

Colonialismo y salud: La percepción médica decimonónica de la relación hombre-naturaleza

Paola Peniche Moreno*
CIESAS-UNIDAD PENINSULAR

RESUMEN: *El propósito de este artículo es analizar el ideario médico prebacteriológico respecto a la relación entre humanos, naturaleza y procesos de salud y enfermedad. Se postula que esta comprensión estaba moldeada por los intereses predominantes de la época, en particular con los económicos y geopolíticos. Se considera que la experiencia europea en el Caribe, América y África occidental fue clave en la formación del pensamiento médico, con la medicina sirviendo como instrumento de expansión imperial. Se argumenta que el contacto con la diversidad biológica de territorios considerados "tropicales" o "exóticos" contribuyó a configurar la narrativa médica del siglo XIX en la que "la otra" naturaleza y "los otros" cuerpos se percibían como peligrosos pero necesarios. Mediante el análisis de geografías médicas de regiones coloniales o de pasado colonial se examinan cuatro conceptos: supremacía, patologización espacial, correlación entre clima y raza, así como aclimatación.*

PALABRAS CLAVE: *pensamiento médico, colonialismo e imperialismo, relación hombre/naturaleza, procesos salud/enfermedad, tropical.*

Colonialism and health: the Nineteenth-Century
medical perception of the human-nature relationship

* ppeniche@yahoo.com

Fecha de recepción: 29 de abril de 2024 • Fecha de aprobación: 12 de julio de 2024

Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas número 90, mayo-agosto, 2024

ABSTRACT: *This article aims to analyze prebacteriological medical thinking about the relationship between humans, nature, and health/disease processes. This understanding is believed to have been shaped by the dominant economic and geopolitical interests of the time. European experiences in the Caribbean, the Americas, and West Africa were crucial in shaping medical thought, where medicine served as a tool for imperial expansion. It is argued that exposure to the biological diversity of regions deemed “tropical” or “exotic” influenced the Nineteenth-Century medical narrative, which viewed “other natures” and “other bodies” as both dangerous as necessary. An analysis of the medical geographies of colonial regions or those with a colonial past reveals four key concepts: supremacy, spatial pathologization, the correlation between climate and race, and acclimatization.*

KEYWORDS: *medical thought, colonialism and imperialism, human/nature relationship, health/disease, tropical nature.*

El hombre es, en más de un aspecto,
mera expresión del suelo en que vive.
Dr. Jean Boudin, [1857]

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XIX el desarrollo del pensamiento médico en Europa estuvo marcado por los cambios políticos y económicos derivados de la expansión de potencias como Inglaterra, Francia, Alemania y España. El presente artículo analiza cómo estos factores configuraron la medicina prebacteriológica al enfocarse en cómo se concebía la interacción entre las personas, su entorno y las dinámicas de salud y enfermedad. A partir de esto, se retoma la idea de que es esencial analizar las experiencias médicas en el Caribe, América y la costa de África Occidental, con el fin de entender cómo el capitalismo industrial y la modernidad moldearon la práctica médica de la época.

El problema se contextualiza en el siglo XIX, periodo que marcó un crecimiento sin precedentes en la historia humana. Para 1900, la economía global había crecido 14 veces respecto a los siglos anteriores; la población se cuadruplicó y el consumo de energía se quintuplicó. Durante esta era, el medio ambiente se utilizó como herramienta clave para la expansión económica y la acumulación de riqueza, pues transformó radicalmente la superficie terrestre [McNeill 2003: 39-44].

¿Qué ideas acompañaron este fenómeno histórico? Este artículo contribuye a conocer el papel activo de la medicina, impulsada por la impor-

tancia de la enfermedad en la expansión global de un modelo económico, político y cultural que no sólo reconfiguró el mundo en su tiempo, sino que continúa ejerciendo su influencia en la actualidad [Harrison 2000: 54].

La idea de “la relación hombre/naturaleza” alude al “paradigma ambientalista” que Arnold [2000: 17-18] describe como una fuerza histórica que ha modelado las interacciones materiales y culturales entre Europa y el resto del mundo. Este artículo examina cómo el pensamiento médico del siglo XIX entendía la naturaleza: como un elemento a ser comprendido, clasificado y controlado, al influir en diversas áreas de conocimiento y las relaciones entre Europa, América, el Caribe y África [Numbers 2000: 217].

METODOLOGÍA

Este artículo explora la interconexión entre seres humanos y naturaleza en el pensamiento médico del siglo XIX, a partir del análisis de obras médicas geográficas y topográficas, escritas en inglés, francés, español y alemán entre los siglos XVIII y XIX.

