

CRISTHIAN FABIÁN BEJARANO RODRÍGUEZ*
JASON ANDRÉS BEDOLLA ACEVEDO**

RUTAS DE PROPAGACIÓN E INTENSIDAD DE LA EPIDEMIA DE VIRUELA
DE 1782-1785 EN EL VIRREINATO DE NUEVA GRANADA¹

RESUMEN

El artículo analiza la propagación de la epidemia de viruela por Nueva Granada entre 1782 y 1785 a través de los circuitos comerciales del virreinato. Para ello se hizo uso de los registros parroquiales de entierros de diversos centros urbanos, a través de los cuales fue posible establecer que hubo dos rutas de contagio; por un lado, la procedente de Cartagena que se dispersó hacia el interior neogranadino a través del río Magdalena entre 1782 y 1783, y otra ruta procedente de Maracaibo entre 1783 y 1784, confluyendo ambas en la villa de Socorro. Por último, con la ayuda del *factor multiplicador* se calculó la intensidad del evento epidémico en las diferentes poblaciones estudiadas.

Palabras clave: Nueva Granada, siglo XVIII, epidemia, viruela, circuitos comerciales, rutas de contagio, mortalidad, historia demográfica

ABSTRACT

This paper analyzes the spread of the smallpox epidemic in New Granada between 1782 and 1785 through the commercial circuits of the viceroyalty, for which the records of parish burials of various urban centers were used. It was possible to establish that there were two routes for the spread of the epidemic: on the one hand, that of Cartagena which was dispersed towards the interior of the New Granada through the Magdalena River between 1782 and 1783, in the other one from Maracaibo between 1783 and 1784; meeting in ville of Socorro. Finally, through the multiplier factor, the intensity of the epidemic was calculated in the different populations studied.

* Maestro en Historia por la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Profesor e investigador de la Facultad de Administración de Empresas de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8522-991X> Correo electrónico: cristhian.bejarano@uniminuto.edu

** Maestro en Historia por la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Estudiante del doctorado en Historia en Tulane University, New Orleans, Estados Unidos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1096-8862> Correo electrónico: jbedolla@tulane.edu

¹ Agradecemos los sugestivos y generosos comentarios que recibimos de James Vladimir Torres, Ramiro Sánchez Coral, Vanessa Jimeno, Cristian Sebastián Riaño, Leonardo Henao, Alejandra Izáziga, Julián Sánchez, Sebastián Nieto, Andrés Alcázar, Ileana Trujillo y Chantal Cramaussel a versiones preliminares de este trabajo. Fueron muy valiosas las sugerencias y críticas de los/as evaluadores/as anónimos/as de este artículo y de las editoras de *Historia*, Olaya Sanfuentes y Andrea Larroucau. Extendemos nuestra gratitud al profesor Guillermo Llache, quien de forma generosa cedió algunos datos demográficos de su archivo personal, indispensables para la elaboración de este trabajo.

Keywords: Nueva Granada, eighteenth century, epidemic, smallpox, commercial circuits, routes of contagion, mortality, demographic history

Recibido: enero 2023

Aceptado: septiembre 2023

INTRODUCCIÓN

La viruela es una enfermedad infecciosa causada por el virus *variola*, que se transmite por el contacto estrecho con personas contagiadas o por el contacto con cualquier objeto contaminado con el virus. Tras un periodo de incubación de siete a diecisiete días aparecen los primeros síntomas: calosfríos, fiebre, dolores articulares y musculares, fuerte cefalea, fatiga, síntomas de bronquitis, malestar general, y brota el exantema inicial que se asemeja al del sarampión y al de la escarlatina². En un siguiente estadio, el patógeno se manifiesta con las erupciones en lengua y boca que diseminan el virus por esta y también por la garganta; al tiempo que se abren las llagas en estas dos últimas zonas, brota el exantema en las extremidades inferiores y superiores y el resto del cuerpo. En este punto, la fiebre se mantendrá hasta que las llagas se vuelvan costras³. Una semana después inicia la etapa resolutive, en la cual el enfermo es contagioso hasta que no se desprendan todas las llagas. La mortalidad de la viruela fluctúa entre el 20 % y el 50 %, con una media del 30 %⁴.

Aunque el origen de la viruela es desconocido, hay evidencia que sugiere que ya estaba presente en China desde el año 1122 a. de C. y, a pesar de que no hay registro de la enfermedad en los papiros médicos egipcios y tampoco existen representaciones de personas con las lesiones desfigurantes en la piel típicas de dicho mal, Marc Arnold Ruffer, un egiptólogo del siglo XIX creía que los cambios en la piel presentes en la momia de Ramsés V fueron producto del virus⁵. Al parecer, también se había manifestado en la India desde hacía dos mil años, aunque lo cierto es que solo hasta el siglo VII d. de C. los textos médicos indios describen una fatal enfermedad con las características del patógeno⁶. En la Antigüedad, la viruela también causó estragos en territorios del Imperio romano; la plaga de Antonino (160-180 d. de C.) no solo provocó el abandono de villas y ciudades, posponer campañas militares, y la muerte de un sinnúmero de personas, sino que también cargó con la vida del emperador Marco Aurelio⁷.

² Rafael Valdés, “La viruela desde el punto de vista médico”, en Chantal Cramaussel (ed.), *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2010, vol. 1, p. 29.

³ *Op. cit.*, pp. 29-30.

⁴ *Op. cit.*, p. 30.

⁵ Alfred Bollet, *Plagues and Poxes. The Impact of Human History on Epidemic Disease*, New York, Demos Medical Publishing, 2004, p. 76.

⁶ Ian Glynn y Jenifer Glynn, *Life and Death of Smallpox*, Londres, Profile Books, 2005, p. 7.

⁷ *Op. cit.*, p. 15; Guido Alfani y Tommy Murphy, “Plague and Lethal Epidemics in the Pre-industrial World”,

En América, la misma enfermedad, junto con el asedio de los conquistadores, fue responsable de la caída de México-Tenochtitlán en 1521 cuando un contagio generalizado de viruela diezmo a la población Mexica que se hallaba en confrontación contra los invasores españoles⁸. En adelante, la *variola* sería una de las principales responsables junto al sarampión y el tifo, entre otros patógenos, de recurrentes crisis demográficas en la América colonial que condujeron a una abrupta mengua de las poblaciones originarias⁹. Durante el siglo XVIII seguiría siendo la responsable de importantes crisis demográficas¹⁰, en particular porque para ese momento ya no se ensañaba solo contra los indios, sino que asesinaba por igual a todos quienes se contagiaban.

A pesar de la letalidad de la viruela, se descubrieron dos métodos capaces de prevenirla: la inoculación y la vacuna. El primero fue practicado por los antiguos chinos e indios quienes adherían costras variolosas a la mucosa nasal de personas sanas. En la inoculación desarrollada por los turcos, que se extendió por Europa y América durante el siglo XVIII, se empleaban depósitos de costuras secas sobre incisiones en trayectos venosos¹¹. La vacuna fue descubierta en 1796 cuando el médico inglés Edward Jenner experimentó inoculando a James Phillipis, un niño de ocho años, con linfa de *cowpox* extraída de la mano de la ordeñadora Sara Helmes. Luego inoculó en veinte ocasiones al niño con la viruela humana que no evolucionó: había quedado inmunizado¹².

en *The Journal of Economic History*, vol. 77, n.º 1, Cambridge, 2017, pp. 316 y 319, disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0022050717000092> [fecha de consulta: 3 de agosto de 2022].

⁸ Noble David Cook, *La conquista biológica. Las enfermedades en el Nuevo Mundo*, Madrid, Siglo XXI, 2005, pp. 75-82.

⁹ *Op. cit.* Nicolás Sánchez Albornoz, “La población de la América colonial española”, en Leslie Bethell (ed.) *Historia de América Latina*, Barcelona, Crítica, 1990, tomo 4, pp. 15-38. Al señalar que las enfermedades infecciosas traídas de Europa fueron un factor determinante para la despoblación del Nuevo Mundo, no se busca eximir a los conquistadores de su responsabilidad histórica, sino advertir que dichas enfermedades actuaron como aliados invisibles de los invasores. En este sentido se toma distancia de posiciones reaccionarias como las de Alfred Crosby, quien señala: “We must examine the colonial histories of Old World pathogens, because their success provides the most spectacular example of the power of the biogeographical realities that underlay the success of European imperialists overseas. *It was their germs, not these imperialists themselves, for all their brutality and callousness, that were chiefly responsible for sweeping aside the indigenes* and opening the Neo-Europes to demographic takeover” (las cursivas son nuestras). En: Alfred Crosby, *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe, 900-1900*, New York, Cambridge University Press, 2009, p. 196. De hecho, se sabe que Francisco Pizarro y sus hombres dispersaron la viruela entre los incas distribuyendo sábanas usadas por personas con lesiones cutáneas provocadas por la enfermedad con la intención de diezmarlos. La misma estrategia se implementó durante la guerra francesa e india, cuando los británicos y sus colonos americanos dieron como obsequios mantas contagiadas con viruela a los indios aliados con los franceses. Véase: Bollet, *Plagues and Poxes...*, *op. cit.*, pp. 78 y 87.

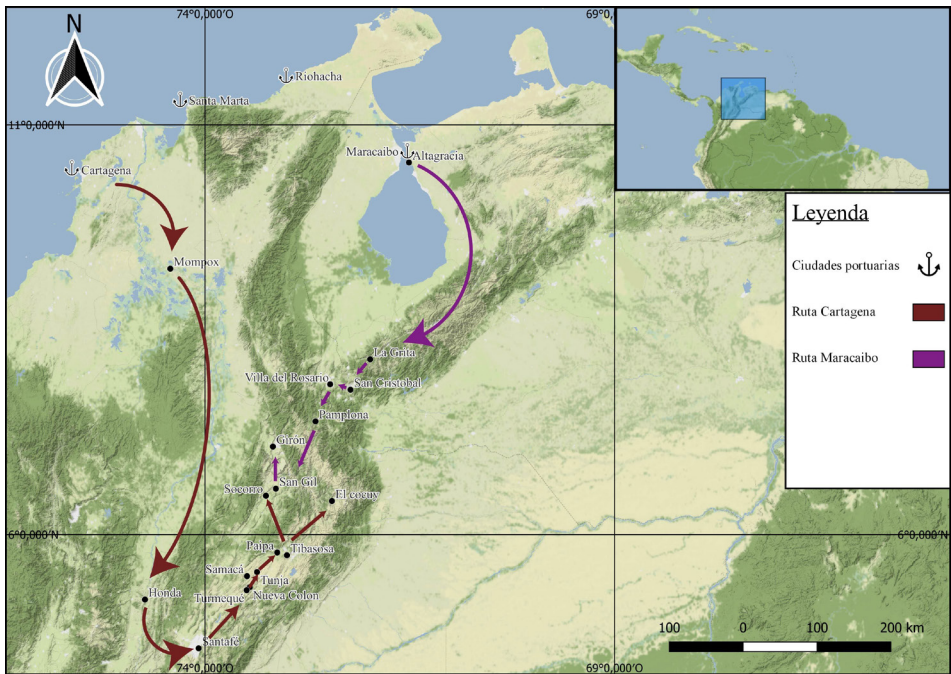
¹⁰ Durante el mismo siglo fue la primera causa de muerte en Europa y estuvo presente en las principales ciudades del continente. Se estima que allí la viruela mató a cuatrocientas mil personas cada año y habría sido la responsable de más de la tercera parte de los casos de ceguera a finales del siglo XVIII. Véase: Abbas Behbehani, “The Smallpox Story: Life and Death of an Old Disease”, en *Microbiological Reviews*, vol. 47, n.º 4, Rockville, 1983, p. 458, disponible en: [doi:10.1128/mr.47.4.455-509.1983](https://doi.org/10.1128/mr.47.4.455-509.1983) [fecha de consulta: 6 de octubre de 2022]; Chantal Cramaussel, “Introducción”, en Chantal Cramaussel (ed.), *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2010, vol. 1, p. 11.

¹¹ Valdés, “La viruela desde...”, *op. cit.*, p. 33.

¹² *Ibid.* América Molina del Villar, “Los alcances de la inoculación y el impacto de la viruela de 1797 en la pa-

El propósito de esta investigación es estudiar un segmento de la ruta recorrida por la que ha sido considerada como la epidemia más devastadora de la que se haya tenido memoria¹³: la viruela que se propagó por el continente americano durante la segunda mitad de la década de 1770 y la primera mitad de la década de 1780. El interés no es otro que tratar de determinar su recorrido por el interior neogranadino entre 1782 y 1785, así como el cálculo de su intensidad en aquellos centros urbanos que la padecieron. El virus entró en Nueva Granada por la costa Caribe, a través de Cartagena de Indias –uno de los puertos marítimos con mayor tráfico comercial del Imperio hispánico–, lo cual implicó que los habitantes de las provincias de Cartagena y Santa Marta fueran los primeros damnificados. A través del río Magdalena alcanzó Honda, y por los caminos reales se propagó por Santafé, Tunja y parte del nororiente neogranadino, región que en 1784 se vio afectada por un nuevo contagio de la misma enfermedad, pero esta vez procedente de Venezuela (mapa 1).

MAPA 1
Rutas de propagación de las epidemias de viruela por Nueva Granada, 1782-1785



Fuente: Elaboración propia.

roquia de San Agustín Joncatepec”, en *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, vol. 40, n.º 157, Zamora, 2019, p. 179, disponible en: <https://doi.org/10.24901/rehs.v40i157.324> [fecha de consulta: 1 de agosto de 2022].

¹³ Sherburne Cook, “La epidemia de viruela de 1797 en México”, en Elsa Malvido y Enrique Florescano (eds.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, tomo 1, p. 29.

Así las cosas, se tratará de mostrar, a través del evento epidémico ocurrido entre 1782-1785, cómo las rutas comerciales eran determinantes para diseminar las enfermedades infecciosas. Y es que en las sociedades preindustriales que más sino dichas rutas – ya fueran fluviales o caminos reales– eran las encargadas de otorgar unidad a un territorio¹⁴, así se tratara del vasto Mediterráneo o de Nueva Granada, de forma que, cuando la pestilencia llegó a Cartagena, buena parte de la población se vio amenazada de muerte por cuenta de las arterias que interconectaban al virreinato; sin ellas, no hubiera tenido lugar la epidemia que acá se estudia.

Para alcanzar el objetivo propuesto, se utilizan las herramientas de la estadística descriptiva –conteo mensual de las muertes–, de la demografía –el método conocido como *factor multiplicador*–, y nos nutrimos de algunos de los avances más recientes de la historia económica, en particular aquellos que han estudiado los circuitos comerciales durante el periodo colonial tardío¹⁵.

Este trabajo pretende contribuir al estudio de las epidemias en Nueva Granada desde una perspectiva cuantitativa, en especial, a partir de los métodos proporcionados por la historia demográfica y, en menor medida, por la historia económica y social. En Colombia aún son escasos los trabajos desde la primera disciplina, aunque esta deuda se ha

¹⁴ Fernand Braudel, *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*, México, Fondo de Cultura Económica, 2019, tomo I, p. 366.

