pastor, había salido del puerto de Campeche “con dos niños vacunados” y se dirigía a Guatemala por la laguna de Términos y Ciudad Real.⁴⁹ Balmis escribió que con Pastor iban “las instrucciones necesarias sobre la aplicación de la vacuna y 25 ejemplares del tratado histórico y práctica de la vacuna, que traduce al castellano”.⁵⁰ Este último era un manual basado en los primeros trabajos del científico francés J. Moreau de la Sarthe, del cual se distribuyeron copias dondequiera que viajaron Balmis o sus socios. Todos los gastos en que se incurriera en el viaje de Yucatán a Guatemala debían ser cargados al tesoro real. Balmis también escribió que a Pastor había que proporcionar-le niños durante todo su viaje ya que, en las propias palabras de Balmis, “habiendo vacunado progresivamente de brazo a brazo durante el viaje, que es el único medio eficaz y seguro de mantener la preciosa vacuna”.⁵¹

Consta que Pastor estaba en Totonicapán el 4 de noviembre de 1804.⁵² Con gran disgusto del gobernador de distrito, el coronel Prudencio de Cozar, Pastor no dejó una provisión de la vacuna sino que siguió directamente hacia la ciudad de Guatemala, desde donde más tarde se difundió la vacuna y la forma de utilizarla.⁵³ El disgusto de Cozar con Pastor es una indicación importante de que, a pesar de los esfuerzos exitosos por parte de los doctores locales para importar la vacuna

⁴⁷ Cook, “Balmis”, pág. 646; y AGCA, A1.47.4027.31012.

⁴⁸ AGCA, A1.47.4027.31012.

⁴⁹ AGCA, A1.47.4027.31012.

⁵⁰ AGCA, A1.47.4027.31012 y A1.4.6091.55306.

⁵¹ AGCA, A1.47.4037.31012.

⁵² AGCA, A1.4.6091.55306.

⁵³ AGCA, A1.4.6091.55306.

CUADRO 4
 Inmunización contra la viruela
 entre los indígenas cuchumatanes, 1807

<i>Parroquia</i>	<i>Personas vacunadas</i>	<i>Costo de la vacuna</i>
Chiantla	515	64 pesos y 3 reales
Jacaltenango	762	95 pesos y 2 reales
Malacatán	621	77 pesos y 5 reales
Nebaj	348	43 pesos y 4 reales
Soloma	1,186	148 pesos y 2 reales

Fuente: AGCA, A1.47.2162.1558.

a Guatemala antes de la expedición de Balmis, antes de la llegada "oficial" no se había establecido una reserva segura del fluido ni existían conocimientos técnicos de propagación suficientes, por lo menos en las áreas rurales que estaban más allá de los alrededores inmediatos de la capital.⁵⁴ Sin embargo, a partir de finales de 1804, las autoridades coloniales promovieron activamente campañas de vacunación contra la viruela, campañas en las que la población indígena se convirtió en el grupo más importante que debía ser vacunado.

El primer paso importante fue el establecimiento en la ciudad de Guatemala de una Junta Central de Vacunación, la cual fue formada en 1805 y publicó instrucciones detalladas

⁵⁴ Para informes de cómo los doctores en Guatemala obtenían la vacuna de la viruela antes de la llegada de Pastor, véanse *Gazeta de Guatemala*, 25 de junio de 1804 y Smith, *Real Expedición*, pp. 49-54. Smith exagera el caso cuando escribe: "sin embargo, cuando Pastor llegó a Guatemala le quedaba poco por hacer. La vacuna había sido introducida varios meses antes de su llegada. Los médicos locales estaban bien instruidos en las técnicas de vacunación. Y gracias a los esfuerzos de funcionarios coloniales y médicos industrioses, la vacuna había llegado incluso a las partes más remotas de la Capitanía General". Lanning, *Royal Protomedicato*, pp. 378-386, tiene una evaluación más realista de los éxitos y fracasos de los esfuerzos de vacunación, evaluación que tiene juiciosamente presente las limitaciones de la intención humana y los límites impuestos por la geografía guatemalteca en cualquier operación de socorro.

sobre cómo difundir la vacuna. Luego se crearon comisiones regionales para supervisar a los procedimientos de vacunación en el área rural. Al personal médico capacitado en la aplicación de nuevas técnicas se le pagaba hasta cuatro pesos al día por sus servicios como vacunadores ambulantes en la provincia. Un doctor que trabajó en la región de los Cuchumatanes fue Ignacio Ruíz, de quien en un documento con fecha del 12 de mayo de 1806 se dice que usaba “buen modo y estilo con los indios, de que resultó haver vacunado por su mano 10,127 personas” en más de cincuenta pueblos de la provincia de Totonicapán y Huehuetenango.⁵⁵ Una estrategia comúnmente empleada para asegurar una participación nativa máxima era que los doctores vacunaran a los párrocos en un lugar público, con la esperanza de que esta medida sirviera como un ejemplo del cual el resto de la comunidad pudiera fiarse y seguir.⁵⁶ Hacia 1807, gracias a los esfuerzos de Ruíz y otros, más de 3,400 indígenas habían sido vacunados en los Cuchumatanes, siendo la mayoría de ellos niños de catorce años y menores (Cuadro 4). Aunque esta cifra —en una época que no se destacaba por su respuesta inmediata a las innovaciones médicas o a las ideas progresistas— al principio parece impresionante, los acontecimientos subsecuentes contribuyeron mucho a erosionar el impacto benéfico de la vacuna en el bienestar de los nativos. La resistencia a los elementos que no se fiaban fue siempre un problema, así como la falta de cooperación entre los residentes españoles, algunos de los cuales fueron amenazados con condenas de cárcel por descuidar los preparativos para la vacunación de los indígenas.⁵⁷ Así, el

⁵⁵ Esta puede haber sido una afirmación exagerada hecha para aumentar los ingresos de Ruíz; AGCA, A1.47.193.3939.