El primer paso de la investigación consistió en una prospección documental de un *corpus* compuesto por 88 obras médicas. Se seleccionaron textos de importantes repositorios digitales en varios idiomas, con el objetivo de identificar tendencias en la literatura médica de países europeos con presencia en América, África y Asia.

El *corpus* documental se centró en textos médicos que exploran territorios coloniales o de pasado colonial, para analizar las visiones de salud sobre regiones distantes y entender las motivaciones políticas y económicas subyacentes. Debido a nuestra proximidad geográfica al Caribe, se incluyeron, en especial, textos relacionados con América, el Caribe y la costa atlántica africana, aunque también se consideraron materiales de las islas del Pacífico y Asia [Annesley 1825; Gulick 1855; Prat 1869; Le Borgne 1872]. A pesar de la abundante literatura médica de autores norteamericanos, se decidió excluir la mayoría de esa bibliografía debido a su volumen, así que hubo una selección únicamente de algunas referencias excepcionales [Drake *et al.* 1854].

La prospección documental permitió identificar y caracterizar cuatro conceptos clave respecto a la interconexión entre seres humanos y naturaleza:

1. La relación entre supremacía y clima.
2. La patologización del espacio.
3. La correspondencia entre clima y raza.
4. La aclimatación.

Estos conceptos constituyen el núcleo del artículo proponiendo que el contacto europeo con la diversidad biológica de otros territorios fue crucial para moldear la visión médica del siglo XIX sobre la relación entre el hombre y la naturaleza. La confrontación con ambientes a menudo hostiles y diferentes a los europeos influyó significativamente en las percepciones y prácticas médicas al destacar la “otra” naturaleza y los “otros” cuerpos. Así, la caracterización se realizó contrastando las interpretaciones de los médicos con la diversidad observada en territorios no europeos.

El tercer paso fue el análisis y explicación detallada de cada uno de los conceptos identificados. Para ello, se seleccionaron 14 geografías médicas del *corpus*, escritas en inglés, francés y español, que abarcan América, el Caribe, África y Filipinas.

CRÍTICA DE FUENTES

Las geografías y topografías médicas son escritos que analizan las características físicas de diversas regiones y las enfermedades prevalentes en ellas, sin olvidar que factores externos como el clima, la altitud y la humedad influyen en las patologías locales [Casco 2001: 213; Stepan 2001: 25, 171]. Esta perspectiva fomentó el desarrollo de una epidemiología basada en la observación del entorno natural, incluso del sol, suelo, aire, alimentos, aguas y costumbres [Naraindas 1996: 33].

El corpus revisado para esta investigación muestra dos criterios de demarcación espacial. Algunos textos se centran en regiones o zonas climáticas, como la costa este u oeste de África, las Indias Orientales y Occidentales, Asia Menor y Mayor, sin olvidar los “climas cálidos” o “naciones tropicales” [Jourdanet 1861b]. Otros se refieren directamente a países específicos para reflejar los principios nacionalistas del origen de los autores y su base política en la generación de este conocimiento [Douglas 1819; Townsend 1826; Horner 1845].

También se revisaron geografías escritas por médicos describiendo su propio país, motivados por la idea de la importancia del control del entorno para mejorar la salud pública y facilitar el comercio y la gobernabilidad, por ejemplo, en México se encuentran Lobato [1874], Rodríguez y Ramírez [1886], Orvañanos [1889]; en Perú se registran Unuanue [1815]; en Argentina, Cantón [1891], Gache [1895]; en Cuba, Piña y Peñuela [1855]; en Puerto Rico, Dumont [1875]; en Estados Unidos, Drake y Smith [1854]; en Canadá, Douglas [1819] y en Senegal, Horton [1859].

Francia fue uno de los principales impulsores de la literatura médica geográfica y topográfica, seguida por Inglaterra y España. Contribuciones

significativas también provinieron de médicos americanos, en especial de Estados Unidos, México, Argentina y Perú, quienes enriquecieron la diversidad de perspectivas en el *corpus* documental.

De los 88 textos revisados, 20 se centran en México. Durante la intervención francesa (1861-1876), cuatro textos de esos 20 fueron escritos por médicos franceses que exploraron el territorio mexicano [Jourdanet 1861a, 1861b, 1864; Coindet 1867], también destaca la obra del prestigioso médico mexicano José Guadalupe Lobato [1874], así como dos estudios de médicos estadounidenses en misiones en el sureste mexicano [Sapper 1896].