¹⁵ Sobre los circuitos comerciales durante el periodo colonial tardío neogranadino, algunos de los trabajos más recientes son: Natalie Moreno, “Circulación de efectos de Castilla en el virreinato de la Nueva Granada a fines del siglo XVIII”, en *Fronteras de la Historia*, vol. 18, n.º 1, Bogotá, 2013, pp. 211-249; Edwin Muñoz y James Torres, “La función de Santafé en los sistemas de intercambio en la Nueva Granada a fines del siglo XVIII”, en *Fronteras de la Historia*, vol. 18, n.º 1, Bogotá, 2013, pp. 165-210; James Torres, *Trade in a changing world: gold, silver, and commodity flows in the northern Andes, 1780-1840*, Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in History, Washington, D.C., Georgetown University, 2021; James Torres, “Entre el oro y la plata: Quito, el suroccidente de la Nueva Granada y el movimiento de mercancías norandino a fines del siglo XVIII”, en *Colonial Latin American Review*, vol. 27, n.º 1, Londres, 2018, pp. 114-139, disponible en: <https://doi.org/10.1080/10609164.2018.1448540> [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2023]; James Torres y José Leonardo Henao, “Connecting the Northern Andes and The Atlantic. The Role of Inland Ports in New Granada’s Interregional Trade (1770-1809)”, en *Revista de Historia Económica / Journal of Iberian and Latin American Economic History*, vol. 39, n.º 3, Madrid, 2021, pp. 469-507, disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0212610919000417> [fecha de consulta: 21 de noviembre de 2022]; James Torres y José Leonardo Henao, “A kingdom of floating markets: relative prices, river trade flows, and port linkages in New Granada (1770-1810)”, en *Illes i Imperis*, n.º 24, Barcelona, 2022, pp. 81-114, disponible en: <https://doi.org/10.31009/illesimperis.2022.i24.05> [fecha de consulta: 26 de septiembre de 2023]; José Leonardo Henao, “El río Magdalena y el complejo portuario de Honda, 1745-1808”, tesis de maestría en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2022; Jason Bedolla, “Producción y circulación textil en el nororiente neogranadino. Socorro, San Gil y Girón 1780 1820”, tesis de maestría en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2022; Jason Bedolla, “Circulación de efectos de Castilla entre Maracaibo y la provincia de Pamplona (1785-1819)”, en *Fronteras de la Historia*, vol. 25, n.º 1, Bogotá, 2020, pp. 208-232; Jason Bedolla, “Articulación del comercio nororiental neogranadino. fiscalidad y circulación de bienes a través de los puertos de Botijas y El Pedral 1780-1810”, en *Illes i Imperis*, n.º 24, Barcelona, 2022, pp. 59-80, disponible en: <https://doi.org/10.31009/illesimperis.2022.i24.04> [fecha de consulta: 26 de septiembre de 2023]; Jason Bedolla, “El grano de los dioses. Cadena de producción y circulación del cacao de la gobernación de Girón en el mercado interno neogranadino 1770-1810”, en *Historia y Memoria*, n.º 27, Tunja, 2023, pp. 51-84, disponible en: <https://doi.org/10.19053/20275137.n27.2023.14834> [fecha de consulta: 26 de septiembre de 2023].

tratado de saldar en recientes trabajos¹⁶. Mucho más prolíficos han sido los aportes de la historiografía mexicana, en particular de la *Red de Historia Demográfica* con sede en ese país, entre los que destacan los sugestivos trabajos colectivos sobre los efectos demográficos de las epidemias de viruela¹⁷, sarampión¹⁸ y tifo¹⁹.

En cuanto a los estudios sobre la propagación de las enfermedades infecciosas, también siguen siendo escasas las investigaciones a nivel nacional y latinoamericano. Para esta última región hasta el momento se cuenta con los trabajos adelantados en México sobre el tifo de 1813-1814²⁰ y el cólera *morbis* de 1833²¹ y 1849-51²², antecedidos por el estudio colaborativo emprendido por los miembros de la mencionada *Red de Historia Demográfica*, quienes estudiaron la difusión, por el actual territorio mexicano, de graves y diversos patógenos durante los siglos XVIII y XIX²³. Para el caso europeo, dicho análisis se ha restringido a estudiar la difusión de la peste bubónica, la enfermedad epidémica más recurrente y calamitosa en la Europa preindustrial desde 1346, año en el cual la *Yersinia Pestis* empezó a azotar al Viejo Continente²⁴.

¹⁶ Luz Amparo Vélez, “Epidemias de disentería en Cali, 1809-1810. Consecuencias sociales y demográficas”, en *Fronteras de la Historia*, vol. 24, n.º 2, Bogotá, 2019, pp. 162-194; Cristhian Bejarano Rodríguez, “Epidemias y muerte en la ciudad de Santafé (1739-1810)”, tesis de maestría en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia 2021; Cristhian Bejarano Rodríguez, “La epidemia de viruela de 1782-1783 y sus efectos sobre la mortalidad en Santafé, virreinato de Nueva Granada”, en *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, vol. 42, n.º 166, Zamora, 2021, pp. 68-99, disponible en <https://doi.org/10.24901/rehs.v42i166.843> [fecha de consulta: 10 de agosto de 2022]; Cristhian Bejarano Rodríguez, “Epidemias y su impacto sobre la mortalidad en Santafé, Nueva Granada, 1739-1800”, en *Fronteras de la Historia*, vol. 28, n.º 1, Bogotá, 2023, pp. 237-270, disponible en: <https://doi.org/10.22380/20274688.2390> [fecha de consulta: 2 de enero de 2023].

¹⁷ Chantal Cramaussel, Mario Alberto Magaña y David Carbajal (eds.), *El impacto demográfico de la viruela en México desde la época colonial al siglo XX*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2010, 3 vols.

¹⁸ Carmen Paulina Torres y Chantal Cramaussel, *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (siglos XVII-XX)*, Zamora, El Colegio de Michoacán/El Colegio de Sonora, 2017.

¹⁹ Gustavo González (coord.), *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobre-mortalidades con incidencia en la población adulta del siglo XVII al XIX*, Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila, 2017.

²⁰ Daniel Becerra, “Ruta de propagación de la epidemia de tifo de 1813-1815 en la Nueva España”, en *Revista Salud, Historia y Sanidad On-Line*, vol. 16, n.º 2, Tunja, 2021, pp. 47-54, disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5504167> [fecha de consulta: 10 de agosto de 2022].

²¹ David Carbajal López, “La epidemia de cólera de 1833-1834 en el obispado de Guadalajara. Rutas de contagio y mortalidad”, en *Historia Mexicana*, vol. 60, n.º 4, Ciudad de México, 2011, pp. 2025-2067, disponible en: <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/305> [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2023]; Paulina Torres Franco “La propagación del cólera *morbis* de 1833 desde Tampico hasta Aguascalientes y Los Altos de Jalisco”, en *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, vol. 15, n.º 34, Medellín, 2023, pp. 90-127, disponible en: <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102659> [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2023].

²² David Carbajal López, “Propagación e impacto demográfico del cólera *morbis* en el obispado de Guadalajara, 1849-1851”, en *Estudios Jaliscienses*, n.º 123, Zapopan, 2021, pp. 61-79, disponible en: <http://www.estudiosjaliscienses.com/wp-content/uploads/2021/01/123-Propagaci%C3%B3n-e-impacto-demogr%C3%A1fico-del-c%C3%B3lera-morbis-.pdf> [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2023].

²³ Mario Alberto Magaña, *Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México (siglos XVIII-XIX)*, Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California, 2013.

²⁴ Jean Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Berlin, Mouton, 1975, 2 vols.; Ole Benedictow, *The Complete History of the Black Death*, Woodbridge, The Boydell, 2021; Boris Schmid, Ulf Büntgen, Ryan Easterday, Christian Ginzler, Lars Walløe, Bárbara Bramanti y

El soporte empírico de este artículo lo otorgan los registros parroquiales de entierros de diferentes localidades de Nueva Granada, fuente por lo demás imprescindible no solo cuando se busca estudiar la dinámica demográfica de las sociedades preindustriales²⁵, sino porque de forma indirecta proporciona información sobre eventos calamitosos como el que aquí se estudia, sobre el cual, a pesar de lo que se podría pensar, no hay abundante información cualitativa, más allá de los testimonios de algunos residentes de la capital neogranadina. No resulta descabellado afirmar que la documentación eclesiástica es una referencia obligatoria si se considera que en ellos están inscritos los hechos vitales de los habitantes de la sociedad colonial: nacimientos, nupcialidad y mortalidad, variables a las cuales hay que aproximarse a través del respectivo uso de los libros de bautismos, matrimonios y entierros²⁶. Por las aspiraciones mismas de esta investigación, los libros de entierros son la fuente primaria fundamental; ahora bien, lamentablemente, en comparación con la documentación bautismal y nupcial, se caracteriza no solo por su descuido, sino el recurrente subregistro²⁷, el cual es mucho más notorio en el caso de los párvulos, sobre todo durante los eventos de sobremortalidad, pues los curas se veían abrumados por la cantidad de muertes que debían registrar o porque los padres no consideraban razonable declarar el fallecimiento de recién nacidos o infantes de corta edad²⁸.

Los objetivos propuestos hicieron obligatorio el análisis de los registros de defunciones de algo más de veinte parroquias, lo cual significó lidiar con los criterios de anotación de la información de la misma cantidad de sacerdotes. A pesar de que los obispos revisaban de manera periódica los libros, el correcto manejo de estos dependía de forma exclusiva de los curas, razón por la cual no en todos los libros se anotó el nombre, el sexo o la calidad de los óbitos, de ahí que se optara por omitir del análisis las dos últimas variables y nos conformarnos con darle uniformidad a los datos presentados, con el examen por grupos de edad. Tampoco fue común entre los religiosos anotar la causa de muerte durante el periodo estudiado, sino que fue más bien algo excepcional –como se verá en el caso de Altagracia–, de ahí que fuera imposible determinar la morbilidad de la viruela²⁹. Y es que esta documentación eclesiástica no se organizó con un propósito his-

Nils Stenseth, “Climate-driven introduction of the Black Death and Successive Plague Reintroductions into Europe”, en *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 122, n.º 10, Washington D.C., 2015, pp. 3020-3025, disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.1412887112> [fecha de consulta: 11 de agosto de 2022]; Ricci Yue, Harry Lee y Connor Wu, “Navigable Rivers Facilitated the Spread and Recurrence of Plague in Pre-industrial Europe”, en *Scientific Reports*, vol. 6, n.º 1, Londres, 2016, pp. 1-8, disponible en: <https://doi.org/10.1038/srep34867> [fecha de consulta: 13 de agosto de 2022]; Ricci Yue, Harry Lee y Connor Wu, “Trade Routes and Plague Transmission in Pre-industrial Europe”, en *Scientific Reports*, vol. 7, n.º 1, Londres, 2017, pp. 1-10, disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13481-2> [fecha de consulta: 13 de agosto de 2022].

²⁵ Claude Morin, “Los libros parroquiales como fuente para la historia demográfica y social novohispana”, en *Historia Mexicana*, vol. 21, n.º 3, México, 1972, pp. 389-390.

²⁶ Louis Henry, *Manual de Demografía Histórica*, Barcelona, Crítica, 1983, p. 61.

²⁷ Carmen Arrext, Rolando Mellafé y Jorge Somoza, *Demografía histórica en América Latina: fuentes y métodos*, San José, Centro Latinoamericano de Demografía, 1983, p. 49.

²⁸ Henry, *Manual de Demografía...*, op. cit., pp. 62-63.

²⁹ La morbilidad hace referencia a la “proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determina-

tórico, sino que fue el resultado de una institución administrativa que “no era consciente de la utilidad que podía tener entintar el papel”³⁰. Eran sobre todo libros que ayudaban a las parroquias a verificar listas de tributarios a través de “la inscripción de los recién nacidos, futuros contribuyentes, y la eliminación de los difuntos” en los respectivos libros, pero también servían como libros de cuentas, ya que en ellos “los escribanos anotaban los bautizos y entierros de ‘limosna’, así como las sumas que se debían”³¹.

Las fuentes correspondientes a Santafé de Bogotá se consultaron en la Biblioteca del Instituto Colombiano de Antropología e Historia, en el Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Bogotá y en el Archivo Histórico de la Catedral Primada de Bogotá. La información de la ciudad de Tunja se extrajo del trabajo de Rosa María Avendaño³². Para el caso de Honda, Mompo, así como de los pueblos y villas de las provincias de Tunja, Socorro, Pamplona y Venezuela se utilizaron dos acervos; por un lado, el de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, disponibles en la página web Family Search; y por otro, los fondos de archivos parroquiales de Boyacá y Santander, de la Sección Ajenos Copiados del Archivo General de la Nación. Con dichos registros se hizo un conteo de las muertes mensuales entre los años de 1780 y 1785 de forma que se pudiera tener una comprensión más amplia del impacto de la epidemia de viruela que asoló a la población neogranadina desde 1782. Se calculó la intensidad de la crisis en cada una de las localidades estudiadas a través del *factor multiplicador*, método que indica por cuánto se multiplicó la mortalidad en el año de la crisis en relación con el año anterior o unos pocos años anteriores, en los que la mortalidad se comportó de manera normal³³.

Junto a esta extensa introducción, que se constituye como el primer apartado de esta investigación, le siguen dos apartados adicionales. El primero de ellos, dedicado a analizar el contagio de la epidemia de viruela a través de los circuitos comerciales que conectaban a la Nueva Granada. En el segundo, se calcula la intensidad de esta en los centros urbanos y provincias que se lograron identificar como víctimas del evento epidémico, discriminando entre adultos y párvulos. Por último, se presentan algunas breves conclusiones.

do”. Real Academia Española, “morbilidad”, *Diccionario de la lengua española*, disponible en: <https://dle.rae.es/morbilidad?m=form> [fecha de consulta: 28 de septiembre de 2023].

³⁰ Morin, “Los libros parroquiales...”, *op. cit.*, p. 397.

³¹ *Op. cit.*, p. 392.

³² Rosa María Avendaño, *Demografía Histórica de la ciudad de Tunja a través de los archivos parroquiales, 1750-1800*, Tunja, UPTC, 2005.

³³ Carmen Paulina Torres y Chantal Cramausel, “Estudio introductorio”, en Carmen Paulina Torres y Chantal Cramausel (eds.), *Epidemias de sarampión en Nueva España y México (siglos XVII-XX)*, Zamora, El Colegio de Michoacán/El Colegio de Sonora, 2017, p. 26.