⁵⁶ AGCA, A1.47.193.3939. Lanning escribe que en los distritos remotos, la “ayuda de los clérigos se hizo cada vez más necesaria ... En sus pueblos nativos, los coadjutores vigilaban a los vacunados, inscribiendo a cualquiera a quien la vacuna no hiciera efecto, a los que constituían casos falsos, o a los que tuvieran alguna peculiaridad especial. Fuera de la ciudad de Guatemala, en particular, cuando tenía lugar una vacunación general, el cura era tan visible como el vacunador y los músicos indígenas, quienes por decreto especial tocaban la misma música que acompañaba sus otras ceremonias solemnes”; *Royal Protomedicato*, pp. 382–383.

⁵⁷ AGCA, A1.47.2162.15558, A1.47.385.8012, y A1.47.191.3905.

miedo o la apatía entre los indígenas, y la apatía en las filas de la élite española, junto con las dificultades relacionadas con el suministro y la conservación de la vacuna, contribuyeron a que hubiese brotes periódicos de viruela en Guatemala mucho después de las iniciativas de Balmis y Pastor.⁵⁸ Sin embargo, ninguno de estos brotes tuvo el impacto demográfico profundo de epidemias anteriores, lo cual tuvo como resultado que hubiese un crecimiento continuo —a pesar de las fluctuaciones locales— de la población nativa. La supervivencia indígena, aunque nunca fue garantizada, por lo menos vio cómo era reducida significativamente la intensidad de uno de sus opresores más virulentos.⁵⁹

EL TABARDILLO (1796-1810)

En la América colonial, el tifus o tabardillo —igual a la viruela— era considerado un azote temible, perjudicial y funesto. Aunque aún no se ha establecido completamente que la enfermedad fuese de hecho una introducción europea, menos equívoco es el registro histórico que muestra que el tabardillo fue un exterminador de indígenas de primera línea.⁶⁰ Thomas Gage, por ejemplo, dice lo siguiente acerca de un brote de tabardillo que asoló el altiplano de Guatemala a principios del siglo XVII:

⁵⁸ Véanse, por ejemplo, AGCA, B82.3.1095.24046, 24048, 24050 y 24069, todos los cuales están relacionados con un brote de viruela en Guatemala entre 1829 y 1831. La epidemia golpeó muy severamente a la región cakchiquel, especialmente a San Juan Comalapa y las comunidades circundantes. Otros brotes más aislados están registrados para San Miguel Totonicapán en 1824 (AGCA, B68.98.2694) y para San Antonio y Santa Ana Huista en 1825 (AGCA, B82.3.3587.81954).

⁵⁹ William H. McNeill, *Plagues and Peoples* (New York: Anchor and Doubleday, 1976), pág. 223; y Stearn y Stearn, *Effect of Smallpox*, pp. 53-71.

⁶⁰ Hans Zinsser, *Rats, Lice and History* (Boston: Little, Brown and Company, 1935), pp. 253-264; y Carlos Martínez Durán, *Las epidemias de tifus en Guatemala* (Guatemala: Tipografía Sánchez, 1940), pp. 5-33. Véase también Murdo J. MacLeod, "The Matlazáhuatl of 1737-1738 in Some Villages in the Guadalajara Region", en *Investigating Natural Hazards in Latin America History*, Robert H. Claxton, editor (Carrollton: West Georgia College, 1986), pp. 7-15.

Al año siguiente [1613], todo el país fue generalmente infectado de una cierta enfermedad casi tan contagiosa que como peste, que ellos llaman *tabardillo*; esta era una cierta fiebre en las entrañas que con gran cuidado duraba hasta el séptimo día, porque de ordinario hacía morir a las personas al tercero o quinto días.

El mal olor y la hediondez que salía del cuerpo de los enfermos bastaba para infectar no solamente a los de la casa, sino también a todos los que venían a verlos; esta fiebre les hacía podrir la boca y la lengua y los volvía antes de morir tan negros como el carbón.

Hubo muy pocos españoles infectados de esta enfermedad contagiosa, pero los indios lo fueron generalmente todos.⁶¹

Dada la dificultad de un diagnóstico correcto antes de mediados del siglo XIX, las observaciones de Gage son ilustrativas. El tabardillo es una enfermedad infecciosa aguda caracterizada por un ataque repentino de dolor de cabeza, escalofríos, fiebre y dolores generales que, después de algunos días, son seguidos por una erupción en gran parte del cuerpo que normalmente comienza en los hombros y el tronco y se propaga rápidamente a las extremidades, incluyendo el dorso de las manos y la planta de los pies. Cuatro a seis días después de la exposición inicial, la víctima de la enfermedad entra en un período crítico de postración acentuada, gran debilidad y temperaturas altas. Si el resultado es favorable, la fiebre desaparece a finales de la segunda semana y la enfermedad y la postración disminuyen gradualmente. Si el ataque es mortal, la postración empeora progresivamente y va acompañada de delirio y coma, a menudo el paro cardíaco como última consecuencia. El tabardillo epidémico, causado por la *Rickettsia prowazekii*, es transmitido de persona a persona por el piojo común, *Pediculus humanus*. El tabardillo endémico o murino, causado por la *Rickettsia mooseri*, es transmitido al hombre por varias especies de pulgas y acáridos que se hospedan en

⁶¹ Thomas Gage, *The English-American: A New Survey of the West Indies, 1648* (London: Rotledge and Sons, 1928), pág. 291; y Thomas Gage, *Nueva relación que contiene los viajes de Tomás Gage en la Nueva España*, Biblioteca "Goathemala", tomo XVIII (Guatemala: Sociedad de Geografía e Historia, 1946), pp. 235-240.