Los 12 textos restantes fueron comisionados por instituciones centrales y redactados por médicos locales. Abarcan geografías de alcance nacional [Rodríguez *et al.* 1886; Orvañanos 1889; Matienzo 1892; Izaguirre 1892] y estudios estatales en Tamaulipas [Martínez 1892], Puebla [Morales *et al.* 1888], Jalisco [Garcadiego 1892], San Luis Potosí [Otero 1894], Estado de México [Orvañanos 1892] y Yucatán [Sapper 1896]; son parte de la tarea emprendida en la década de 1870, cuando la Academia de Medicina de México y la Secretaría de Fomento propusieron crear una geografía médica nacional. Bajo la dirección de Lauro María Jiménez en 1873, la Academia recabó información sobre el clima, flora, fauna, aguas medicinales y enfermedades endémicas de diversas regiones, con el objetivo de desarrollar una geografía médica detallada [Liceaga 1878: 561-570].

En 1884, la Secretaría de Fomento relanzó este proyecto para destacar las riquezas de México en Europa. Una comisión liderada por Eduardo Liceaga y Alberto Escobar fue creada para profundizar en las condiciones climáticas y enfermedades regionales. Domingo Orvañanos, encargado de redactar la geografía médica nacional, colaboró con la comisión y distribuyó cuestionarios en todo el país, para después recoger datos de ayuntamientos y profesionales de la salud [*El tiempo. Diario Católico* 1888].

Gracias a la prospección documental y la crítica de fuentes, este estudio ha identificado y caracterizado conceptos clave que ilustran cómo el contacto europeo con diversas regiones del mundo influyó en el pensamiento médico del siglo XIX. En la siguiente sección se profundizará en cada concepto, explorando cómo la interacción entre el hombre y la naturaleza fue entendida y cómo estas percepciones moldearon las prácticas médicas y epidemiológicas de la época.

PRIMER CONCEPTO: PERSPECTIVAS SOBRE CLIMA Y SUPREMACÍA

Desde principios del siglo XVIII se creía que el clima templado de Europa había fomentado una civilización avanzada, pero se consideraba que el

cinturón ecuatorial albergaba a personas más indolentes. Montesquieu en su obra *El espíritu de las leyes* (1748) analizó cómo el clima influía en el temperamento humano y las estructuras políticas y jurídicas de una sociedad. Argumentó que los climas cálidos favorecían gobiernos despóticos debido a la pasividad inducida por el calor, mientras que los climas fríos, donde la población era más activa, propiciaban sistemas democráticos o republicanos. Bajo esta perspectiva, sugiere que el clima europeo fue fundamental para el desarrollo del espíritu humano, pues impulsaba avances en artes, ciencias, filosofía, incluso establecía sistemas de gobierno basados en la libertad y la justicia [Shackleton 1955: 321, 326-329].

En el siglo XIX, las teorías que asociaban clima, civilización y cultura fortalecieron la noción de supremacía europea y justificaron el colonialismo. En *Kosmos*, Alexander von Humboldt argumentó que las civilizaciones avanzadas surgieron en zonas templadas y se expandieron a regiones tropicales por medio de la migración y colonización, sosteniendo que los climas cálidos no favorecían el progreso. Humboldt usó las líneas isotérmicas para demostrar cómo el clima y la geografía influían en la interacción de los seres humanos con su entorno y cómo estos factores afectaban la evolución y distribución de las razas humanas. Según él, la civilización dependía de condiciones geográficas y climáticas con Europa en el centro de esta dinámica al propiciar el intercambio cultural y el desarrollo de una perspectiva universal [Humboldt 1876].

En el ámbito médico, Arthur Bordier [1884] sostenía que los climas extremos, tanto fríos como cálidos, obstaculizaban el avance social, mientras que los climas templados favorecían un mayor desarrollo cerebral, esencial para diferenciar a los humanos de otras especies. Esta idea, reforzada durante la Ilustración, posiciona a los humanos como únicos en su capacidad para dominar el entorno gracias a su inteligencia, educación y avances tecnológicos. Las geografías médicas destacan esta capacidad de adaptación y socialización diferenciando a los humanos de los animales al permitirles crear sistemas colectivos de defensa contra desafíos climáticos y geográficos [Galafassi 2001: 5-6].

La definición de “clima” adquirió complejidad desde el siglo XVIII; originalmente, en el siglo XVII se refería simplemente a una “región del aire o del cielo” [Vittori 1609], sin embargo, en el siglo XVIII, esta noción se amplió para incluir características geográficas y la idea de un ambiente “benigno y saludable” [Real Academia 1729] Para finales del siglo XIX el término “clima” también incorporaba una dimensión médica:

Conjunto de las afecciones atmosféricas que caracterizan una región [...] por él [clima] los médicos expresan la reunión de todas las causas físicas generales o comunes que pueden influir en la salud de los habitantes de cada país; tales son la naturaleza de los vientos, de las aguas, de los alimentos y del terreno [Zerolo 1895].