ORIGEN Y PROPAGACIÓN DE LA EPIDEMIA

Propagación de la viruela desde Cartagena hacia la provincia de Tunja

La viruela que aterrorizó a Nueva Granada entre 1782 y 1785 tuvo su origen en la costa este de los Estados Unidos en 1775, donde era endémica. Sin embargo, hacia 1777, en el marco de las guerras independentistas, adquirió proporciones epidémicas³⁴, propagándose y afectando a la mayor parte del territorio estadounidense entre 1775 y 1782³⁵, provocando a su paso serios declives demográficos entre las poblaciones nativas de la Gran Llanura Norteamericana³⁶ y en la región de la bahía de Hudson³⁷. A través de las rutas marítimas se propagó por el resto del continente. Se sabe que a Nueva España llegó entre la primavera y el verano de 1779, luego de que una persona contagiada desembarcara en Veracruz³⁸. Hacia 1780 se extendió por Guatemala³⁹ y, durante los siguientes dos años, se dispersó por territorio nicaragüense, siendo la mayor crisis epidémica de la que se haya tenido registro⁴⁰. Aunque son casi nulas las referencias sobre su diseminación por Sudamérica, con seguridad ingresó a esta región durante el segundo semestre de 1782, cuando arribó a Cartagena y Maracaibo. Ahora bien, hay registro de que Lima padeció una epidemia entre 1783 y 1784 que, se cree, fue sarampión⁴¹, sin embargo, dado que ambas enfermedades solían confundirse, no se puede descartar que la verdadera responsable hubiera sido la viruela. De igual manera, en la población de Moquegua, al sur del virreinato del Perú, se tiene registro de una epidemia –que pudo ser la *variola*– en 1780⁴².

³⁴ Cramaussel, “Introducción”, *op. cit.*, p. 14.

³⁵ Elizabeth Fenn, *Pox Americana. The Great Smallpox Epidemic of 1775-1782*, New York, Hill and Wang, 2001.

³⁶ Adam Hodge, “Pestilence and Power: The Smallpox Epidemic of 1780-1782 and Interbal Relations on the Northern Great Plains”, en *The Historian*, vol. 72, n.º 3, Rockville, 2010, pp. 543-567, disponible en: [10.1111/j.1540-6563.2010.00270.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-6563.2010.00270.x) [fecha de consulta: 27 de agosto de 2022].

³⁷ Ann Carlos y Frank Lewis, “Smallpox and Native American Mortality: The 1780s Epidemic in the Hudson Bay Región”, en *Exploration in Economic History*, vol. 49, n.º 3, Cambridge, 2012, pp. 277-290, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2012.04.003> [fecha de consulta: agosto de 2022].

³⁸ Cramaussel, “Introducción”, *op. cit.*, p. 14.

³⁹ José Ramírez, “El léxico de la viruela en la Guatemala del siglo XVIII: algunas notas sobre la *Instrucción sobre el modo de practicar la inoculación de las viruelas* de José Felipe Flores (Ciudad de Guatemala, 1794)”, en *Études Romanes de Brno*, vol. 4, n.º 2, Brno, 2020, p. 29, disponible en: <https://doi.org/10.5817/ERB2020-2-3> [fecha de consulta: octubre de 2022].

⁴⁰ Linda Newson, *Supervivencia indígena en la Nicaragua colonial*, Londres, University of London Press, 2021, p. 372.

⁴¹ Claude Mazet, “Mourir a Lima au XVIIIe siegle: les tendances de la mort”, en *Ibero-amerikanisches Archiv*, vol. 11, n.º 1, Berlín, 1985, p. 121.

⁴² Xochitl Inostroza y Pedro Peralta, “Crisis de mortalidad en el sur andino: Moquegua, Tacna, Altos de Arica y Tarapacá (1754-1820)”, en *Cuadernos de Historia*, n.º 57, Santiago, 2022, p. 100, disponible en: <https://doi.org/10.5354/0719-1243.2022.68833> [fecha de consulta: 10 de enero de 2023]. En este caso, es muy probable que a través de los circuitos comerciales marítimos la epidemia llegara desde Nueva España, donde la enfermedad ya se había presentado en 1779. El comercio por la costa del Pacífico que conectaba a Acapulco con Lima, pasando por Nueva Granada, fue muy prolífico en distintos momentos del periodo colonial, lo cual condujo a la promulgación de leyes para su prohibición. Solo hasta 1774 se autorizó la reanudación del comercio de México con Nueva Granada y Perú. Véase: Ruggiero Romano, *Mecanismos y elementos del*

Elizabeth Fenn señala que el virus *variola*, al no tener un vector animal, no se transmitía a través de insectos como la malaria, ni por agua como el cólera, sino que lo hacía de forma directa de un humano a otro⁴³. Así las cosas, la historia de la viruela es en sí misma una historia de las conexiones entre humanos, de ahí la importancia que tuvieron los espacios de sociabilidad para su transmisión⁴⁴. Pero para que el virus en cuestión –al igual que toda epidemia en las sociedades preindustriales– pudiera transmitirse de una ciudad a otra, de una provincia a otra o de región en región, era indispensable la multiplicidad de contactos humanos, y es aquí cuando cobran relevancia las rutas comerciales: fluviales, caminos reales y secundarios o alternos, entre otros⁴⁵. De este modo, los flujos comerciales de mercancías que articulaban diferentes espacios regionales, a través de los cuales se tejían redes de intercambio y circulación, al conectar diferentes territorios de Nueva Granada⁴⁶, permitieron que el virus lastimara de manera mortal a urbes como Ciudad de México⁴⁷ o Santafé⁴⁸, al igual que a pueblos de indios como Funza y Chía⁴⁹, puertos internos como Honda, e incluso localidades más aisladas como El Cocuy⁵⁰.

La ausencia de registros de entierros en las ciudades de Santa Marta y Cartagena ha impedido determinar el momento exacto en el que la viruela arribó a Nueva Granada y empezó a afectar a la región Caribe. Lo más probable es que dicho evento hubiese ocurrido durante el segundo semestre de 1782, como parecen insinuarlo las notificaciones de entierros de Mompox (gráfico 1), los cuales registran anotaciones a partir de septiembre de 1782, cuando la crisis epidémica parecía llegar a su fin. Una segunda fuente que permite ubicar en el tiempo a la epidemia en la costa Caribe neogranadina es la pastoral del entonces arzobispo y virrey Antonio Caballero y Góngora quien, con ánimo preventivo, señalaba el 20 de noviembre de 1782, que la diócesis de Santafé se encontraba amenazada por el contagio que había causado “estrágos funestos” en Nueva España y las provincias de Cartagena y Santa Marta⁵¹.

sistema económico colonial americano, siglos XVI-XVIII, México, El Colegio de México / Fondo de Cultura Económica, 2004, pp. 303-305.

⁴³ Fenn, *Pox Americana...*, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁴ Para el periodo colonial, piénsese en las pulperías, chicherías, iglesias y plazas de mercados, entre otros.

⁴⁵ Vale la pena recordar que la vía real de la seda china fue la que condujo la *Yersinia Pestis* desde Asia hasta Europa, dando origen a la conocida Peste Negra en el siglo XIV. Emmanuel Le Roy Ladourie, “Un concepto: la unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)”, en *Historias*, n.º 21, México, 1989, p. 42, disponible en: <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/historias/article/view/14770> [fecha de consulta: 2 de agosto de 2022].

⁴⁶ Muñoz y Torres, “La función de Santafé...”, *op. cit.*, p. 176.

⁴⁷ Cramaussel, “Introducción”, *op. cit.*, p. 14.

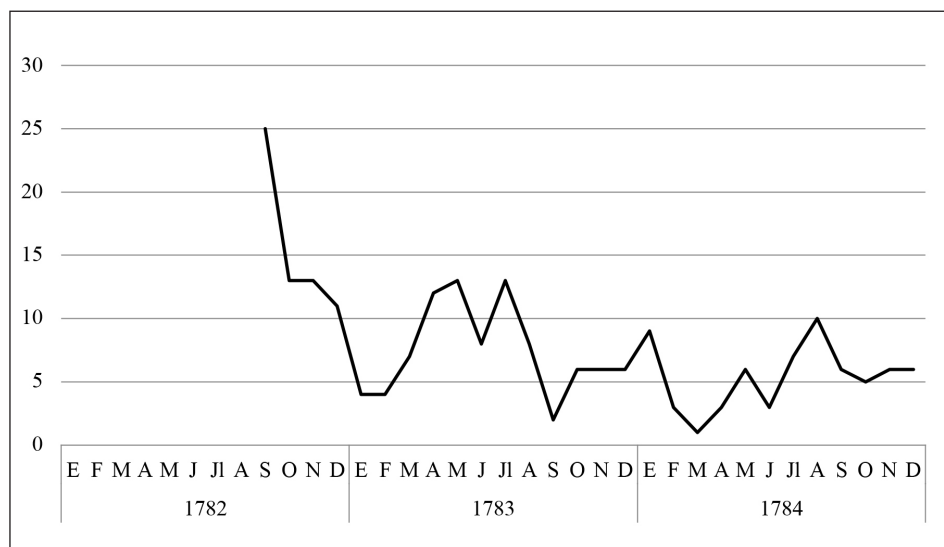
⁴⁸ Bejarano, “La epidemia de viruela...”, *op. cit.*

⁴⁹ Juan Villamarín y Judith Villamarín, “Epidemias y despoblación en la sabana de Bogotá, 1536-1810”, en George Lovell y Nobel David Cook (coords.), *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial*, Quito, Abya-Yala, 2000, p. 149.

⁵⁰ Sobre estas dos últimas localidades se aportará información en el transcurso de este trabajo.

⁵¹ “Arzobispo de Santafé: pastoral sobre la epidemia de viruela”, Santafé, 20 de noviembre de 1782, en Archivo General de la Nación (en adelante AGN), Sección Colonia (en adelante SC), Miscelánea, t. 2, f. 811r.

GRÁFICO 1
Entierros en Mompox, 1782-1785⁵²



La propagación de la enfermedad por el continente americano coincide en el tiempo con una mezcla de licencias especiales para la actividad comercial, en un momento en el cual el Tratado de Libre Comercio autorizado por Carlos III en 1778 se encontraba aún en estado embrionario, y que durante la década de 1780 facilitaría que importantes puertos hispanoamericanos, como Cartagena o Maracaibo, establecieran intercambios comerciales con colonias extranjeras de naciones amigas y neutrales en el Caribe⁵³. Por esta vía llegaría a Nueva Granada un amplio número de mercancías extranjeras de diferentes espacios del Caribe y puertos de Europa que alimentaron el mercado neogranadino⁵⁴.

Aunque el historiador James Torres indica que aún es materia de controversia en la literatura especializada, la opinión de este investigador es que la mayor parte de las posesiones en América experimentaron un ciclo de auge comercial entre 1783 y 1796. La eliminación de las barreras comerciales, las altas tasas de crecimiento demográfico y los cambios en las condiciones del mercado mundial, asociados a la expansión de la

⁵² Fuente: Family Search Colombia (en adelante FSC), Bolívar, Mompox, Parroquia Santa Cruz de Mompox, Defunciones 1782-1806, vol. 1, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3Q57-99F9-SJ5Q?wc=C2RK-SP8%3A1044033301%2C1063397602%2C1063397401%2C1063408301&cc=1726975> [fecha de consulta: 1 de septiembre de 2022].

⁵³ Anthony McFarlane, “El comercio exterior del virreinato de la Nueva Granada: conflictos de la política económica de los Borbones (1783-1789)”, en *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, n.º 6-7, Bogotá, 1971, pp. 69-115; Anthony McFarlane, *Colombia Before Independence: Economy, Society, and Politics Under Bourbon Rules*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 126-128.

⁵⁴ Moreno, “Circulación de efectos...”, *op. cit.*, p. 217.

industrialización temprana, nutrieron nuevas y poco estudiadas pautas del comercio. De Veracruz a Maracaibo pasando por La Habana, y de Cartagena a Lima pasando por Quito y Popayán, los comerciantes forjaron redes comerciales a lo largo de viejos y nuevos circuitos⁵⁵.

Las nuevas licencias ligaban en una prolífica actividad comercial a Nueva Granada con nuevos espacios económicos, situación que hacía al virreinato más propenso a ser víctima de enfermedades infecciosas presentes en cualquiera de los puertos del Caribe. Esta coyuntura explica por qué entre 1781 y 1788 se registra una tendencia al alza tanto de las importaciones de bienes de Castilla, así como un aumento del impuesto de avería⁵⁶ en Cartagena⁵⁷, lo cual propiciaba que la *variola*, ya propagada en las provincias de Cartagena y Santa Marta, se dispersara por el interior del virreinato. De hecho, de los 4 785 registros de avería efectuados en Cartagena entre 1782 y 1801, el 56 % tuvo como destino Santafé, Mompox, Honda⁵⁸ y Lórica⁵⁹. Un elemento adicional, que pudo haber facilitado la dispersión de la enfermedad en territorio neogranadino, además del movimiento de mercancías y de personas, fue el desplazamiento de tropas propiciado por el teatro de la guerra y la campaña de pacificación desplegada tras el levantamiento comunero de 1781⁶⁰.

El río Magdalena fue la arteria que permitió que innumerables cargas de efectos de Castilla llegaran a ciudades como Santafé y Tunja y que, por la misma vía, los productos de la tierra llegaran hasta las ciudades del norte de Nueva Granada⁶¹. Es así como, una vez estacionada la epidemia de viruela en las provincias de Cartagena y Santa Marta, gracias al peso que tenía el mercado interno, era solo cuestión de tiempo para que alcanzara el interior neogranadino⁶². Una vez la peste llegara a Santafé, era inevitable que se propagara por las provincias de Santafé, Tunja y el nororiente de la región estudiada. Esto, no solo por las corrientes migratorias, sino porque en torno a la capital virreinal se articularon flujos comerciales de bienes producidos en el interior del virreinato durante

⁵⁵ Torres, “Trade in a changing...”, *op. cit.*, p. 198.

⁵⁶ Era el gravamen que debían pagar todos los comerciantes por todas las mercancías importadas a Cartagena conducidas hacia el interior del virreinato. Moreno, “Circulación de efectos...”, *op. cit.*, p. 214.

⁵⁷ Moreno, “Circulación de efectos...”, *op. cit.*, pp. 216-217.

⁵⁸ Santafé y Honda, como se verá, estuvieron entre las poblaciones más afectadas por la epidemia acá estudiada.

⁵⁹ Moreno, “Circulación de efectos...”, *op. cit.*, pp. 224-225.

⁶⁰ Entre los trabajos clásicos sobre la revolución comunera destacan: John Leddy Phelan, *El Pueblo y el rey. La revolución comunera en Colombia, 1781*, Bogotá, Carlos Valencia Editores, 1980; y Pablo Cárdenas Acosta, *El movimiento comunal de 1781 en el Nuevo Reino de Granada*, Bogotá, Editorial Kelly, 1960.

⁶¹ Esta ruta de la epidemia es muy semejante a la del circuito de intercambio de la harina, cuya producción se concentraba en su mayor parte en las tierras del altiplano y era exportada hacia las provincias de la costa atlántica por la vía del río Magdalena. Véase: Muñoz y Torres, “La función de Santafé...”, *op. cit.*, p. 192; Torres, “Trade in a changing...”, *op. cit.*, pp. 338-339; y Julián Sánchez, “Circulación, mercados y comerciantes de harina de trigo en el norte del Nuevo Reino de Granada, segunda mitad del siglo XVIII”, en *El Taller de la Historia*, vol. 14, n.º 1, Cartagena, 2022, pp. 83-120, disponible en: <https://doi.org/10.32997/2382-4794-vol.14-num.1-2022-4019> [fecha de consulta: 28 de octubre de 2022].