las ratas y los ratones.⁶² A diferencia de la viruela, la cual rompe todas las fronteras sociales, a lo largo de la historia el tabardillo ha sido principalmente una enfermedad de los pobres, desarrollándose entre la gente indigente y oprimida de todas partes, y en ningún lugar ha sido más letal que cuando aparece bajo condiciones "de hambre, extrema pobreza, vagabundeo y guerra constante".⁶³

El 21 de noviembre de 1796, el gobernador de la región de los Cuchumatanes, Francisco Xavier Aguirre, escribió a sus superiores de la ciudad de Guatemala para informarles que el tabardillo había aparecido en partes de su distrito.⁶⁴ Le preocupaban especialmente los sucesos de Jacaltenango, los cuales no eran sino un presagio de lo peor que vendría después.⁶⁵ Aguirre informó que la enfermedad ya había quitado la vida a más de quinientos jacaltecos, entre los cuales había 61 tributarios.⁶⁶ Consideraba que los que se recuperaban tenían pocas esperanzas, ya que desafortunadamente, "muchos de los infelices naturales morirían por falta de alimentos y remedios".⁶⁷ En un esfuerzo para reducir el impacto del contagio, Aguirre dispuso que un médico español, Vicente Bolinaga, pasara más de tres meses cuidando a los enfermos y necesitados, por seis pesos al día que el tesoro real debía pagar.⁶⁸

La medida de Aguirre fue inútil. De Jacaltenango, la epidemia se propagó al vecino pueblo de Concepción donde, entre el 7 de septiembre de 1796 y el 27 de septiembre de 1797, no menos de 561 indígenas murieron de la fiebre, y esto en una comunidad que unos doce años antes tenía una población

⁶² "Typhus", *The New Encyclopaedia Britannica*, X: 220; y Zinsser, *Rats, Lice and History*, pp. 216-239.

⁶³ Zinsser, *Rats, Lice and History*, pág. 238.

⁶⁴ AGCA, A1.24.6106.55666.

⁶⁵ AGCA, A1.24.6106.55666.

⁶⁶ AGCA, A3.16.255.5719.

⁶⁷ AGCA, A1.24.6106.55666, f. 1.

⁶⁸ AGCA, A1.24.6106.55666, ff. 32 y 33.

total de 606 personas.⁶⁹ Sólo 56 tributarios sobrevivieron.⁷⁰ En un intento por reducir la propagación del contagio, fueron incendiadas completamente más de cien casas.⁷¹ Sin embargo, incluso medidas tan drásticas resultaron inútiles, ya que el tabardillo pronto apareció quince kilómetros al sur y al este de Concepción, en la comunidad mam de Todos Santos donde mató a 488 personas (más de la mitad de la población del pueblo), entre ellos 96 tributarios.⁷² Todos Santos quedó con una población total de alrededor de 380 personas, 55 de ellas tributarios, y también fueron arrasadas viviendas y propiedades, más de sesenta en total.⁷³ La aldea vecina de San Martín Cuchumatán también sufrió. Allí murieron 87 indígenas, dejando solamente 91 supervivientes enfermos, 19 de los cuales eran tributarios.⁷⁴

El 16 de octubre de 1798, la epidemia había avanzado hacia el este, de las regiones mam y jacalteca a la región ixil.⁷⁵ Se informó que doscientas víctimas habían sido enterradas en el cementerio de San Gaspar Chajul, donde la peste en su punto culminante mató de diez a doce personas diarias.⁷⁶ Tasas de mortalidad igualmente altas predominaron en San Juan Cotzal y Santa María Nebaj. En esta última comunidad, igual a Chajul, los indígenas se sublevaron contra algunas de las medidas que se impusieron para detener la propagación de la enfermedad. Estas incluían intentos de los funcionarios para que se enterrase a los muertos no en el cementerio local sino en un terreno consignado a cierta distancia del centro del pueblo.⁷⁷ La pérdida absoluta de vidas más grande parece haber ocurrido en San Sebastián Huehuetenango, comunidad

⁶⁹ AGCA, A1.24.6106.55666, f. 28, y A1.44.6097.55507.

⁷⁰ AGCA, A1.24.6106.55666, f. 28.

⁷¹ AGCA, A1.24.6106.55666, f. 28.

⁷² AGCA, A1.24.6106.55666, f. 30v.

⁷³ AGCA, A1.24.6106.55666, ff. 25-30v.

⁷⁴ AGCA, A1.24.6106.55666, f.27.

⁷⁵ AGCA, A1.24.6101.55668.

⁷⁶ AGCA, A1.49.192.3911.

⁷⁷ AGCA, A1.49.6102.55699 y A1.24.6101.55668.

mam que en 1795 tenía una población de 2,878 personas.⁷⁸ Allí, se informó que había muerto un total de 1,070 indígenas, 245 de los cuales eran tributarios.⁷⁹ Los pueblos contiguos de Huehuetenango, San Juan Atitán y Santa Isabel también fueron azotados severamente.⁸⁰

Desde el punto de vista del gobierno, la epidemia tuvo repercusiones inmediatas y directas. Las muchas muertes que hubo entre los tributarios, en San Sebastián Huehuetenango y en otras partes, obligaron a los administradores españoles a reducir los impuestos que tenían que pagar la mayoría de los pueblos aquejados. A finales del siglo XVIII, el número de tributarios inscritos para Jacaltenango, San Martín Cuchumatán, San Gaspar Chajul, San Miguel Uspantán y Todos Santos había sido reducido de modo significativo.⁸¹ En el caso de Concepción, Petatán y Santa María Nebaj —donde la mortandad fue considerable— el gobernador del distrito llegó hasta sugerir una suspensión temporal de todas las obligaciones fiscales.⁸²

No existen registros para los brotes de tabardillo de 1796–1799 que sean comparables en detalle y calidad a los que existen para la epidemia de viruela de 1780–1781. Sin embargo, los datos disponibles para las ocho comunidades muestran de nuevo una variación espacial pronunciada en el alcance de la mortandad indígena, sugiriendo una vez más que el impacto diferencial de la enfermedad debe considerarse en relación con las circunstancias locales cambiantes (véase el Cuadro 5). Por esta razón, la mortalidad que en Huehuetenango fue más baja probablemente refleja la existencia en la capital de distrito de medios y personal médico mejores para combatir el contagio. Los intereses personales también deben ser considerados. Los españoles y los ladinos, quienes en esa época constituían el

⁷⁸ Joseph Domingo Hidalgo, "Descripción de la Provincia de Totonicapán", *Gazeta de Guatemala* (13 de noviembre de 1797).