Mientras Europa asociaba las zonas templadas con civilización y progreso, la visión de la naturaleza tropical se transformó en una herramienta política de subordinación, para definir la identidad europea como contraste. Esta perspectiva, que veía al mundo natural como algo por describir, clasificar y transformar en mercancía, cambió la denominación de regiones ecuatoriales de “equinoccial” o “tórrida” a “los trópicos” en el siglo XIX [Stepan 2001: 17]; dicho cambio terminológico acompañó la expansión europea, amplió la concepción de “tropical” a regiones como las Indias Occidentales, India y África, donde los médicos europeos documentaron enfermedades, y la extendió a lugares con características similares, aunque no estrictamente tropicales [Bhattacharya 2012: 2; Stepan 2001: 156].

La categorización de la malaria y la fiebre amarilla como “enfermedades tropicales” reflejaba su impacto en el desarrollo de las economías imperiales y coloniales, pues obstaculizaba la integración de la economía agrícola en los sistemas capitalistas, frenaba la colonización europea en América y complicaba las operaciones militares de las potencias europeas y norteamericanas; además, estas enfermedades dificultaban la movilización de mercancías en los puertos oceánicos por ambos lados del Atlántico [D. Ribeiro 1982: 50]. En el imaginario colonial, los trópicos y sus enfermedades se representaban tanto como fuente de riqueza, como una amenaza a conquistar y controlar [Katz 1995: 273, 277; Chalhoub 1996: 29]; en el siglo XIX se consideraban lugares de alteridad, caracterizados por su calor y percibidos como peligrosos y enfermizos, donde la fertilidad excesiva, la exótica biodiversidad y la desenfrenada sexualidad sugerían oportunidades y riesgos de degeneración racial [Stepan 2001: 11-30; Arnold 2000: 18-19; G. L. Ribeiro 2004: 176-189].

SEGUNDO CONCEPTO: PATOLOGIZACIÓN DEL ESPACIO

No era nuevo para la medicina del siglo XIX que el entorno influyera en la vida de las personas. Los tratados hipocráticos de “Epidemias” y “Sobre los aires, aguas y lugares” documentaban la antigüedad de esta noción, pues consideraban variables como tierra, clima, estaciones, astros, agua, posición del sol, dirección del viento, entre otras, pero lo nuevo fue haber pro-

fundizado el conocimiento sobre geografía, clima, materia orgánica e inorgánica y el ser humano [Arnold 2000: 20-25]. Esta época marcó el uso del conocimiento científico para fines políticos y económicos, ya que establecía una dicotomía global entre las regiones templadas como equilibradas, en contraste con las tropicales como exuberantes [Naraindas 1996: 42-44].

En el pensamiento médico de la época, la vegetación, la fauna, el calor y la humedad de las zonas tropicales representaban una constante tensión entre riqueza y peligro. Humboldt destacó esta relación paradójica entre vida y muerte en las áreas tropicales al notar su gran fertilidad, pero también su propensión a las enfermedades:

La humedad de las costas que favorece la putrefacción de una gran masa de sustancias orgánicas, ocasiona las enfermedades a que están expuestos sólo los europeos y otros individuos no aclimatados, porque bajo el cielo abrasador de los trópicos la insalubridad del aire indica casi siempre una fertilidad extraordinaria de los suelos [Humboldt 1876: 367].

Al escribir sobre Filipinas, el doctor Codorniu sostuvo que “en medicina se admite como hecho comprobado, que los países que más se aproximan al Ecuador son los más fértiles y al mismo tiempo los más mortíferos”. El privilegiado suelo de las islas:

Produce el arroz, el cacao, el coco, el algodón, el añil, el azúcar, la pimienta, el jengibre, la nuez moscada, el inapreciable abacá, la madera de tinte y el mejor tabaco del mundo [...] sus inmensas costas, ríos y lagunas producen el pescado en cantidad prodigiosa; sus bosques y desiertas campiñas están cuajadas de ciervos, búfalos y caballos salvajes. El gallo se multiplica en los mismos bosques sin el auxilio del hombre; y es notable la abundancia de tortolas, palomas, loros, cacatúa, e infinidad de aves [...] [Codorniu 1857: 15].