⁶² Alexander von Humboldt, *Alexander von Humboldt en Colombia: extractos de sus diarios*, Bogotá, Flota Mercante Grancolombiana, 1982 [1801-1802], p. 83.

el siglo XVIII, lo que a su vez le permitió a la capital ser el conducto de recolección de oro a través de las figuras de rescate en las provincias mineras⁶³. Santafé actuaba como redistribuidora, tanto de circulante como de bienes de consumo que se importaban a las diferentes regiones que la abastecían, así como hacia las regiones mineras. En este sentido, los flujos comerciales que allí convergían la conectaban con regiones como Pamplona, Socorro, Tunja, Antioquia, Mariquita y Neiva⁶⁴.

Teniendo como coordenada el peso relativo de Santafé para el mercado interno, era inevitable que la epidemia contagiara a la población santafereña. Tras propagarse en las provincias del norte del virreinato, la *variola* alcanzó Honda, puerto al que iban a parar todas “las mercancías que debían remontar la cordillera”, en un recorrido que desde Cartagena duraba, por lo menos, veinticinco días⁶⁵. El complejo portuario de Honda fue uno de los principales centros de articulación económica de Nueva Granada. Su privilegiada posición en el alto Magdalena y en el interior del virreinato, le permitieron articular los bienes que navegaban a través del río desde los puertos menores hacia la región central de Nueva Granada⁶⁶.

La viruela atacó Honda desde octubre de 1782, aunque el clímax de la crisis se registró en diciembre, cuando se anotaron setenta y siete entierros (gráfico 2).

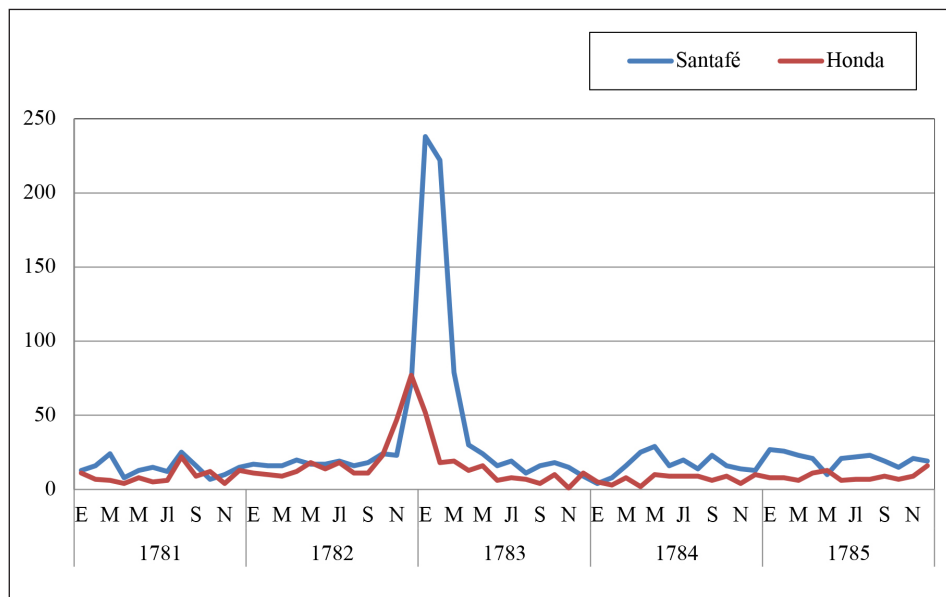
⁶³ Muñoz y Torres, “La función de Santafé...”, *op. cit.*, p. 175.

⁶⁴ *Op. cit.*, p. 192. La expansión comercial inaugurada en la década de 1780 confirma que Nueva Granada se encontró inmersa en una ola de exceso de oferta tras la aplicación del decreto de libre comercio. Para el caso de Santafé, la tendencia de las cartas cuenta, que registra el valor total de las importaciones, muestra un aumento de las importaciones a una tasa anual promedio de 16 % entre 1780 y 1789. En cifras brutas, la capacidad importadora de la capital pasó de doscientos mil pesos de plata en 1782 a 1 200 000 en 1786, y cayó a ochocientos mil en 1789. Cifras que cobran mayor relevancia si se considera que el valor de los bienes europeos comercializados en la capital entre 1770 y 1777 fluctuó entre los 180 000 y los 458 000 pesos plata. Así las cosas, la capacidad importadora de Bogotá fue muy superior a la demanda agregada de importantes ciudades del interior del virreinato del Río de la Plata y estuvo al nivel de Guadalajara y Potosí. Véase: Torres, “Trade in a changing...”, *op. cit.*, pp. 202-203.

⁶⁵ Germán Colmenares, *Historia económica y social de Colombia, 1537-1719*, Bogotá, Ediciones Tercer Mundo, 1983, pp. 377 y 385.

⁶⁶ Henao, “El río Magdalena...”, *op. cit.*, pp. 14-15. Al observar los flujos mercantiles de la villa de Mompos se deduce que el principal destino de las mercancías que salían era la villa de Honda, correspondiente al 57,2 %, junto a su hinterland con el 21,3 %; solo seguido por las ciudades de Ocaña y Girón con el 22,5 %. En: Torres y Henao, “Connecting the Northen...”, *op. cit.*, p. 489.

GRÁFICO 2
Entierros en la villa de Honda y Santafé, 1781-1785⁶⁷



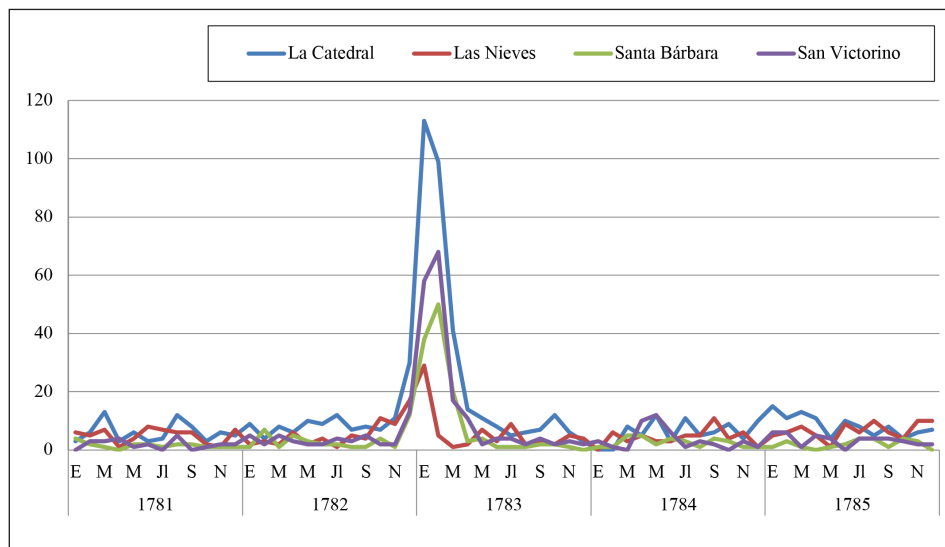
Desde Honda el virus debió dirigirse a la capital neogranadina por la vía del “camellón de la Sabana”⁶⁸. La epidemia se estacionó en Santafé entre diciembre de 1782 y marzo de 1783, meses en los que se registraron alrededor de setecientos muertos y afectó a todas las parroquias de la ciudad durante el mismo tiempo (gráfico 3), dando lugar a la crisis de mortalidad más calamitosa del periodo virreinal⁶⁹.

⁶⁷ Fuente: Archivo Histórico de la Catedral Primada de Bogotá (en adelante AHCPB), Libro de Entierros 2. Biblioteca Instituto Colombiano de Antropología e Historia - Documentos Parroquiales de Bogotá (en adelante ICANH-DPB), Parroquia Nuestra Señora de las Nieves (en adelante PNSN), Libro n.º 1 de defunciones, 1683-1807. ICANH-DPB, Parroquia Santa Bárbara (en adelante PSB), Partidas de Entierros 1732; Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Bogotá (AHAB), Parroquia San Victorino (en adelante PSV), Libros de Entierros 2; Libro único entierros de párvulos, 1762-1824. FSC, Tolima, Honda, Parroquia Nuestra Señora del Rosario, Defunciones 1766-1900, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QSQ-G9ZR-63Q5?wc=CGD7-FM9%3A1317397004%2C1317397302%2C1044053402%2C1588874206&cc=1726975> [fecha de consulta: 30 de julio de 2022].

⁶⁸ De los muchos caminos que rodeaban a Santafé, dos conducían al río Magdalena: el “camellón de la Sabana” era el que conectaba a la capital neogranadina con la villa de Honda. Aunque por Bosa y Soacha también se podía acceder un poco más al sur del Río Grande por Pandi. Diana Bonnett, “El camellón de la Sabana. De camino al río grande de la Magdalena”, en Andrés Bautista, Blanca Acuña y Katherinne Mora (coords.), *Los caminos antiguos del altiplano cundiboyacense*, Tunja, UPTC, 2021, p. 125.

⁶⁹ Bejarano, “La epidemia de viruela...”, *op. cit.*, p. 74.

GRÁFICO 3
Entierros en las parroquias de Santafé, 1781-1785⁷⁰



A la vez que la viruela desolaba a Santafé desde los últimos días de 1782, el virus se preparaba para empezar a causar estragos en poblaciones cercanas, en las que la migración estacional de sus habitantes hacia la capital, fenómeno recurrente en las ciudades preindustriales⁷¹, las hacía propensas a contagiarse. Así, en Sopó, los primeros casos se detectaron en febrero de 1783, aunque serían los meses de marzo y abril los más críticos⁷². En otros pueblos próximos a Santafé, como Gachancipá y Guasca, el aumento de la mortalidad también fue considerable a causa de la crisis infecciosa⁷³. A continuación, la enfermedad tomó dirección hacia la ciudad de Tunja. Recorrido que implicaba pasar por las poblaciones de Chía, Cajicá, Zipaquirá, Nemocón, Suesca, Chocontá, Hato Viejo (actual Villapinzón), Albarracín, Ventaquemada y Puente de Boyacá⁷⁴, las cuales, es probable, también se vieron damnificadas⁷⁵. De acuerdo con los registros parroquiales

⁷⁰ Fuente: AHCPB, Libro de Entierros 2; ICANH-DPB, PNSN, Libro n.º 1 de defunciones, 1683-1807; ICANH-DPB, PSB, Partidas de Entierros 1732; AHAB, PSV, Libros de Entierros 2; Libro único entierros de párvulos, 1762-1824.

⁷¹ Giovanni Levi, *Microhistorias*, Bogotá, Universidad de los Andes, 2019, pp. 1-39; Braudel, *El Mediterráneo y...*, *op. cit.*, pp. 109-132.

⁷² Fernán Vejarano, *Nacer, casarse y morir. Un estudio de demografía histórica*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1998, p. 48.

⁷³ *Op. cit.*, p. 45.

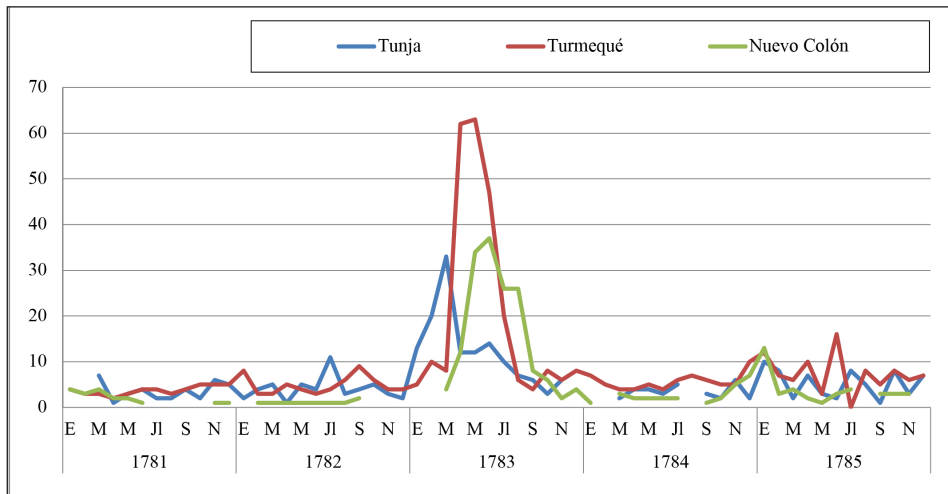
⁷⁴ Katherine Mora, "Conexiones entre Tunja y Bogotá a través de los ojos de viajeros y paseantes, siglos XVIII y XIX", en Andrés Bautista, Blanca Acuña y Katherine Mora (coords.), *Los caminos antiguos del altiplano cundiboyacense*, Tunja, UPTC, 2021, p. 54.

⁷⁵ Por desgracia no fue posible tener acceso a los registros de entierros en estas poblaciones.

disponibles para la provincia de Tunja, la ciudad homónima fue el primer centro urbano afectado por el temible virus, cuando en el mes de enero de 1783 sus entierros aumentaron de forma exponencial, siendo marzo, el mes clímax de la epidemia.

Un elemento que vale la pena destacar sobre la propagación de la *variola* por las provincias de Santafé y Tunja es que las primeras poblaciones damnificadas fueron las de las dos principales urbes: Santafé y Tunja. A continuación, lo fueron las poblaciones más pequeñas como Turmequé y Nuevo Colón⁷⁶ que, a pesar de estar más próximas a Santafé, fueron asoladas meses después de Tunja, desde abril y mayo respectivamente (gráfico 4).

GRÁFICO 4
Entierros mensuales en la ciudad de Tunja, Turmequé y Nuevo Colón, 1781-1785⁷⁷



Este proceso de difusión concuerda con el modelo de ‘centro-periferia’ desarrollado por Gustavo González Flores para la parroquia de Taximaroa, en Nueva España, durante la segunda mitad del siglo XVIII, donde se descarta que la transmisión de las enfermedades infecciosas siguiese de forma lineal los caminos. Así las cosas, al parecer es necesario que haya un flujo permanente de personas y mercancías para que las epidemias alcancen un punto y otro, en el que no son suficientes las comunicaciones esporádicas. En síntesis, “en lugar de cundir de manera errática por una región determinada, siguen

⁷⁶ Fundado en 1538 bajo el nombre de Chiriví, denominación que mantuvo a lo largo del periodo colonial y hasta principios del siglo XX.

⁷⁷ Fuente: Avendaño, *Demografía Histórica...*, op. cit., p. 154; AGN, Sección Ajenos Copiados (en adelante AC), Archivos Parroquiales de Boyacá (APB), Parroquia de Nuevo Colón, rollo 4, defunciones 1733-1816; AGN, AC, APB, Parroquia de Turmequé, rollo 6, defunciones 1735-1795.

los principales caminos establecidos y atacan primero las cabeceras o asentamientos principales⁷⁸.

A partir de la ciudad de Tunja, el patógeno siguió su recorrido hacia poblaciones como Samacá, Paipa y Tibasosa. Es de lamentar la mala calidad de los registros de entierros de la primera población, ya que impidió reconstruir su mortalidad mensual, sin embargo, al hacerlo de manera anual se pudo confirmar la crisis de mortalidad en 1783 (gráfico 5).