⁷⁹ AGCA, A1.49.192.3911, f. 51.

⁸⁰ AGCA, A1.49.192.3911, f. 51.

⁸¹ AGCA, A1.24.6102.55697, A3.1.2894.42486, y A3.16.424.4814.

⁸² AGCA, A3.16.141.4811, A3.16.141.4811, y A3.16.242.4814.

CUADRO 5
Tasas de población y de mortalidad en la época
de la epidemia de tabardillo (1796-1799)

Comunidad	Población en 1784	Población en 1795	Muertos a causa de tabardillo	Tasa de mortalidad	Población en 1801	Población en 1811
Huehuetenango	509	786	97	12	857	1115
Concepción	608	—	561	92	309	340
Jacaltenango	1443	—	528	37	1463	1840
San Juan Atitán	543	687	351	51	392	430
San Martín						
Cuchumatán	144	—	87	60	99	95
San Sebastián						
Huehuetenango	2067	2878	1070	37	2059	2300
Santa Isabel	461	300	82	27	345	435
Todos Santos						
Cuchumatán	704	827	488	59	415	440

Fuentes: AGCA, A1.44.6097.55507; *Gazeta de Guatemala* (6 y 13 de noviembre de 1797); AGCA, A1.24.6101.55666, A3.16.255.5719, A2.16.243.4853 y A3.16.953.17773.

60 por ciento de la población de Huehuetenango, probablemente habrían deseado minimizar los riesgos que ellos mismos corrían respondiendo rápidamente a la presencia del contagio entre los indígenas residentes.⁸³ Por otra parte, una mortalidad más alta en Concepción indica que ésta era una comunidad empobrecida compuesta totalmente de indígenas que vivían a una altura que se acerca a los 2,500 metros, en una región montañosa e inaccesible, mucho más allá de cualquier tipo de ayuda exterior. También es evidente que mientras que Huehuetenango se recuperó bastante rápidamente de los brotes de enfermedad, los niveles de población en otras comunidades (como por ejemplo, en Todos Santos y San Juan Atitán) permanecieron significativamente más bajos durante muchos años después de que el tabardillo atacara por primera vez.

Aproximadamente a finales de siglo, se puede deducir una tregua de la enfermedad. De 1799 a 1802 hay pocos brotes de enfermedad documentados. Luego, en 1803, se declaró nuevamente el tabardillo, en algunas comunidades acompañado de sarampión, viruela, sequía prolongada y una invasión de langostas.⁸⁴

La parroquia de Soloma fue escenario de un sufrimiento concentrado, especialmente las comunidades de Santa Eulalia, San Juan Ixcoy y San Miguel Acatán.⁸⁵ Según Mariano Larraive, médico afiliado a la Universidad de San Carlos que fue enviado a Soloma para cuidar a los enfermos, para el 29 de febrero de 1804 habían muerto 325 indígenas en Santa Eulalia y muchísimos otros yacían aquejados de fiebre y dolores.⁸⁶

⁸³ Véase, por ejemplo, el análisis étnico para Huehuetenango en los censos relacionados con la década de 1780 en AGCA, 6097.55507; y en Joseph Domingo Hidalgo, "Descripción de la Provincia de Totonicapán", *Gazeta de Guatemala* (6 de noviembre de 1797).

⁸⁴ AGCA, A1.249.5036 y A3.16.245.4909, f. 2; y Robert H. Claxton, "Weather-Based Hazards in Colonial Guatemala", en su edición de *Investigating Natural Hazards in Latin American History*, pp. 143 y 146-148.

⁸⁵ AGCA, A1.4.6107.55898 y 55899.

⁸⁶ AGCA, A1.46107.55899 y 55900; y Lanning, *Eighteenth-Century Enlightenment*, pp. 214-217.

A diferencia de la viruela, la cual invariablemente provocaba una mortalidad alta entre adolescentes y niños pequeños, el tabardillo atacó severamente a la población adulta; de las 325 víctimas de las que Larrave dio noticia, 222 eran adultos.⁸⁷ Antes del brote de tabardillo, la población indígena de Santa Eulalia sumaba 2,531. Por consiguiente, estas muertes ya representaban una tasa de mortalidad de 13 por ciento.⁸⁸ En San Juan Ixcay, con una población indígena de aproximadamente sólo la mitad del tamaño de la de Santa Eulalia, más de 250 personas habían muerto el 11 de agosto de 1804, una tasa de mortalidad más próxima al 20 por ciento.⁸⁹

La mejor información relacionada con el tabardillo en Soloma proviene de curas que sirvieron allí y de informes compilados por el personal médico que ocasionalmente era enviado a la parroquia para ayudar a combatir la propagación de la enfermedad. De los curas, José María Orellana observó la trágica situación de los nativos que estaban a su cargo con lástima y comprensión. El 30 de abril de 1804 escribió al gobernador de distrito, Prudencio Cozar y describió la siguiente situación en Santa Eulalia:

aunque la peste sigue en la misma fuerza, no podré ya dar cuenta de los que mueren, porque ya no queda en el pueblo mas de un alcalde que cuida de las cosas de los yndios, y una o dos familias ... se ha retirado a la costa una gran porción de yndios ... muchos se han poblado en un sitio nombrado Payconó, que corresponde al pueblo de San Miguel, y algunos que ay en la tierra caliente tanto de aquí como del referido citio estan trayendo muertos a enterrar al pueblo, muriendo sin ningun socorro espiritual.⁹⁰

Principalmente por la correspondencia entre Orellana y el gobernador de distrito, se tomaron medidas para que fuese enviado otro médico a Soloma. (El primer médico, Mariano de Larrave, al parecer se marchó de la parroquia poco después

⁸⁷ AGCA, A1.4.6107.55899.