Sin embargo, después de examinar la geografía local, el doctor señaló que esa aparente fertilidad y abundancia enmascaraban ante los europeos su naturaleza de ser “pródigos repartidores de males”. Al escribir sobre México, el doctor Lobato destacó que los procesos físicos y químicos esenciales para el florecimiento de la vida en las regiones tropicales también constituían potenciales focos de insalubridad: “[...] en medio de las mismas acciones provechosas a la vida [...] se produce un medio anómalo capaz de desvirtuar las acciones favorables que la naturaleza había creado [...]” [Lobato 1874: 9].

La asociación de diferentes climas con tipos específicos de enfermedades se consolidó en el pensamiento médico del siglo XIX. En zonas costeras de climas cálidos se reconocieron enfermedades como fiebres intermitentes graves y fiebre amarilla [Lobato 1874: 11]; en lugares variados, desde los pantanos de Argelia hasta el delta del Misisipi, se observaron diferencias en las enfermedades miasmáticas, relacionadas con el clima y el suelo [Boudin 1843: 4, 12]; los vientos del sur fueron vinculados a brotes de fiebre amarilla en Martinica y a enfermedades como pleuresía en Matto Grosso, Brasil, además, se notó que ciertas enfermedades variaban con los ciclos anuales o diurnos [Sigaud 1844: 533]. En Cuba, México y África Occidental se documentaron patrones estacionales de enfermedades que respondían a cambios anuales en temperatura, humedad y vientos, como la prevalencia de fiebres en verano o patologías respiratorias en otoño e invierno [Piña 1855: 20-21; Lobato 1874: 18-19, 55; Horton 1859: 3]. En regiones tropicales las noches eran consideradas peligrosas debido a un aumento en la humedad y a la disminución del viento que dispersaba las emanaciones de focos infecciosos [Piña 1855: 28-29, 56-57]. Durante el invierno la caída nocturna de la temperatura, llamada “refrigeración nictemeral”, se veía como un factor clave en el brote de epidemias, en especial si había una predisposición miasmática en la población [Lobato 1874: 16-17].

TERCER CONCEPTO: CORRESPONDENCIA ENTRE CLIMA Y RAZA

El pensamiento médico moderno sostenía que la temperatura de un lugar influía en el carácter y las capacidades de sus habitantes al afectar el desarrollo de habilidades, resistencias físicas y aptitudes mentales. Esta idea, profundamente arraigada en la teoría médica, impactaba las decisiones políticas de naciones expansivas, por ejemplo, el médico francés Jean Pierre Bonnafont [1839] recomendaba que los países consideraran la idoneidad climática al establecer colonias, debido a su efecto en las capacidades humanas, pues la diversidad biológica mundial demostraba cómo el clima moldeaba la vida y afectaba a los humanos tanto como lo hacía con la flora y la fauna: “El clima es la base de todo para el hombre: su forma de ser, su naturaleza, su legislación, su gobierno, su religión; el clima es un círculo en el que el Creador ha encerrado a su criatura, y cuya circunferencia no puede cruzar impunemente” [Bonnafont 1839: v].

Después de su experiencia en las Antillas, el higienista Octave Saint-Vel [1868] afirmó que el intenso calor tropical no era adecuado para el desarrollo de la raza blanca. Aunque esta raza había logrado adaptarse y prosperar en la zona ecuatorial, señaló que su lugar de origen y hábitat natural eran

las latitudes templadas. Además, se argumentaba que la adaptación al clima y la geografía local conferían inmunidad a las enfermedades endémicas de cada región. Esta relación entre clima y salud también explicaba por qué los europeos eran más susceptibles a enfermedades febriles tropicales, mientras que los habitantes de esas zonas eran más propensos a enfermedades respiratorias, como la tuberculosis [Lind 1771].

En la *Topografía médica de la Isla de Cuba* de 1855 se caracteriza a los habitantes de climas cálidos como apáticos y apasionados, menos propensos a enfermedades febriles, pero más susceptibles a diarreas. El doctor Piña describió que en climas cálidos la piel se irritaba o inflamaba, según la humedad, la digestión era lenta, la sangre tenía menos oxígeno y el hígado era más activo, por tanto, se generaban en temperamentos biliosos, linfáticos o nerviosos, marcados por la apatía o pasión intensa [Piña 1855: 30]. Según la visión occidental, los nativos de los trópicos tienen una piel resistente a la insolación y un sistema digestivo fuerte, adecuado a una dieta de chile, tortillas y atole [Lobato 1874: 54], por contraste, los europeos son vulnerables a las condiciones tropicales, incluso sufren efectos negativos en la piel y el sistema nervioso, debido a la exposición solar y los cambios bruscos de temperatura.