GRÁFICO 5
*Entierros anuales en Samacá, 1780-1785*⁷⁹



La población de Tibasosa se vio muy afectada por el virus entre abril y mayo de 1783, mientras que la de Paipa lo fue entre mayo y julio del mismo año. Otra de las poblaciones que quizá se vio perjudicada por la crisis epidémica –entre febrero y marzo de 1783– fue El Cocuy (gráfico 6), en el nororiente de la provincia de Tunja, y que se encontraba a cinco días y cuatro horas de la ciudad de Tunja⁸⁰. A pesar de ser el pueblo de la provincia que se encontraba más distante de la capital provincial, la viruela llegó a saltos hasta aquí antes que a Tibasosa y otras poblaciones tunjanas⁸¹. Quizá se desplazó por algún camino alterno; a lo mejor, de manera casual, el vector llegó a ser algún vecino de El Cocuy que por desgracia se contagió mientras se encon-

⁷⁸ Gustavo González Flores, “Consecuencias demográficas y rutas de propagación de las epidemias en Taximaroa (1738-1798)”, en Mario Alberto Magaña (coord.), *Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México (siglos XVIII-XIX)*, Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California, 2013, p. 177.

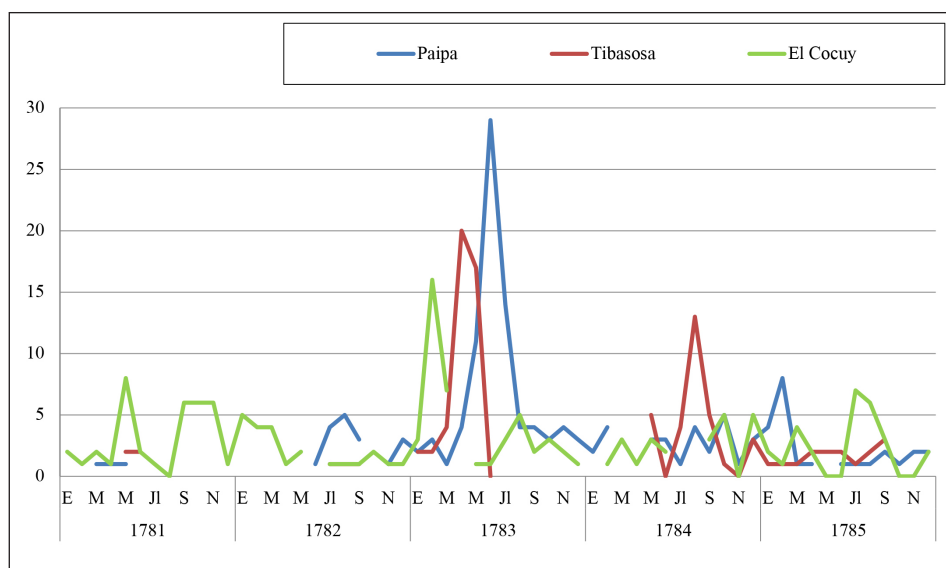
⁷⁹ Fuente: AGN, AC, APB, Parroquia Samacá, rollo 4, defunciones 1659-1808.

⁸⁰ Francisco Moreno y Escandón, *Indios y mestizos de la Nueva Granada*, Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1985, p. 135.

⁸¹ Comportamiento que ha sido identificado en la transmisión de otras enfermedades como el cólera en el siglo XIX. Al respecto: Torres, “La propagación del cólera...”, *op. cit.*, p. 107.

traba en la ciudad de Tunja. En este punto no queda más que ofrecer hipótesis, pues, a pesar de la riqueza de las fuentes implementadas, estas no brindan detalles específicos sobre los vectores de transmisión.

GRÁFICO 6
*Entierros mensuales en Paipa y Tibasosa y El Cocuy, 1781-1785*⁸²



Propagación de la viruela por el nororiente neogranadino

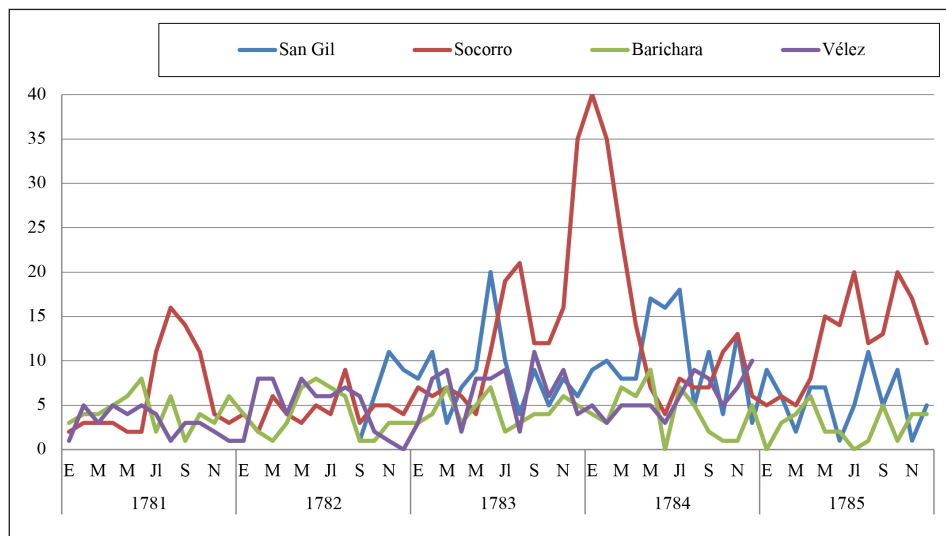
La provincia de Socorro también padeció los rigores de la viruela durante la primera mitad de la década de 1780, aunque con una particularidad lamentable: los habitantes de Socorro fueron atacados en dos oportunidades por el mismo patógeno, ya que llegó por dos rutas diferentes. Por un lado, por la vía ya descrita de Cartagena, pero también por la que conectaba al nororiente neogranadino con Maracaibo. Las dos confluyeron en la villa de Socorro y, en menor medida, en San Gil y Vélez. Esta última, que se hallaba sobre el camino real que conectaba a la provincia de Tunja con la de Socorro, fue la primera en ser atacada a comienzos de 1783, mientras que San Gil y Socorro lo fueron desde mediados de 1783⁸³.

⁸² Fuente: FSC, Boyacá, El Cocuy, Parroquia Nuestra Señora del Rosario, Defunciones 1768-1832, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:9Q97-YMPZ-F5H?wc=C2V1-DP8%3A1044032801%2C1044379201%2C1044053402%2C1044418301&cc=1726975> [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2022]; AGN, AC, APB, Parroquia Tibasosa, rollo 2, defunciones 1768-1844. AGN, AC, APB, Parroquia Paipa, rollo 7, defunciones 1714-1802.

⁸³ Vélez estaba a tres días de la ciudad de Tunja, Socorro a cinco, y San Gil a cinco días y seis horas. Moreno y Escandón, *Indios y mestizos...*, op. cit., p. 133.

En Vélez la mortalidad se mantuvo alta a lo largo de dicho año; en San Gil se normalizó de forma rápida, pero en ambas poblaciones se elevó de nuevo a mediados de 1784, a causa de la peste procedente de Maracaibo. En la localidad socorrina la crisis de mortalidad se prolongó sin tregua desde 1783 y hasta abril de 1784 (gráfico 7).

GRÁFICO 7
Entierros en Socorro, San Gil, Vélez y Barichara, 1781-1785⁸⁴



Según Guillermo Llache, desde Socorro la enfermedad infecciosa se dirigió a San Gil a mediados del mismo año y a finales de 1784 asoló Barichara⁸⁵. Sin embargo, la explicación que a continuación ofrecerá esta investigación difiere con el análisis del citado autor. La crisis de mortalidad a causa de la viruela registrada en la villa Socorro mostró un comportamiento atípico, pues la enfermedad se caracterizaba no solo por su letalidad, sino porque solía estacionarse por alrededor de tres meses, no obstante, en este centro urbano la crisis se manifestó en dos oleadas que se prolongaron por alrededor de nueve meses: desde junio de 1783 hasta febrero de 1784. La primera oleada se estacionó entre junio y septiembre de 1783 y, la segunda, mucho más cruda que la anterior, entre diciembre de 1783 y febrero de 1784. La hipótesis que se maneja es que el comportamiento de la mortalidad en esta población se explica porque fue atacada, en

⁸⁴ Fuente: AGN, AC, Archivos Parroquiales de Santander (en adelante APS), Parroquia Nuestra Señora de las Nieves, Vélez, rollo 1699708, defunciones 1776-1791. La información correspondiente a Socorro, San Gil y Barichara fue proporcionada gentilmente por el profesor Guillermo Llache.

⁸⁵ Guillermo Llache, “La dinámica poblacional del Socorro, San Gil y Barichara entre 1778 y 1837”, en *Revista Historia 2.0, Conocimiento Histórico en Clave Digital*, vol. 2, n.º 3, Bucaramanga, 2012, p. 81, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3958364> [fecha de consulta: septiembre de 2022]. Aunque los datos de entierros en Barichara no dan cuenta de ninguna sobremortalidad durante el periodo trabajado.

un primer momento, por la epidemia procedente de Cartagena y, luego, por el patógeno proveniente de Maracaibo.

El particular comportamiento de la mortalidad en Socorro cobra sentido si se tiene en cuenta que, ya desde el siglo XVII, la villa funcionaba como un punto de cambio de mulas y abastecimiento para viajeros y comerciantes, quienes continuaban por el camino real que conectaba a Vélez con Pamplona y los puertos del Magdalena⁸⁶. Para el siglo XVIII Socorro ya era un destacado centro agrícola y comercial del virreinato⁸⁷, pues contaba con la ventaja de una relativa proximidad geográfica con Tunja y con Venezuela, así como pleno control de los ríos Oíba y Mochuelo, desde que fue elevada de parroquia a villa en 1771, otorgándole cierta independencia económica y política⁸⁸. Todos estos factores hacían de Socorro un importante punto de paso para comerciantes y ganaderos que transitaban el camino real de Santafé en dirección hacia los puertos fluviales del Magdalena⁸⁹.

Antes de continuar con el análisis del impacto de la viruela en el nororiente neogranadino, parece necesario analizar su diseminación por el occidente de Venezuela. Se sabe que en Caracas y Pecaya, en las cercanías de Coro, en el actual territorio venezolano, cundió una epidemia de este patógeno entre 1783 y 1784 que, al parecer, ingresó al territorio venezolano a través de Maracaibo⁹⁰, uno de los más importantes puertos americanos a finales del siglo XVIII.

Es de lamentar que no se cuenta con registros de entierros en Maracaibo para los años estudiados, aunque sí los hay para la población de Altigracia, en el actual estado de Zulia y a escasos kilómetros de Maracaibo. En uno de los registros de entierros en Altigracia, se anota el 5 de septiembre de 1782 la inhumación de Rosa Leal, quien murió debido “al contagio de viruelas”⁹¹.

Es curioso que la dinámica de la mortalidad de esta población, expuesta en la documentación eclesiástica, no dé testimonio de una crisis de mortalidad, de hecho, se regis-

⁸⁶ Phelan, *El Pueblo y el rey...*, op. cit., p. 55.

⁸⁷ *Ibid.* Socorro también destacó por su crecimiento demográfico. Durante la segunda mitad del siglo XVIII, este factor, ligado al de especialización regional en la producción de manufacturas, convirtieron a este asentamiento en el más grande de la zona Guanentina. Su crecimiento económico no pasó desapercibido por los cronistas de la época que consideraban que este fue “el curato más cuantioso de todos los arzobispados, si no es que el de Neiva le puede equiparar [...]”. Rentará más este curato que el obispado de Santa Marta”. Basilio Vicente de Oviedo, *Cualidades y riquezas del Nuevo Reino de Granada: manuscrito del siglo XVIII*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1930, p. 174.

⁸⁸ Robinson Salazar, *Tierra y mercados: campesinos, estancieros y hacendados en la jurisdicción de la villa de San Gil, siglo XVIII*, Bogotá, Ediciones Uniandes, 2011, p. 20.

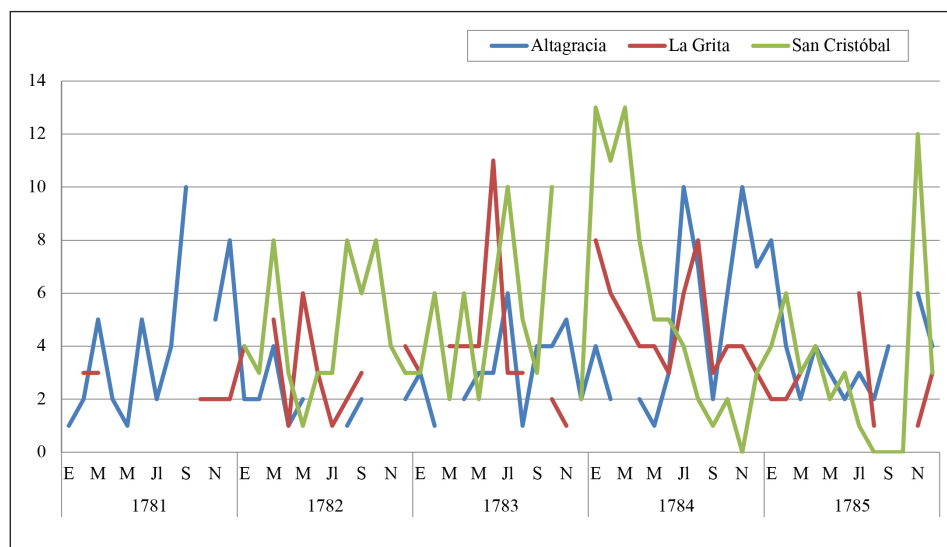
⁸⁹ Luis Pérez, “La ganadería bovina en el nororiente de Colombia. Fomento de razas y dinámicas en la propiedad de tierras en El Socorro, siglo XVIII”, en *Cuadernos de Economía*, vol. 35, n.º 68, Bogotá, 2016, pp. 521-545, disponible en: <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v35n68.47174> [consultado en diciembre de 2022].

⁹⁰ José Esparza y Germán Yépez, “Viruela en la Venezuela colonial: epidemias, variolización y vacunación”, en Susana Ramírez, Luis Valenciano, Rafael Nájera y Luis Enjuanes, *La Expedición Filantrópica de la Vacuna. Doscientos años contra la viruela*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2004, p. 97.

⁹¹ Family Search Venezuela (en adelante FSV), Zulia, Altigracia, Altigracia, parroquia Nuestra Señora de Altigracia, 1739-1942, Img. 176, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33S7-9RRV-GLL?wc=WNNV-N5Z%3A376111301%2C377859701%2C377037902%2C377963901&cc=1951777> [fecha de consulta: 17 de agosto de 2022].

tran muy pocos enterramientos durante dicho mes y los siguientes (gráfico 8), fenómeno que podía llegar a ser común cuando los párrocos no daban abasto anotando la totalidad de los óbitos, por ejemplo, durante coyunturas de epidemias, caracterizadas por una elevada mortalidad⁹². Aunque no se hallaron registros de entierros para poblaciones diferentes a Altagracia en Zulia, sí se cuenta con los registros de entierros en San Cristóbal y La Grita, los cuales parecen indicar que la crisis epidémica recorrió el territorio del actual estado de Táchira, pues en aquellas poblaciones se presentó un aumento de la mortalidad entre mayo y julio de 1783 y comienzos de 1784.