⁸⁸ AGCA, A3.16.243.4853.

⁸⁹ AGCA, A3.16.243.4853.

⁹⁰ AGCA, A1.4.6107.55898.

de compilar su informe sobre la enfermedad en Santa Eulalia, fechado el 29 de febrero de 1804). Para la tarea se eligió a Mariano Francisco Lenteno, farmacéutico en ejercicio que normalmente residía en la ciudad de Guatemala. Llegó a Huehuetenango el 13 de mayo de 1804, después de una estancia breve en Quezaltenango para comprar medicina, provisiones y un tronco de mulas (lo que incluía el animal y un mozo) para el viaje que lo llevaría a las altas regiones de los Cuchumatanes.

Por las cartas que posteriormente escribió, es obvio que Lenteno desde el principio tuvo dudas y recelos sobre el lugar a donde iba, la clase de gente entre la que estaría trabajando y lo que en general se esperaba de él. Su viaje hasta Soloma estuvo precedido por un incidente perturbador en Huehuetenango. Allí Lenteno se puso a conversar con uno de los residentes españoles locales, un tal señor Aguayo, quien le pintó un cuadro lúgubre de lo que le esperaba adelante. El perturbado Lenteno recuerda que el señor Aguayo "me ha hecho una pintura horrible del caracter de los yndios, su ferocidad, y los riesgos de mi vida ... la falta de auxilios, hasta el caso de morir de hambre".⁹¹ Para el farmacéutico temeroso y vacilante, tales historias —aunque desafortunadamente ciertas— hacían poco para fortalecer la confianza en una misión que claramente veía con considerable inquietud.

Lenteno salió de Huehuetenango y llegó a San Juan de Ixcoy el 15 de mayo de 1804, donde encontró a fray José María postrado y con fiebre.⁹² Más tarde, Orellana escribió que la llegada del doctor le había sido "de gran consuelo ... siguen mis calenturas ... [que] Dios quiera no sea yo uno de tantos".⁹³ Lenteno escribió al gobernador de distrito el 6 de mayo para informarle de que en efecto había muchos enfermos y para pedir que se enviase a una mujer a San Juan Ixcoy para cocinar los alimentos y ayudar a cuidar a los necesitados.⁹⁴ La petición de Lenteno encontró una respuesta favorable y junto

⁹¹ AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹² AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹³ AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹⁴ AGCA, A1.4.6107.55898.

con la cocinera se envió un suministro de harina, arroz, azúcar y vinagre.⁹⁵

Con esta ayuda escasa, pero importante, Lenteno se puso a trabajar. Viajó desde San Juan Ixcoy hasta San Pedro Soloma, que quedaba siete kilómetros al norte en un camino difícil y rocoso, hasta Santa Eulalia. El 24 de mayo confirmó el informe anterior de Orellana del abandono masivo de Santa Eulalia, declarando que "no quedaron sino tres o cuatro familias", pues los indígenas habían huido hacia las montañas circundantes, según ellos para refugiarse, "donde morían, evidentemente en mayor infelicidad".⁹⁶ Se calculó que de cuatro a seis personas morían diariamente del tabardillo.⁹⁷ Lenteno llegó a decir que bajo tales circunstancias, para ayudarlos mejor que las condiciones permitían, iba de una vivienda a otra, llevando pócimas antisépticas y otras medicinas.⁹⁸ Parece que el vinagre se usaba como desinfectante doméstico y personal. Cada día se aireaban las casas con una combinación de vinagre y vapor amoniaco, y se usaba una solución de vinagre para lavar y frotar el cuerpo de los enfermos, principalmente la cara y los brazos.⁹⁹

Incluso con la ayuda de la cocinera y el mulato, Lenteno pronto se dio cuenta de que estaba exhausto. Pero comprendió que el trabajo físico era sólo un aspecto de la lucha que estaba sosteniendo. Sicológicamente, Lenteno sólo lentamente se adaptó al "miedo y el terror" con que los indígenas invariablemente veían sus servicios médicos. El infeliz farmacéutico

⁹⁵ AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹⁶ AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹⁷ AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹⁸ La fuente dice: "en estas circunstancias para socorrerles del modo que lo permiten, voy a sus casas llevando pociones anticepticas, tipsanas y otras medicinas"; AGCA, A1.4.6107.55898.

⁹⁹ AGCA, A1.4.6107.55898. Gage también dice que el vinagre se usaba para desinfectar a los enfermos durante una epidemia de tabardillo que presenció en Guatemala en 1631. Escribe: "He visitado a muchas personas que murieron de esta enfermedad, sin haberme servido de otro antídoto que el olor de un pañuelo mojado en vinagre, con lo cual, mediante la gracia de Dios, salí siempre del riesgo, mientras que otros murieron"; *The English-American*, pág. 201.