CUARTO CONCEPTO: ACLIMATACIÓN

En el siglo XIX la medicina introdujo el concepto de “aclimatación” para indicar que, con intervención médica, las personas podrían adaptarse a climas diferentes sin enfermarse ni morir [Boudin 1864: 832]. Se proponía que, frente a las limitaciones climáticas, los humanos tenían dos opciones: resistir agresivamente el clima, esto podía resultar en desorden social y natural o adaptarse para facilitar las transformaciones en el terreno y la política [Bonnafont 1839: VI]. La adaptación era esencial en un mundo donde los climas y las poblaciones eran dinámicas y sujetas a cambios constantes. Los fenómenos climáticos o “fenómenos telúricos” como incendios, huracanes y terremotos, exigían estrategias de supervivencia adaptativas. Además, se reconocía que la intervención humana podría modificar el ambiente, pues afecta directamente la salud pública. Ramón Piña y Peñuela [1855: 12] notó que la población, la agricultura y el comercio podían transformar el suelo e impactar la biología de los reinos animal y vegetal, como consecuencia, la salud pública.

En el siglo XIX las geografías médicas reflejaron una evolución en la comprensión de los factores de riesgo para endemias y epidemias. Inicialmente centradas en elementos naturales como el clima y fenómenos telúri-

cos, estas perspectivas se ampliaron para incluir aspectos sociales y económicos como la demografía y las actividades productivas. Hacia finales de siglo se reconocieron las consecuencias negativas de las acciones humanas, en especial la migración y la industrialización, pues contribuían al hacinamiento y la contaminación [Selsis 1880; Grant 1882]. La migración representaba una paradoja entre la tendencia natural de las especies de permanecer en su entorno original y las presiones de la civilización que forzaban a los grupos a moverse, al crear nuevas amenazas a la salud [Boudin 1843: 76-78; Lobato 1874: 25-28]. Este fenómeno se comparaba con el “trasplante” de una especie fuera de su hábitat endémico cuando destacaban los desafíos adaptativos:

Todas las veces que las distintas especies de animales o vegetales se tienen que trasplantar a regiones remotas, sea en un mismo continente o en distintos, sea en territorios de un mismo continente o de otros, y en zonas de un país desigual en climas, temperatura, condiciones atmosféricas o desigual en condiciones físicas y geográficas, es preciso favorecer la creación de circunstancias climatológicas para que las especies se aclimaten, esto es, para que las condiciones de la vida fisiológica sean próximamente iguales a las del país originario [Lobato 1874: 25].

La medicina del siglo XIX introdujo el concepto de “aclimatación” para definir la capacidad de superar las tensiones entre las características locales y la fisiología de individuos no nativos de esos lugares [Piña 1855: 25-29]. Se argumentaba que los humanos, a diferencia de otras especies, utilizaban su inteligencia, cultura y educación para mitigar los efectos climáticos; estaba la creencia que los seres humanos podían inducir adaptaciones orgánicas y resistir las influencias del clima mediante la adopción de un “régimen higiénico” adecuado al clima: “El problema de la aclimatación se debe reducir en gran parte al punto de vista de la higiene, para vencer los obstáculos que las condiciones físicas y meteorológicas producen sobre los individuos, como acostumbrados a vivir en otros climas y en otros continentes” [Lobato 1874: 27].

Así, la medicina estableció un enfoque “preventivo”, fundamentado en un análisis detallado de las “causas locales” y las “enfermedades locales” que impactaban el bienestar de individuos no nativos de esa geografía, quienes eran los principales protagonistas de la expansión europea.

¡Cuántos hombres fueron engullidos en las colonias, sufriendo por un clima devorador y por enfermedades de las que no podían escapar porque las causas les eran ocultas, que no habrían muerto si hubieran estado equi-

pados con suficientes conocimientos locales para rescatarse de las terribles influencias! [Bonnafont 1839: vi].

¿Cómo se aconsejaba aclimatarse en regiones tropicales a alguien de clima frío o templado? El “régimen higiénico arreglado al clima” recomendaba una meticulosa regulación de costumbres para prevenir o reducir la irritabilidad orgánica que, a menudo, desencadenaba episodios febriles. El doctor Lobato sugería evitar emociones fuertes y adherirse a costumbres sencillas y vigorosas; recomendaba precaución con estímulos como el alcohol y el café en climas ecuatoriales, debido a su potencial para inducir excitabilidad y, en el caso del alcohol, riesgo de alcoholismo [Lobato 1874: 20, 54].