GRÁFICO 8
*Entierros en Altagracia, La Grita y San Cristóbal, 1781-1785*⁹³



En este punto vuelven a cobrar importancia las rutas comerciales, pues es bien sabido que los ríos Zulia y Pamplona fueron rutas frecuentes de intercambio comercial entre el nororiente neogranadino y la provincia de Maracaibo durante el periodo colonial⁹⁴, y fue

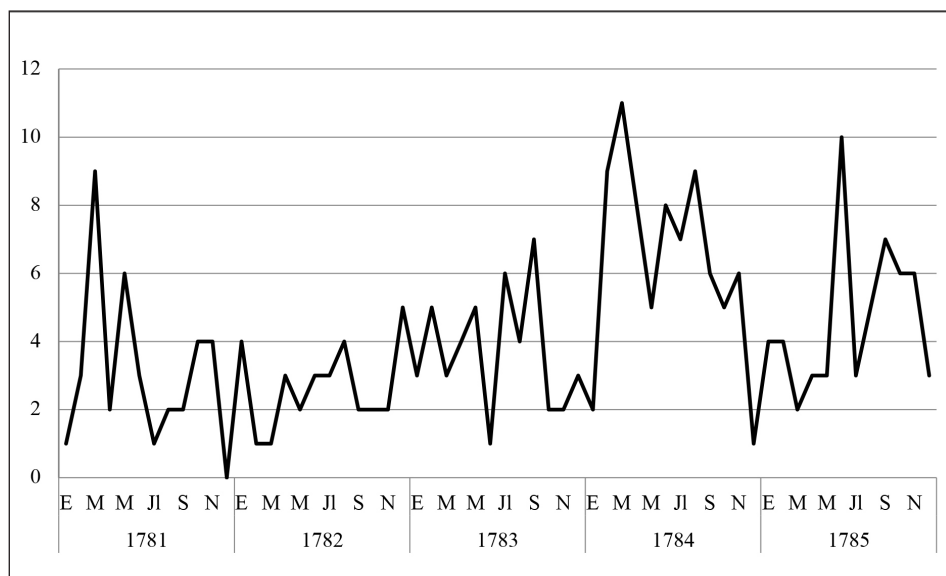
⁹² Henry, *Manual de demografía...*, *op. cit.*, p. 63.

⁹³ Fuente: FSV, Zulia, Altagracia, Parroquia Nuestra Señora de Altagracia, Defunciones 1739-1942, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33S7-9RRV-GLL?wc=WNNV-N5Z%3A37611301%2C377859701%2C377037902%2C377963901&cc=1951777> [fecha de consulta: 17 de agosto de 2022]; FSV, Táchira, La Grita, Parroquia Espíritu Santo, Defunciones 1721-1946, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33S7-9RRM-9M9C?wc=WNF8-F21%3A376110601%2C376661602%2C376113603%2C377007701&cc=1951777> [fecha de consulta: 19 de agosto de 2022]; FSV, Táchira, San Cristóbal, Parroquia El Sagrario, Defunciones 1645-1902, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33SQ-GR5L-9NLT?wc=WNXQ-XNZ%3A376110601%2C376110602%2C376111303%2C376358901&cc=1951777> [fecha de consulta: 17 de agosto de 2022].

⁹⁴ Bedolla, "Circulación de efectos...", *op. cit.*, p. 210.

por dicha vía que la viruela llegó a las provincias de Socorro y Pamplona. De esta forma parece haber alcanzado poblaciones como Pamplona, afectada por la crisis viral desde el mes de febrero de 1784, cuando se registró un aumento de la mortalidad (gráfico 9).

GRÁFICO 9
*Entierros en Pamplona, 1781-1785*⁹⁵



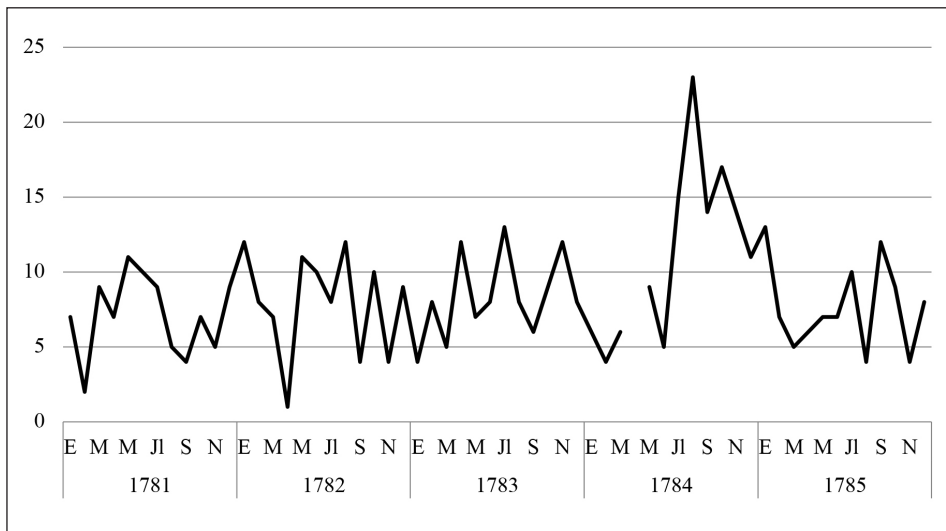
Las conexiones entre la provincia de Pamplona y el puerto de Maracaibo son tempranas. Gran parte de los asentamientos ubicados entre las dos regiones fueron colonizaciones que partieron desde Pamplona a mediados del siglo XVII, y que funcionaron como sitios de paso desde el golfo hacia el interior de Nueva Granada. Asimismo, el abasto de productos de primera necesidad de la villa de San José de Cúcuta dependía de la producción de la región del Zulia, desde donde se llevaba carne y derivados vacunos hacia el oriente neogranadino. Con la ampliación del comercio cacaotero entre la región Marabina y el virreinato de Nueva España durante el siglo XVIII, no solo proliferaron las conexiones entre la Capitanía de Venezuela y México, sino que arrastró las producciones de los valles de Cúcuta que salían a través del Puerto de Maracaibo hacia el mercado del Caribe. De ahí que haya sido probable que la enfermedad infecciosa entrara

⁹⁵ Fuente: FSC, Norte de Santander, Pamplona, Parroquia Nuestra Señora de las Nieves, Defunciones 1766-1844, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3Q57-L9ZR-2WPJ?wc=CLRM-MNL%3A1044033201%2C1317397202%2C1044560002%2C1588874486&cc=1726975> [fecha de consulta: 12 de julio de 2022].

al puerto de Maracaibo procedente de Nuevo España, y desde allí se propagara por los actuales estados de Zulia y Táchira.

Una de las últimas poblaciones en el nororiente en ser atacadas por la *variola* fue Girón. Tras construir la curva de mortalidad de esta ciudad entre los años de 1781 y 1785, se encontró que, a pesar de la volatilidad de esta variable, se presentó un aumento significativo en julio de 1784 (gráfico 10). La coyuntura, por supuesto, invita a creer que la causante de la sobremortalidad en esta población fue la epidemia procedente de Maracaibo.

GRÁFICO 10
Entierros en Girón, 1781-1785⁹⁶



No disponemos de datos de entierros para otras poblaciones económicamente centrales en el nororiente neogranadino, como Ocaña. Sin embargo, lo más probable es que también haya sido una de las localidades afectadas por la crisis infecciosa, más cuando desde su fundación fue una localización estratégica para el comercio, pues sirvió como lugar de descanso a los viajeros y comerciantes que pasaban desde Pamplona y el Catatumbo hacia Mompo y el norte de Nueva Granada. Su ubicación resultaba estratégica, pues se hallaba cerca al río Magdalena y al sur de la provincia de Santa Marta, lindaba con la gobernación de Pamplona y con las jurisdicciones de Girón y Tunja, que le permitieron ser un eje articulador entre las diferentes gobernaciones. Al revisar el derecho de Puertos de Ocaña –donde se registraba la salida de mercaderías de la tierra desde el

⁹⁶ Fuente: FSC, Santander, Girón, Parroquia San Juan Bautista, Defunciones 1740-1784 y Defunciones 1784-1812, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:9Q97-YMPQ-XN8?owc=CKPM-YWL%3A1044033001%2C1044292201%2C1044292202%3Fcc%3D1726975&wc=CKK8-K68%3A1044033001%2C1044292201%2C1044292202%2C1044355001&cc=1726975> [fecha de consulta: 12 de julio de 2022].

puerto hacia las provincias del Norte de Nueva Granada—, se evidencia que dicho impuesto experimentó un crecimiento significativo, pasando de un recaudo de 1 850 pesos en 1779 a 3 091 pesos en 1782 y 4 283 pesos en 1783. Este crecimiento solo fue interrumpido en 1784, cuando el recaudo fue de 1 189 pesos, que coincide con el año en el que la epidemia atacó a Pamplona y, al parecer, a la misma Ocaña.

Otro indicador económico es el almojarifazgo, el cual tasaba las mercancías importadas, de manera especial aquellas que llegaban al interior neogranadino a través de la vía terrestre. Lo que se observa es que en 1784 este impuesto contó con una menor carga de registros (cuarenta y nueve en total), que contrastan con los sesenta y tres del año anterior. Es probable que estos guarismos los expliquen los degredos⁹⁷, los cuales solían imponer restricciones a la movilización de viajeros y comerciantes y, por ende, a la circulación de mercancías por tierra, durante coyunturas epidémicas. Así las cosas, es probable que los degredos hayan sido mucho más vigilantes a lo largo de los caminos de tierra, pero más laxos en los puertos, razón por la cual, aún a pesar de la epidemia, se registraron las citadas cuarenta y nueve cargas en el puerto interno⁹⁸.

INTENSIDAD DE LA EPIDEMIA

En el cuadro 1 y el mapa 2 se recogen los resultados del cálculo de la intensidad, a través del método *factor multiplicador* (en adelante FM), de cada una de las poblaciones que se identificaron como damnificadas por la viruela. En la columna 5 se muestran los resultados agregados al aplicar el FM, que se obtuvo luego de calcular por cuánto se multiplicaron los entierros en el año de la crisis (columna 4) respecto al promedio de los entierros de los dos años previos a la crisis (columna 3). La misma ecuación aplicó al lado derecho de la tabla, en la cual se calculó la intensidad de la epidemia diferenciando entre grupos de edad (adultos y párvulos). En la columna 6 se consigna el promedio de entierros de los dos años anteriores a la crisis; en la columna 7 el número de entierros en el año de la crisis, y en la columna 8 los resultados del FM.

Los datos agregados (columnas 3 a la 5 del cuadro 1) son la primera aproximación que se tiene de la intensidad. Según los resultados obtenidos en el cálculo del FM, Tun-

⁹⁷ Los degredos consistían en impedir la movilización de personas de lugares contagiados con enfermedades infecciosas hacia las localidades libres del contagio. Este recurso estuvo vigente durante casi todo el periodo colonial; sin embargo, durante las últimas décadas del siglo XVIII, el degredo ya comenzaba a cambiar su naturaleza y se transforma de forma paulatina en un aislamiento de los contagiados en lazaretos u hospitales. Renán Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*, Medellín, La Carreta Editores, 2007, pp. 23-24. Sobre esta nueva forma de degredo, Ana Luz Rodríguez señala que, “ante la carencia de soluciones médicas esgrimían medidas de tipo social: apartar a los enfermos, confinarlos en lugares alejados, observarlos a distancia, romper todo vínculo social con ellos, negarles su calidad de habitantes de una población y miembros de una familia. Eso era el degredo”. Véase, *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales. Una mirada al tejido social de la Independencia*, Bogotá: Banco de la República/El Áncora Editores, 1999, p. 32.

⁹⁸ Jason Bedolla, “Articulación del comercio del nororiente neogranadino. Fiscalidad y circulación de bienes a través de Ocaña 1760-1810”, ponencia presentada en el evento *Comercio Fluvial en la América Española. Puertos, mercancías y redes*, ICANH, Bogotá, 2022.

ja fue la provincia más afectada por la crisis de viruela, pues respecto al promedio de entierros registrado en los dos años anteriores, durante el año de la crisis (1783), los entierros se multiplicaron por 4,7. El mismo método también señala que los párvulos tendieron a ser los más damnificados, pues registraron una intensidad de 5,5; mientras que para los adultos fue de 4,9.

CUADRO 1
Factor Multiplicador: epidemia de viruela de 1782-1785⁹⁹

Provincia/ ciudad (1)	Lugar ¹⁰⁰ (2)	Datos agregados			Adultos y párvulos					
		Promedio entierros (dos años previos) (3)	Entie- rros año de la crisis (4)	FM (5)	Promedio de entie- rros (dos años pre- vios) (6)		Entierros año de la crisis (7)		FM (8)	
					A	P	A	P	A	P
Mariquita	Honda	85	261	3,1	70	10,5	208	50	3,0	4,8

⁹⁹ Fuente: Archivo personal del profesor Guillermo Llache; Avendaño, *Demografía Histórica...*, op. cit., p. 154; AHCPB, Libro de entierros 2. ICANH- DPB, PNSN, Libro 1 de defunciones, 1683-1807. ICANH- DPB, PSB, Partidas de entierros 1732. AHAB, PSV, Libros de Entierros 2; Libro único entierros de párvulos, 1762-1824. FSC, Tolima, Honda, Parroquia Nuestra Señora del Rosario, Defunciones 1766-1900, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QSQ-G9ZR-63Q5?wc=CGD7-FM9%3A1317397004%2C1317397302%2C1044053402%2C1588874206&cc=1726975> [fecha de consulta: 30 de julio de 2022]; FSC, Boyacá, El Cocuy, Parroquia Nuestra Señora del Rosario, Defunciones 1768-1832, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:9Q97-YMPZ-F5H?wc=C2V1-DP8%3A1044032801%2C1044379201%2C1044053402%2C1044418301&cc=1726975> [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2022]; FSC, Santander, Girón, Parroquia San Juan Bautista, Defunciones 1740-1784 y Defunciones 1784-1812; disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:9Q97-YMPO-XN8?owc=CKPM-YWL%3A1044033001%2C1044292201%2C1044292202%3Fcc%3D1726975&wc=CKK8-K68%3A1044033001%2C1044292201%2C1044292202%2C1044355001&cc=1726975> [fecha de consulta: 12 de julio de 2022]; FSC, Norte de Santander, Pamplona, Parroquia Nuestra Señora de las Nieves, Defunciones 1766-1844, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3Q57-L9ZR-2WPJ?wc=CLRM-MNL%3A1044033201%2C1317397202%2C1044560002%2C1588874486&cc=1726975> [fecha de consulta: 12 de julio de 2022]; FSV, Zulia, Altigracia, Parroquia Nuestra Señora de Altigracia, Defunciones 1739-1942, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33S7-9RRV-GLL?wc=WNNV-N5Z%3A376111301%2C377859701%2C377037902%2C377963901&cc=1951777> [fecha de consulta: 17 de agosto de 2022]; FSV, Táchira, La Grita, Parroquia Espíritu Santo, Defunciones 1721-1946, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33S7-9RRM-9M9C?wc=WNF8-F21%3A376110601%2C376661602%2C376113603%2C377007701&cc=1951777> [fecha de consulta: 19 de agosto de 2022]; FSV, Táchira, San Cristóbal, Parroquia El Sagrario, Defunciones 1645-1902, disponible en: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:33SQ-GR5L-9NLT?wc=WNXQ-XNZ%3A376110601%2C376110602%2C376111303%2C376358901&cc=1951777> [fecha de consulta: 17 de agosto de 2022]; AGN, AC, APB, Parroquia de Nuevo Colón, rollo 4, defunciones 1733-1816. AGN, AC, APB, Parroquia de Turmequé, rollo 6, defunciones 1735-1795. AGN, AC, APB, Parroquia Samacá, rollo 4, defunciones 1659-1808; AGN, AC, APB, Parroquia Tibasosa, rollo 2, defunciones 1768-1844. AGN, AC, APB, Parroquia Paipa, rollo 7, defunciones 1714-1802; AGN, AC, APS, Parroquia Nuestra Señora de Monguí, Charalá, rollo 1699504, defunciones 1704-1817; AGN, AC, APS, Parroquia Nuestra Señora de las Nieves, Vélez, rollo 1699708, defunciones 1776-1791.