llegó hasta el punto de no acercarse a los nativos cuando descubría que éstos estaban aterrorizados, al ver que los iban a tratar con remedios desconocidos.¹⁰⁰ La imagen de la gente y el lugar que Lenteno recibió por primera vez de un residente español de Huehuetenango permaneció inalterada, si no fortalecida, por la experiencia personal. El farmacéutico pasó cuatro meses en Soloma y claramente se alegró cuando llegó el momento de marcharse y regresar a la existencia civilizada en la ciudad de Guatemala. En un resumen de su trabajo al gobernador de distrito Cozar, Lenteno declaró que consideraba que los indígenas eran lamentablemente negligentes —entre otras cosas— en cuestiones de higiene personal: “nunca limpian sus personas, vestidos, ni habitaciones que los son y igualmente de las gallinas y otros animales domesticos”.¹⁰¹ Agregó que los indígenas no reconocían ninguna autoridad española, ni siquiera la del párroco, de quien Lenteno declaró que no tenía ninguna influencia sobre la gente ignorante y testaruda que estaba a su cargo.¹⁰²

El tabardillo persistió en Soloma durante todo 1804 y parte de 1805. El 8 de mayo de 1806, Juan José Juárez, quien al parecer sustituyó a José María Orellana como párroco, escribió al gobernador de distrito solicitando que, a causa de la pobreza relacionada con la enfermedad, los indígenas de Santa Eulalia fuesen eximidos de las obligaciones tributarias para los años de 1804 y 1805 y que la gente de San Miguel Acatán fuese perdonada para el año de 1805.¹⁰³ Juárez señaló la “situación miserable” en la que habían vivido los indígenas de esos pueblos “desde que los primeros ataques de fiebre aparecieron en 1803”.¹⁰⁴ Durante los tres primeros años en que el tabardillo predominó en Santa Eulalia, fray Juan José, citando registros de defunción locales, informó de 1,039

¹⁰⁰ AGCA, A1.4.6107.55898.

¹⁰¹ AGCA, A1.4.6107.55940.

¹⁰² AGCA, A1.4.6107.55940.

¹⁰³ AGCA, A3.16.249.5036.

¹⁰⁴ AGCA, A3.16.249.5036, f. 4.

muertes, una mortalidad en ese momento de alrededor de 40 por ciento.¹⁰⁵

Los líderes indígenas de San Pedro Soloma también solicitaron exención de tributo.¹⁰⁶ Una vez más, su petición fue presentada por motivos de empobrecimiento ocasionado directamente por el impacto del contagio. Cuando escribieron al gobernador de distrito, los representantes nativos que buscaban la dispensa mencionaron específicamente que “por dar posada en nuestras casas a los que vinieron de Santa Eulalia huyendo de la peste se enfermó nuestro pueblo y se murió mucha gente tributarios de Soloma que por darles mais para que coma, tal vez vamos a tener hambre con ellos en este y en el año que entra de 1807”.¹⁰⁷

Cuando la enfermedad apareció en Santa Eulalia, los indígenas de allí huyeron no sólo hacia el sur a San Pedro Soloma, sino que también se dispersaron en dirección oeste hacia Concepción, a una distancia de veinticinco kilómetros. Esta evidencia proviene de Francisco de Paula López, fraile mercedario que en un tiempo fue párroco de Jacaltenango. Paula López informó haber encontrado, en noviembre de 1804, indígenas de Santa Eulalia viviendo en las montañas de los alrededores de Concepción.¹⁰⁸ En respuesta a su pregunta de cómo era que estaban allí, Paula López declaró que “desde el año anterior andaban huyendo de una peste de calenturas que se havia introducido en su pueblo”, señalando que muchos de los destituidos y hambrientos tenían “onze meses de andar por los montes” antes de establecerse en la vecindad de Concepción.¹⁰⁹ Habiendo observado el estado lamentable de los sobrevivientes, algunos de los cuales yacían enfermos y desnudos, Paula López persuadió a los indígenas de Concepción, quienes también habían padecido terriblemente de fiebre tífica apenas ocho años antes, a dar a los desventurados va-

¹⁰⁵ AGCA, A3.14.249.5036, f. 4v, y A3.16.243.4853.

¹⁰⁶ AGCA, A3.16.249.5036, f. 1.

¹⁰⁷ AGCA, A3.16.249.5036, f. 1.

¹⁰⁸ AGCA, A3.16.249.5036, f. 1.

¹⁰⁹ AGCA, A3.16.249.5036, f. 1.

gabundos tierras para cultivar maíz, para que no muriesen de hambre.¹¹⁰ Circunstancias tan desesperadas fueron más tarde relatadas por Juan José Juárez en su petición al gobernador de distrito Cozar de que a Santa Eulalia se le concediera una exención de tributo para 1804 y 1805.¹¹¹ Al describir la condición miserable de sus feligreses, Juárez los comparó con "pájaros sin nido, errantes de monte en monte, de alero en alero, sin casas, sin bienes, sin padres, sin hijos y desnudos; ¡Que dolor!"¹¹² Sin embargo, en ninguna otra parte se expresa más conmovedoramente el sufrimiento de los indígenas que en una carta escrita el 5 de mayo de 1806 por el alguacil de la parroquia de Soloma, Marcos Castañeda. Sus palabras, dirigidas al gobernador de distrito, captan un sentido vivo de la tragedia de una forma que sólo un testigo ocular podía hacerlo:

que hallandose desde ahora Cuatro años los Pueblos de Soloma en la mayor congoja, por la mortandad de Yndios que causo la peste de tabardíos muriendose sin consuelo, y remedio alguno, y que los dejaran solos en su pena. Nosotros [los residentes ladinos Marcos y Santiago Castañeda] tambien de miedo de la muerte salimos hullendo con nuestras familias a la soledad de los montes, y peñas del paraje de Chemal sufriendo halli el extremo de su temperamento, dejando en Soloma abandonadas nuestras cazas, y haberes. Pero havindose Dios servido de aplacar este terrible azote, volvimos a reconocer nuestro vecindario; y en contramos, que la mayor parte de los naturales del Pueblo de Santa Eulalia havia faltado, muriendo sus Indios por distintos lugares quedandose muchos cuerpos sin sepultarse, y que por esto selos comieron los animales del campo, y que con la Corruccion destos cadaveres, y por la de innumerables obejas que perecieron en los Corrales, tomó incremento la epidemia. Pero nos causa mas dolor, y causará a los de corazon piadoso; en ver el gran numero de niños huérfanos llorando por los regasos de sus Padres; y que piden la tortilla, sin haver quien se las de: á muchos viudos, y viudas estrañando la falta de sus consortes; y a los ancianos la muerte de sus hijos. Patente es a Dios, y les será a los que concideraren con

¹¹⁰ AGCA, A3.16.249.5036, f. 3.