Se recomendaba moderar el consumo de novelas eróticas y evitar los excesos alimenticios. En los trópicos, aconsejaba reducir la ingesta de “carnes negras” y especias —pues podrían ser irritantes— y aumentar el consumo de vegetales locales como maíz, elotes y calabaza. El chile, beneficioso contra enfermedades estomacales, debía consumirse con moderación inicialmente para prevenir efectos negativos [Sigaud 1844: 89-107]. A pesar de estas recomendaciones de moderación, se alertaba a los extranjeros sobre no llevarlas al extremo, con la intención de evitar problemas como la anemia. La perspectiva médica reconocía que las costumbres y la civilización generaban necesidades dietéticas, específicas en europeos y criollos, a diferencia de los nativos en regiones tropicales, quienes tenían una mayor adaptación a la moderación en alimentos y bebidas.

Otro factor clave para la aclimatación en zonas tropicales era la temporada de llegada. En el Golfo de México, en puertos como Veracruz, Matamoros, Tampico, Tuxpan, Alvarado y Progreso, el invierno se consideraba ideal para comenzar la aclimatación porque permitía una adaptación gradual, evitando enfermedades como el paludismo y la fiebre amarilla, más comunes en primavera y verano. En contraste, en los puertos del Pacífico como Acapulco, Manzanillo, San Blas, Mazatlán, Guaymas y La Paz, las fiebres predominaban únicamente en verano [Lobato 1874: 23].

La aclimatación de extranjeros en el trópico generalmente requería hasta cuatro años. Durante este tiempo era aconsejable a los recién llegados de climas templados o fríos seguir estrictamente un régimen higiénico para minimizar su susceptibilidad a enfermedades endémicas. Con el cumplimiento de estas prácticas, existía la creencia que los extranjeros podrían eventualmente adaptarse completamente y vivir con la misma naturalidad y resistencia que los habitantes locales.

CONSIDERACIONES FINALES

La consolidación de la medicina científica durante el siglo XIX marcó un periodo significativo en la historia de la medicina, pues no sólo implicó avances en el tratamiento y la comprensión de las enfermedades, sino también una creciente integración de la medicina con cuestiones de política y economía. Una idea clave emergente en esta era fue la conexión entre el entorno geográfico y climático y la salud humana.

Bajo el concepto que el clima, la altitud y la humedad podrían influir significativamente en la salud permitió a los médicos y científicos de la época explorar cómo esos factores afectaban no sólo la incidencia y el tipo de enfermedades, sino a la adaptación y evolución de las poblaciones en diferentes entornos. Dicho enfoque tenía implicaciones directas para las políticas coloniales y de expansión europea. Al entender mejor cómo el ambiente podía afectar la salud, las potencias europeas podían planificar mejor sus estrategias de colonización y manejo de las poblaciones locales.

La medicina del siglo XIX utilizó estos conceptos para fundamentar teorías sobre la diversidad fenotípica y cultural, con el deseo de vincular características físicas y culturales de los pueblos no europeos a sus entornos geográficos específicos. Así, se reforzaba la narrativa que ciertos grupos estaban biológicamente adaptados a determinados climas, por ende, más o menos susceptibles a ciertas enfermedades, incluso influyó en las teorías de la migración y la predisposición de diferentes grupos étnicos a enfermedades particulares, con vastas consecuencias para la medicina, la política y la sociedad.

Empíricamente, los médicos se presentaron ante la necesidad de entender y categorizar las nuevas realidades encontradas en los territorios colonizados, así, emprendieron esfuerzos por documentar condiciones geográficas y médicas en distintas regiones; como consecuencia, dejaron valiosos registros de flora, fauna y cultura de áreas que se integraron a la economía mundial como fuentes de recursos y fuerza laboral. La documentación, además, constituyó una herramienta para la gobernabilidad y el control administrativo, incluso para la expansión y sostenibilidad de las actividades económicas.

Este encuentro con “el otro”, desde perspectivas geográficas, biológicas y humanas, llevó a una reevaluación de las ideas sobre salud y enfermedad. Al adentrarse en ambientes percibidos como hostiles y distintos, las percepciones médicas se transformaron. La naturaleza “ajena”, por ende, los cuerpos de las poblaciones locales se convirtieron en elementos para la comprensión de la salud y la enfermedad en el pensamiento médico del

momento. Los territorios ultramarinos, ricos en biodiversidad y recursos para la industrialización, eran simultáneamente percibidos como entornos potencialmente peligrosos.