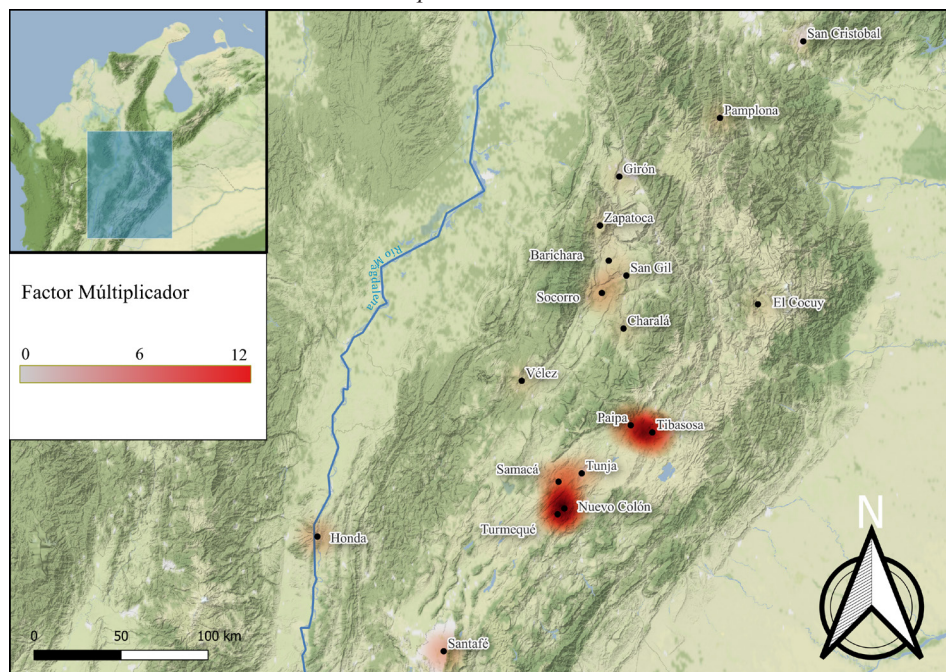
¹⁰⁰ El FM se calculó tomando como referencia los entierros registrados en el año de la crisis, contrastándolos con el promedio de inhumaciones de los dos años previos a la crisis. Este procedimiento no siempre pudo basarse en el número de sepulturas por año calendario, pues hubo lugares, como Santafé y sus respectivas parroquias, donde la crisis inició en un año (diciembre de 1782) y concluyó en el siguiente (marzo de 1783), lo cual implicó que los entierros del año de la crisis (columna 4) se calcularan desde diciembre de 1782 a noviembre de 1783, mientras que para el promedio de entierros de los dos años previos se consideraron los registrados entre diciembre de 1780 y noviembre de 1782. En cursiva se anotó la información de los lugares para los que el FM no se calculó con base en el año calendario.

Santafé (ciudad)	<i>La Catedral</i>	82,5	352	4,3	67,5	15	299	53	4,4	3,5
	<i>Las Nieves</i>	56,5	85	1,5	49,5	7	75	10	1,5	1,4
	<i>Santa Bárbara</i>	24	135	5,6	17	7	71	64	4,2	9,1
	<i>San Victorino</i>	30	188	6,3	15	15	100	88	6,7	5,9
Total Santafé		193	760	3,9	149	44	545	215	3,7	4,9
Tunja	Turmequé	52	247	4,8	28	24	145	102	5,2	4,3
	Tunja	44	136	3,1						
	Paipa	11,5	82	7,1	7,5	4	43	39	5,7	9,8
	Tibasosa	4	45	11,3	3,5	0,5	15	30	4,3	60,0
	Nuevo Colón	15	160	10,7	14	1	92	68	6,6	68,0
	Samacá	18	110	6,1						
	El Cocuy	29,5	44	1,5	13	16,5	29	13	2,2	0,8
Total Tunja		174	824	4,7	66	46	324	252	4,9	5,5
Socorro	Zapatoca	25	37	1,5	15,5	9,5	20	17	1,3	1,8
	<i>Socorro</i>	72,5	246	3,4						
	Barichara	49	53	1,1						
	San Gil ¹⁰¹	100	122	1,2						
	<i>Girón</i>	95	131	1,4	48,5	46,5	72	59	1,5	0,8
	Charalá	28	41	1,5	28	0	37	4	1,3	S.D.
	Vélez	47	79	1,7	32,5	11	61	15	1,9	1,4
Total Socorro		416,5	709	1,7	124,5	67	190	95	1,5	1,4
Táchira ¹⁰²	San Cristóbal	57	85	1,5	41	16	43	42	1,0	2,6
	La Grita	20,5	35	1,7	12	8	28	7	2,3	0,9
Total Táchira		77,5	120	1,5	53	24	71	49	1,3	2,0
Zulia	Altagracia	37,5	16	0,4	17	20,5	14	2	0,8	0,1
Pamplona	Pamplona	38,5	77	2	31	7,5	44	33	1,4	4,4

¹⁰¹ Solo están disponibles los entierros desde septiembre de 1782, por eso el FM solo se calculó respecto al año anterior.

¹⁰² Solo están disponibles los entierros desde 1782, por eso el FM solo se calculó respecto al año anterior.

MAPA 2

Intensidad de la epidemia de viruela 1782-1785

Fuente: Elaboración propia usando la información del cuadro 1.

El cálculo del FM también parece mostrar que las poblaciones más cercanas a la ciudad de Tunja fueron las más golpeadas por la *variola*. Destacan Nuevo Colón¹⁰³ y Tibasosa¹⁰⁴ como los pueblos más damnificados. En la primera población los entierros se multiplicaron por 10,7, entre los párvulos el FM de 68 y entre los adultos de 6,6. En la segunda, la mortalidad se multiplicó por 11,3, los párvulos arrojaron un índice de 60 y los adultos de 4,3. Es evidente que en estos lugares los infantes padecieron una verdadera tragedia. Detrás de estas poblaciones las más afectadas fueron Paipa¹⁰⁵ (7,1), Samacá¹⁰⁶ (6,1), Turmequé¹⁰⁷ (4,8) y Tunja (3,1). En Paipa los párvulos también fueron el grupo de edad más lastimado, con un FM de 9,8, frente al 5,7 de los adultos; por su parte, en Turmequé los más damnificados fueron los adultos (5,2), frente al 4,3 de los párvulos. La epidemia también se hizo sentir en el nororiente de la provincia de Tunja,

¹⁰³ Entonces su nombre era Chiriví y distaba a ocho horas de la ciudad de Tunja. Moreno y Escandón, *Indios y mestizos...*, *op. cit.*, p. 135.

¹⁰⁴ A un día y cuatro horas de Tunja. *Op. cit.*, p. 134.

¹⁰⁵ A seis horas de Tunja. *Ibid.*

¹⁰⁶ A cinco horas de Tunja. *Op. cit.*, p. 136.

¹⁰⁷ A diez horas de Tunja. *Op. cit.*, p. 135.

como lo confirman los registros de entierros de El Cocuy¹⁰⁸, población en la que la intensidad solo fue perceptible entre el grupo adulto, para el cual se obtuvo un FM de 2,2.

En la ciudad de Santafé la epidemia también tuvo efectos nefastos sobre la mortalidad. Durante el año de la crisis los entierros casi se cuadruplicaron, pues se obtuvo un FM de 3,9, donde resulta evidente que los más perjudicados fueron los párvulos, para los cuales se alcanzó un FM de 4,9; mientras que para los adultos el FM fue de 3,7. De las cuatro parroquias que integraban la capital neogranadina, la más damnificada fue San Victorino, con un FM de 6,3, seguida por Santa Bárbara (5,6) y La Catedral (4,3). El bajísimo FM de la parroquia Las Nieves (1,5) se explica por el subregistro de entierros.

Los párvulos se vieron muy expuestos a los azotes de la epidemia, sobre todo en la parroquia de Santa Bárbara (9,1), un comportamiento normal si se tiene en cuenta que la viruela era de carácter infantil¹⁰⁹. Esta característica es lo que causa sorpresa ante los resultados obtenidos para La Catedral y San Victorino, en las cuales el grupo adulto –con un FM de 4,4 y 6,7 respectivamente– resultó más damnificado que los párvulos, cuyo FM fue 3,5 y 5,9. En La Catedral estos guarismos podrían explicarse por los espacios de sociabilidad que imperaban en la parroquia, como iglesias, chicherías y plazas de mercado; mientras que en San Victorino pudo ser determinante el que fuera paso obligado de todo viajero o comerciante contagiado en camino a Santafé desde Honda¹¹⁰. Otra posible explicación la ofrece el subregistro de las fuentes eclesiásticas. Si se considera que la última epidemia confirmada del virus en Santafé había ocurrido veintiséis años atrás, entre 1756-1757¹¹¹, así como la migración en alza de una ciudad en crecimiento, la población adulta sin inmunidad debió ser mayor de lo que revelan los números.

En el puerto de Honda los entierros se triplicaron en el año de la crisis (1782) respecto al promedio de inhumaciones registradas en los dos años previos. Los párvulos fueron mucho más sensibles a los efectos mortales del virus, pues para ellos se obtuvo un FM de 4,8, mientras que entre los adultos el resultado fue de tres.

Las graves repercusiones de la epidemia en las regiones hasta aquí analizadas presentan un enorme contraste con la intensidad de la crisis registrada en la provincia de Socorro, cuyo FM fue de apenas 1,7. Sin embargo, la villa de Socorro sí resultó bastante afectada, ya que sus entierros se multiplicaron por 3,4. En ninguna de las otras seis ciudades para las que fue posible acceder a los registros parroquiales, los sepelios llegaron siquiera a duplicarse, con excepción de Vélez, donde se obtuvo FM de 1,9 para el grupo adulto¹¹². Girón es un caso atípico, pues dada la relevancia de este centro urbano para la

¹⁰⁸ A cinco días y dos horas de Tunja. *Ibid.*

¹⁰⁹ Diana Lozano, *Principios de epidemiología*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2012, p. 76.

¹¹⁰ Bejarano, “La epidemia de viruela...”, *op. cit.*, p. 84.

¹¹¹ Bejarano, “Epidemias y su impacto...”, *op. cit.*, pp. 249-253.

¹¹² Un elemento que podría ayudar a comprender la baja intensidad en Vélez es que, durante coyunturas epidémicas, parecía ser costumbre que algunas familias se encerraran en sus haciendas o casa de campo “y establecieran precauciones hasta que pasara la enfermedad, con lo que viven y mueren sin conocerla”. Germán Colmenares, *Relaciones e informes de los gobernantes de la Nueva Granada*, Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1989, tomo II, p. 211.

comercialización de textiles¹¹³, no deja de ser sorprendente que ni párvulos (1,5) ni adultos (0,8) resultaran afectados.

Los guarismos de la provincia de Socorro, junto a los que se obtuvieron para la ciudad de Pamplona, con un FM de 2, y para los actuales estados de Táchira y Zulia, en territorio venezolano, parecen respaldar la hipótesis de este trabajo en relación con que, a pesar de tratarse del mismo patógeno, respondió a una epidemia con un origen distinto de la que azotó al interior neogranadino. Aún no es posible ofrecer una respuesta precisa del porqué las provincias de Pamplona y Socorro –con excepción de la villa de Socorro y San Gil– se libraron de la peste que afectó a las poblaciones de Santafé y Tunja en 1783, pero es probable que las autoridades de aquellas provincias, al tener noticia de los estragos que la enfermedad causaba en el virreinato, hubieran puesto en práctica estrictos degredos, que evitaron el paso de cualquier comerciante o viajero contagiado. Asimismo, pudo haber sucedido que las autoridades de Socorro y San Gil no tuvieran noticia de la crisis viral que se diseminaba por Venezuela, de forma que pudieran protegerse de ella. Ahora bien, esta segunda ruta de transmisión no es suficiente para explicar el porqué de la menor intensidad en las localidades del nororiente neogranadino y venezolanas. En ese sentido, es probable que este comportamiento se explique porque el patógeno que se propagó desde Cartagena correspondió a alguna de las clasificaciones más graves de la viruela: la lisa o la hemorrágica; mientras que el que se propagó desde Maracaibo pudo corresponder con la versión ordinaria o la modificada de la enfermedad¹¹⁴.

El impacto diferencial de la epidemia, creemos, no estuvo determinado por factores como la calidad de los habitantes, pues para el siglo XVIII, a diferencia de lo que ocurrió durante la etapa de la Conquista, los indígenas del altiplano cundiboyacense ya contaban con el paquete inmunológico que les otorgaba mayor resistencia a las enfermedades infecciosas. Con toda seguridad para 1783 eran mucho más determinantes factores como la edad, pues los párvulos, en general, fueron las principales víctimas de la viruela. La posición económica también es un factor por considerar, ya que una mejor alimentación y abrigo sí podían resultar esenciales para la recuperación de una mayor cantidad de convalecientes, así como para evitar los efectos secundarios de la enfermedad¹¹⁵. Otro elemento por considerar es el tamaño de los hogares. Guido Alfani y Marco

¹¹³ La cercanía al río Magdalena, a través de los ríos Lebrija y Sogamoso, hacían de Girón un lugar estratégico para la comercialización de textiles producidos en las villas de Sal Gil y El Socorro hacia Mompox y las zonas mineras de Antioquia. Bedolla, “Producción y circulación...”, *op. cit.*, p. 92.