¹¹¹ AGCA, A13.16.249.5036, ff. 4-5.

¹¹² AGCA, A3.16.249.5036, f. 4v.

reflección en la miseria en que estos infelices Yndios habrán quedado reducidos después de tanto trabajo. Han buuelto pues, a reconocer su Pueblo, y se han hallado sin Casas donde alojarse, sin bienes para los gastos y pagos de tributos, y sin maíz para fomentarse ellos, y sus familias. Finalmente si no se toma la providencia que se halle justa para el socorro de estos desgraciados sin duda perecerán de hambre, porque estos no sembraron maíz en los lugares donde se hallaban fugos, para mantenerse en este año presente, y para el que entra, ya vinieron tarde para el cultivo de sus cementseras. Es muy notorio en este curato, que los Indios de dicho pueblo se hallan grandes y chicos diariamente en los caminos, de Pueblo, en pueblo, de caza, en caza, echos mendigos, vuscando el maíz, ó de limosna, ó en Calidad de prestamo dejando en prenda a uno de sus hijos, porque no tienen con que comprarlo. En cumplimiento del oficio de Comisionado: porque veo de muy cerca estas desgracias, y apedimento de los Alcaldes del Referido Pueblo, damos este certificado vajo la religion del juramento que hacemos ambos esponentes, *por Dios, y una señal de su Santa Cruz*, para que apiadándose el S.^{or} Alcalde= mayor informe al M. I. S. Presidente a favor de los pueblos de este Curato de Soloma, y alcancen el alivio al menos que se les perdone el tributo de dos años que adeudan los del Pueblo de Santa Eulalia de los tres de la peste; y uno a los de S.^a Miguel que igualmente han padecido, y padecen ambas calamidades.¹¹³

Al escribir tres años más tarde, Castañeda calculó que entre 1803 y 1809 el tabardillo mató a “tres cuartas partes de la población indígena de San Miguel Acatán y Santa Eulalia” y afirmó que la mayoría de los supervivientes de la epidemia se quedaron “pobrisimos sin ningunos bienes, sin casas porque se quemaron para liberarlos de contagio”.¹¹⁴

Finalmente se obtuvo ayuda en forma de alimentos, dinero, medicina y personal médico del gobernador de distrito, Cozar.¹¹⁵ Sin embargo, en respuesta a las peticiones de exención de tributo, éste sólo pudo conseguir una orden real que concedía una *prórroga temporal*. El hecho de que se negara un

¹¹³ AGCA, A3.16.249.5036, ff. 2 y 2v.

¹¹⁴ AGCA, A3.16.249.5036, ff. 2 y 2v.

¹¹⁵ AGCA, A3.14.386.8037.

perdón completo e incondicional movió al párroco Juan José Juárez a hacer a Cozar el siguiente reproche:

Yo dificulto que estos indigenas pagen en luego el tributo ... por la peste que padesen generalmente los pueblos de Soloma ... agregandose a esto la epidemia ví la hambre y segun veo habra mucha mortalidad en este y siguienda año por que se han perdido las milpas sembradas. Me parece que lo que importa mas a Vmd es el sueldo, si gusta se lo cobrare y se lo remitire luego, pues todo no creo que lo pueda pagar luego los indios.¹¹⁶

Categórico y desdeñoso, el tono de estas palabras capta la resignación hostil con la que quienes trabajaban allí donde se desenvolvían los acontecimientos respondían ocasionalmente, en tiempos de crisis, a la apatía, la ineptitud y la falta de responsabilidad de los burócratas que mandaban desde lejos. Tal indiferencia por el bienestar de los nativos debe haber paralizado a los curas españoles y a los funcionarios ladinos, quienes se las arreglaban para cumplir con sus obligaciones con cierto sentido de compasión hacia los indígenas. En la parroquia de Soloma el tabardillo persistió, acompañado de una devastación que sólo la mente alucinada de El Bosco podría representar, durante siete años después de su aparición en 1803, propagando la enfermedad y la muerte de San Juan Ixcoy en el sur hasta San Mateo Ixtatán en el norte, de Santa Eulalia al este hasta San Miguel Acatán y más allá en el oeste.¹¹⁷ Desafortunadamente, incluso durante una epidemia que suponía una pérdida considerable de vidas y un sufrimiento humano espantoso, una medida lógica de acción, tal como la suspensión de todas las obligaciones tributarias, estaba más allá de las atribuciones de la burocracia gubernamental.

CONCLUSIONES

En la Guatemala colonial, los indígenas mayas tuvieron que afrontar el trauma de la enfermedad regular pero imprevisiblemente, incluso hacia el final del dominio español. Aunque

¹¹⁶ AGCA, A3.16.2899.43049.

¹¹⁷ AGCA, A1.47.2162.15559 y A1.4.6107.55898.

la mortalidad y el colapso demográfico fueron muy pronunciados en el siglo y medio inmediatamente después de la conquista, la muerte prematura provocada por las enfermedades del Viejo Mundo que los invasores introdujeron por primera vez fue también una característica de los tiempos coloniales tardíos. El impacto de la enfermedad en la vida de los nativos fue profundo. Cuando se declaraba la enfermedad, se desencadenaba un ciclo prolongado de desorganización, el cual suponía un aumento de la mortalidad, el pánico, el abandono de las poblaciones invadidas por la enfermedad en busca del supuesto santuario de las áreas rurales no infectadas o menos infectadas, la incapacidad de los pueblos afectados de pagar tributo en especie y servicios, y la imposibilidad por parte de los indígenas de sembrar sus campos para el año siguiente. Por consiguiente, el hambre, la miseria y una existencia desgraciada nunca estaban muy lejos y sólo servían para aumentar la vulnerabilidad de los nativos a nuevos brotes de peste.