¹¹⁴ Existen dos formas clínicas de la viruela: la ‘mayor’, más grave y común, y la ‘menor’, que no es grave y se presenta en el 1 % de la población. La primera forma puede clasificarse en: ordinaria, modificada, lisa o plana y hemorrágica; las dos últimas son las más graves y mortales. Véase, Carlos Franco-Paredes, Carlos del Río, Margarita Nava-Frías, Sigifredo Rangel-Frausto, Ildefonso Téllez y José Santos-Preciado, “Enfrentando el bioterrorismo: aspectos epidemiológicos, clínicos y preventivos de la viruela”, en *Salud Pública de México*, vol. 45, n.º 4, Cuernavaca, 2003, pp. 301-303.

¹¹⁵ Cramaussel, “Introducción”, *op. cit.*, p. 19. Además de las severas cicatrices cutáneas, la viruela podía producir ceguera permanente o retraso mental. Chantal Cramaussel, “La lucha contra la viruela en Chihuahua durante el siglo XIX”, en *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, vol. 29, n.º 114, Michoacán, 2008, p. 102.

Bonetti han encontrado que este factor aumentó el riesgo de contagio de peste bubónica en el norte de Italia durante el XVII¹¹⁶; sin embargo, hasta que no se adelanten trabajos demográficos que analicen la composición de los hogares neogranadinos durante el periodo colonial, es imposible hacer algún tipo de afirmación al respecto.

La mayor intensidad de la epidemia en Santafé y Tunja también pudo tener como aliciente, la sequía que padecieron ambas provincias durante 1782 y 1783. Dos fenómenos que por lo general resultaban ser mortales en las sociedades preindustriales, el hambre y la viruela, confluyeron en tiempo y espacio para ensañarse con las vidas de los pobladores del altiplano cundiboyacense. Ambos acontecimientos propiciaron una disminución de brazos en los campos, retrasos en la tributación y especulación con los alimentos, con su respectiva crisis sobre la producción agrícola¹¹⁷. De este modo, al no haber sido víctimas de la mencionada sequía, pudo ser una de las razones que explican la menor intensidad del patógeno registrado en Venezuela y el nororiente neogranadino¹¹⁸.

Por último, fueron varias las medidas propiciadas por las autoridades virreinales para tratar de contener las crisis epidémicas. Quizá la más común fue el establecimiento de degredos, pero también llegaron a ser comunes las medidas encaminadas a purificar el aire, todas ellas inspiradas en el paradigma humoral-miasmático, regidas bajo la idea de que las pestes se transmitían por la infección del aire¹¹⁹. No se puede perder de vista el carácter confesional de las sociedades coloniales, situación que determinaba la creencia de que las enfermedades infecciosas no solo eran castigos divinos, sino que el único recurso válido para hacerles frente eran la penitencia y la oración, de allí que fueran comunes las rogativas públicas¹²⁰. Acudir a otro tipo de estrategias equivalía a enfrentar

¹¹⁶ Guido Alfani y Marco Bonetti, “A Survival Analysis of the Last Great European Plagues: The case of Nontola (Northern Italy) in 1630”, en *Population Studies*, vol. 73, n.º 1, Londres, 2019, pp. 101-118, disponible en: <https://doi.org/10.1080/00324728.2018.1457794> [fecha de consulta: 17 de octubre de 2022].

¹¹⁷ Katherinne Mora, “‘Y vi un caballo negro y el que lo montaba tenía una balanza en la mano’. Hambrunas en la Nueva Granada, 1690-1820”, en *Memorias: Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe colombiano*, vol. 17, n.º 45, Barranquilla, 2021, p. 76, disponible en: <https://doi.org/10.14482/memor.45.986.1> [fecha de consulta: 9 de noviembre de 2022].

¹¹⁸ Por los objetivos que se propuso esta investigación, pero también por razones de espacio, que hubieran implicado ampliar las dimensiones de este trabajo, se omitió profundizar en la correlación que pudo existir entre las alteraciones climáticas y el evento epidémico acá estudiado, más aún cuando se presenta durante el periodo conocido como la pequeña Edad de Hielo. Sobre este periodo y la historia climática de Nueva Granada, véase el sugestivo trabajo de Katherinne Mora, *Entre sequías, helada e inundaciones. Clima y sociedad en la Sabana de Bogotá, 1690-1870*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2019.

¹¹⁹ La teoría médica miasmática-humoral, sin validez en la actualidad, fue desarrollada en la Antigüedad y se mantenía vigente a inicios de la Edad Contemporánea, concebía que la corrupción del aire, los malos olores y los tufos, podían desencadenar de un momento a otro una epidemia, razón por la cual se imponía la declaración de guerra contra la suciedad y la hediondez. Carlo Cipolla, *Contra un enemigo invisible*, Barcelona, Crítica, 1993, pp. 18-19 y 40. Sobre la teoría miasmática-humoral y su influjo sobre las políticas higienistas al momento de contener las epidemias en Nueva Granada a finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, véase, Crishtian Bejarano Rodríguez, “Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada”, en *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, vol. 15, n.º 34, Medellín, 2023, pp. 128-166, disponible en: <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102738> [fecha de consulta: 11 de septiembre de 2023].

¹²⁰ Al concebirse que solo Dios podía frenar los castigos contra sus creaturas, fueron comunes las connota-

la voluntad divina, lo cual explica, en parte, la resistencia que muchas veces se mostró contra procedimientos como la inoculación¹²¹.

Este tipo de creencias pudieron haber contribuido a que el evento acá estudiado resultara tan cruento en Santafé y Tunja. De hecho, para finales de 1782, cuando el arzobispo de Nueva Granada, Antonio Caballero y Góngora, era quien ocupaba de manera provisional el cargo de virrey¹²², alertaba a los diocesanos de Santafé sobre la grave epidemia que se aproximaba y hacía el llamado a recogerse en oración y prepararse para una muerte inminente¹²³, pues la consideraba como un castigo enviado por Dios a causa de “las pasadas revoluciones y escándalos”¹²⁴, haciendo una clara referencia a la revolución comunera de 1781.

ciones taumáticas que adquirió, por ejemplo, la Virgen de Chiquinquirá como intercesora para frenar las pestes que atacaron a las provincias de Tunja y Santafé en 1587 y 1633. Durante la crisis infecciosa de 1783 fue la Virgen de las Nieves la que se peregrinó por la ciudad de Santafé. Véase, Abel Martínez y Andrés Otálora, “Una celestial medicina. La Virgen de Chiquinquirá y las pestes de 1587 y 1633 en Tunja”, en *Procesos. Revistas Ecuatoriana de Historia*, n.º 50, Quito, 2019, pp. 41-68, disponible en: <https://doi.org/10.29078/rp.v0i50.807> [fecha de consulta: 11 de noviembre de 2022]; Luis Carlo Villamil, Hugo Sotomayor Tribín y José Esparza Viruela en Colombia. *De la Real Expedición Filantrópica al parque de vacunación*, Bogotá, Universidad de la Salle, 2020, pp. 17-18.

¹²¹ José Celestino Mutis comenta que fue un activo promotor de la inoculación desde su arribo a Nueva Granada. En una epístola del 15 de marzo de 1783, dirigida al virrey Caballero y Góngora, señalaba que era “antigua su inclinación a esta saludable práctica”; sin embargo, encontró mucha oposición entre la población, a pesar de los buenos efectos que había mostrado en la capital y en otras provincias del virreinato. En: Guillermo Hernández de Alba, *Archivo epistolar del sabio naturalista don José Celestino Mutis*, Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, 1983, tomo I, p. 97. Ahora bien, también es importante considerar que la inoculación no parecía ser muy popular en las grandes poblaciones urbanas, como en las villas y pueblos rurales durante el siglo XVIII. Las razones son múltiples, como lo han constatado algunos investigadores para el caso de Gran Bretaña, pero el factor central es que la inoculación podía ser un método peligroso, ya que si la incisión era demasiado profunda se podía provocar la viruela y contagiar a personas sanas que podían dar origen a una epidemia. Para evitar esta posibilidad, a menudo se realizaban “inoculaciones generales” entre los habitantes susceptibles de infectarse, lo cual confería una inmunidad extendida. El problema era que efectuar inoculaciones generales en las ciudades era poco factible. Por otro lado, dado el alto número de infantes que nacían cada año, junto con la constante amenaza de la viruela, habrían requerido frecuentes inoculaciones generalizadas, que implicaba un gasto considerable para los núcleos urbanos con mayor población. Una consideración adicional parecía ser el fatalismo de muchos padres de familia en las zonas urbanas, pues dado que la viruela era de carácter infantil y de migrantes recientes, se solía ver a la viruela como un pasaje inevitable en las familias. Véase, Ramola Davenport, Jeremy Boulton y Leonard Schwarz, “Urban inoculation and the decline of smallpox mortality in eighteenth-century cities – a reply to Razzell”, en *Economic History Review*, vol. 69, n.º 1, Londres, 2016, pp. 189-190, disponible en: <http://www.jstor.org/stable/43910405> [fecha de consulta: 15 noviembre de 2022]; y Peter Sköld, “The Story of Smallpox and its Prevention in Sweden”, en *Asclepio*, vol. 54, n.º 1, Madrid, 1999, p. 80, disponible en: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i1.136> [fecha de consulta: 18 de noviembre de 2022].

¹²² Caballero y Góngora en realidad fue virrey de facto desde mayo de 1781 ante la ausencia del virrey Flórez, razón por la cual tuvo que asumir la responsabilidad de encarar el levantamiento comunero en dicho año. Ante la repentina muerte del virrey Juan de Torreázar Díaz Pimienta, elegido para reemplazar a Flórez, en marzo de 1782, Caballero siguió al frente del cargo hasta que Carlos III lo nombró en propiedad en abril de 1783. Phelan, *El pueblo y el rey...*, op. cit., pp. 271-272.

¹²³ “Arzobispo de Santafé: pastoral sobre la epidemia de viruela”, Santafé, 20 de noviembre de 1782, AGN, SC, Miscelánea, t. 2, f. 811v.

¹²⁴ Hernández de Alba, *Escritos científicos...*, op. cit., p. 202.

Sin embargo, la gran mortalidad que estaba causando el virus en Santafé obligó a que las autoridades flexibilizaran su intransigencia y aprobaran de forma oficial la inoculación, luego de que el virrey recibiera dos informes. El primero, del presbítero Josef Vásquez¹²⁵, quien señaló que en 1757 realizó inoculaciones masivas y exitosas en Girón y San Gil¹²⁶, y el segundo, de Josef Aparicio Morata¹²⁷, capellán del Real Hospicio de Santafé, quien inoculó a veintiún huérfanos a su cargo, de los cuales, ninguno falleció. Así, tras dar vía libre a la inoculación, el virrey encargó a José Celestino Mutis, la transcripción del *Método general para curar las viruelas* y unas *Instrucciones* para su práctica. Ambas publicaciones tenían la intención de evitar una mala ejecución del método, así como la erradicación de malas prácticas al momento de la convalecencia. El balance fue positivo: alrededor de dos mil inoculados¹²⁸, pues a pesar de que se introdujo tarde, para las autoridades resultaba doloroso no haberlo introducido en Santa Marta y Cartagena y así “haber evitado la mortandad que allí se ha producido”¹²⁹.

CONCLUSIONES

Las epidemias fueron un flagelo recurrente para las sociedades preindustriales, y ni la América colonial ni la Nueva Granada en particular escaparon a esa realidad. Uno de los eventos epidémicos más catastróficos, aunque no por eso estudiado de forma satisfactoria, fue la viruela que atacó a la mayor parte del continente americano entre 1778 y 1785. Es por ello, que esta investigación hizo un esfuerzo por reconstruir su ruta de dispersión por el virreinato neogranadino, ruta en la que medió el alto comercio del mercado interno, en especial la referente a la circulación fluvial, que permitió el rápido avance del patógeno por el virreinato. Así, tras arribar a Cartagena, a través del río Magdalena alcanzó a Mompox y Honda durante el segundo semestre de 1782, luego, por los caminos reales se dirigió a la provincia de Santafé, y por último a la provincia de Tunja durante el primer semestre de 1783.

El sur de la provincia de Socorro también se vio afectado por el virus procedente de Cartagena durante 1783, aunque desde 1784 de nuevo fue atacada —esta vez junto con la provincia de Pamplona— por una versión de este patógeno procedente de Maracaibo. Sin duda, el caso más llamativo fue el de la villa de Socorro, en la cual, parecieron confluír ambas epidemias de viruela. La importancia de Socorro como centro comercial y de

¹²⁵ Santafé, 29 de enero de 1783, AGN, SC, Milicias y Marina, t. 142, fs. 729r-729v.

¹²⁶ Lo cual parece confirmar que en el nororiente neogranadino la inoculación era una práctica aceptada entre una importante parte de la población, situación que podría explicar la menor intensidad de la epidemia en lugares como Girón, Barichara, San Gil y Vélez.

¹²⁷ Santafé, 29 de enero de 1783, AGN, SC, Milicias y Marina, t. 142, fs. 695r-695v.

¹²⁸ Santafé, 31 de marzo de 1783, Archivo General de las Indias, Sevilla (en adelante AGI), Audiencia de Santa Fe, 736B.

¹²⁹ Santafé, 30 de enero de 1783, AGI, Audiencia de Santa Fe, 736B.

paso, dada su ubicación geográfica, que la conectaban con Tunja y Venezuela, la expusieron en dos oportunidades a la mortal enfermedad. Es de esta forma que se explica cómo un mal infeccioso que solía estacionarse en un lugar por alrededor de tres meses, en la mencionada villa lo hizo durante nueve meses.

El uso del *factor multiplicador* permitió observar que las poblaciones más afectadas por la viruela fueron las de la provincia de Tunja; mientras que los efectos de la enfermedad fueron menos rigurosos en Venezuela y el nororiente neogranadino. Se ofrecieron dos posibles explicaciones para este comportamiento. Por un lado, que a pesar de tratarse del mismo patógeno, no puede descartarse que la viruela procedente de Cartagena hubiera correspondido a alguna de sus clasificaciones más graves: la hemorrágica o la lisa; mientras que desde Venezuela pudo haber arribado una clasificación menos mortal. Por otro lado, que la sequía que afectó a las provincias de Tunja y Santafé, también durante 1782 y 1783, agravó los efectos devastadores en estos territorios.

Por último, estimamos que esta investigación motive mayores esfuerzos interdisciplinarios, para estudiar las epidemias que hicieron presencia en Nueva Granada. Aunque se estudiaron los registros parroquiales de pueblos antioqueños a la orilla del río Cauca, no se encontró evidencia que sugiriera que la enfermedad se manifestara en aquellos territorios; la investigación de Luz Amparo Vélez sugiere lo mismo para Cali¹³⁰, una de las ciudades más importantes del suroccidente neogranadino. Sin embargo, futuras investigaciones podrían recabar más información para confirmar si poblaciones de los territorios correspondientes a provincias como Antioquia, Popayán, Quito, e incluso Chocó, dada la importancia que tenía como centros manufactureros y mineros, también llegaron a padecer el evento infeccioso acá analizado.

¹³⁰ Vélez, “Epidemias de disentería...”, *op. cit.*