Al observar retrospectivamente tales acontecimientos, seguramente es el sufrimiento y las tribulaciones de los afligidos lo que debe atraer nuestra atención inmediata. Luego, habiendo confrontado esa realidad, incluso si nunca puede ser sentida realmente y comprendida completamente, debemos pasar a una contemplación menos dolorosa y con humildad a una reflexión más objetiva.

La reconstrucción anterior ofrece cierta ilustración sobre la dinámica que se da en la demografía y la epidemiología. De particular interés es la variación que se puede observar de un pueblo a otro, cuando la enfermedad ataca a una región de manera epidémica. Así, mientras que la viruela entre 1780 y 1781 provocó más de cuatro mil muertes en los Cuchumatanes, las tasas de mortalidad a nivel de comunidad fluctuaron considerablemente, de 8 a casi 40 por ciento. Las condiciones locales y los matices de adaptación cultural —para lo cual la mejor descripción sería *microecología*— son factores claves para explicar este patrón complejo de mortalidad diferencial. Además, siempre se debe tener conciencia de las limitaciones del registro histórico: existe el problema de que las muertes reales son más de las que aparecen registradas a causa de que, por miedo o por alguna otra razón se haya dejado

de informar. Por otra parte, la tendencia a huir de los pueblos nucleados cuando atacaba la enfermedad significa que quienes se refugiaban en los montes en busca de supervivencia pueden haber sido registrados como muertos, con lo cual se exageraban las verdaderas tasas de mortalidad. Si un defecto documentario neutraliza al otro, entonces podemos manejar los datos, como en el caso presente, con cierto grado de confianza.

Luego está la cuestión de las características de la enfermedad, especialmente cuál segmento de una población corre mayor riesgo cuando está expuesto a qué clase de infección. Aunque la viruela puede haber afectado desfavorablemente la fertilidad masculina, como su impacto fue de lo más severo entre los niños pequeños y los adolescentes, a menudo permitió que las poblaciones recuperaran sus niveles de precontagio, ya que los supervivientes adultos continuaron reproduciéndose. Los padres desolados por la muerte de un hijo o una hija por lo menos podían consolarse intentando tener más hijos. Por otra parte, el tabardillo tendió a retrasar la recuperación demográfica porque atacó a los adultos así como a sus hijos y, por consiguiente, suprimió de la población a quienes podían emprender su resurgimiento inmediato.

Entre 1780 y 1781, la viruela causó pérdida de población en todas las comunidades de los Cuchumatanes, probablemente porque la enfermedad parece haber estado ausente de la región en la década anterior e incluso antes. Por consiguiente, su reaparición entre personas nunca antes expuestas a ella produjo una mortandad general. Sin embargo, la decadencia demográfica regional no se repitió cuando la viruela se declaró nuevamente en 1795 y 1796, debido a los procedimientos de cuarentena e inoculación que, al parecer, redujeron el impacto de la infección en las comunidades del norte y el oeste de Huehuetenango. Con la exitosa introducción de la vacunación en 1804, el dominio que ejercía la viruela sobre la supervivencia amerindia fue reducido considerablemente. Sin embargo, es importante señalar que el trabajo de la expedición Balmis de ninguna manera erradicó completamente la viruela. Incluso durante el llamado siglo de la Ilustración, la relación de médicos con respecto a la población en Hispanoamérica era de 1 a

50,000.¹¹⁸ Como los médicos residían casi exclusivamente en las ciudades para servir y cuidar a los privilegiados, los pobres que residían en las áreas rurales estaban —y aún lo están— abandonados si no olvidados. En Guatemala, la viruela cobró un número estimado de veinte mil vidas en 1890 y en el vecino México la enfermedad mató un promedio de diez mil personas anualmente en la década de 1920.¹¹⁹

Como en el caso de la viruela de 1795 a 1796, los niveles de población no cayeron precipitadamente después de los brotes de 1796-1799 y de 1803-1810. Sin embargo, estos dos episodios de tabardillo causaron una mortandad calamitosa en las parroquias de Jacaltenango y Soloma. Lo que parece surgir claramente del análisis es que el impacto especial de la enfermedad es marcadamente variable. En ciertos casos, la etiología sólo puede ser descifrable por medio de un examen cuidadoso de la situación local. Dicho de forma ligeramente diferente, durante una epidemia, la enfermedad puede predominar con una intensidad espantosa sin necesariamente alcanzar, ni arrasar con las comunidades contiguas o circundantes. Así como, después de un examen más detenido, un perfil de población nacional revela una variación espacial considerable, probablemente también así lo hace cualquier perfil regional. Un perfil demográfico regional que, como el patrón de los Cuchumatanes, refleje tendencias descendentes y ascendentes dramáticas a través del tiempo, en realidad oculta una fluctuación importante en el nivel subregional (parroquia o comunidad). Aunque sus estudios naturalmente ayudan en la formulación de principios generalmente válidos que gobiernan la relación entre migración de población y enfermedad epidémica, los demógrafos históricos deben siempre tener presentes los factores del tiempo, lugar y comportamiento humano, que no son ni simples de anticipar ni fáciles de comprender.

¹¹⁸ Lanning, *Nineteenth-Century Enlightenment*, pág. 207.

¹¹⁹ Shattuck, *Medical Survey*, pág. 42; y Hopkins, *Princes and Peasants*, pág. 230.