Así, durante el siglo XIX la medicina se consagró como medio para descifrar, dominar y colonizar estos espacios. Comprender las enfermedades prevalentes y desarrollar estrategias efectivas para combatirlas tenía múltiples beneficios. No sólo podría proteger a fuerzas armadas, exploradores, misioneros, colonos y comerciantes, sino asegurar una fuerza laboral robusta y eficaz. Dicho conocimiento vital, además, buscaba la continuidad de operaciones en los puertos, esenciales núcleos comerciales que impulsaban la economía en gran escala.

En el presente artículo se argumenta que la relación entre geografía, clima y seres humanos dividió el imaginario médico del siglo XIX en dos categorías: lugares sanos e insanos. Esta división, a mediano y largo plazo, consolidó las narrativas europeas sobre supremacía y progreso. Para diseñar sus prácticas, la medicina se basaba en que los europeos y criollos tenían necesidades distintas en costumbres y modos de vida, frente a los habitantes nativos de regiones tropicales; había una percepción diferenciada y jerarquizada entre los grupos, donde la medicina buscaba adaptar y “normalizar” a los extranjeros a las condiciones del trópico para “dominar” el clima.

En resumen, a partir del análisis de las geografías médicas, en este trabajo se han sintetizado cuatro ideas sobre la relación entre el ser humano y la naturaleza en el pensamiento médico del siglo XIX. Las ideas se basan en la noción de “excepcionalismo” humano, propia de la época moderna, al sostener que los seres humanos tienen un estatus especial en la naturaleza y hacen uso de las fuerzas de la civilización para dominarla, la medicina es una de esas fuerzas. Las ideas son:

1. Perspectivas sobre clima y supremacía. Se pensaba que el clima templado europeo forjaba sociedades vigorosas, mientras que los climas cálidos propiciaban pasividad y despotismo. Estas ideas respaldaban la supuesta superioridad europea y justificaban el colonialismo. En contraste, los trópicos eran vistos como lugares ricos pero peligrosos, que necesitaban ser controlados por Europa.

2. Patologización del espacio. Esta idea implicó la división del mundo en dos universos distintos —zonas templadas y zonas tropicales. Las zonas templadas eran consideradas moderadas, mientras que las zonas tropicales eran abundantes, exóticas y para el hombre blanco eran peligrosas desde el punto de vista de la salud. Cada lugar era considerado con su propio conjunto de enfermedades y condiciones nosológicas específicas.

3. Correspondencia entre clima y raza. Se creía que cada clima tenía su propia flora, fauna y población específica. La medicina decimonónica sostuvo que el clima ejercía influencia en las actividades y prácticas sociales de sus habitantes, cuando establecía una conexión entre el clima y la raza.

4. Aclimatación. La relación entre el clima y las personas era dinámica e implicaba adaptaciones. La medicina se consideraba una herramienta para facilitar y mejorar dicha adaptación, pues permitía a los individuos ajustarse al entorno climático de manera más exitosa.

Para concluir, la medicina del siglo XIX, además de una ciencia y una tecnología sanitaria, se convirtió en una herramienta estratégica que interactuó con los discursos políticos, sociales y económicos de la era colonial e imperial europea. Estas concepciones sobre clima, geografía y raza no sólo impactaron el entendimiento de la salud y la enfermedad, sino que dieron forma a las dinámicas de poder y control en territorios ultramarinos.

Desde la perspectiva americana, se aprecia una clara influencia de las ideas médicas europeas del siglo XIX. Los médicos de las regiones tropicales, buscaban integrarse en las economías globales, se adoptaron y adaptaron las prácticas y teorías médicas europeas, sin embargo, en lugar de cuestionar o alterar su estructura fundamental, sólo enriquecieron las teorías europeas al incorporar sus conocimientos de las condiciones empíricas locales. Demostraron cómo, incluso en contextos geográficos y culturales diferentes, prevalecía la influencia del pensamiento médico europeo al reforzar los conceptos sobre la relación entre el hombre y la naturaleza.

Si se mira retrospectivamente, es esencial reconocer cómo estas nociones han influido en las percepciones contemporáneas y de qué manera la historia médica se entrelaza con la narrativa más amplia del colonialismo, la supremacía y la adaptación humana.

REFERENCIAS

Annesley, James

1825 *Sketches of the most prevalent diseases of India*. Underwood. Londres.

Arnold, David

2000 *La naturaleza como problema histórico: El medio, la cultura y la expansión de Europa*. Fondo de Cultura Económica. México.

Bhattacharya, Nandini

2012 *Contagion and Enclaves. Tropical Medicine in Colonial India*. Liverpool University Press. Liverpool.

Bonnafont, Jean-Pierre

1839 *Geographie medicale d'Alger et ses environs*. Brachet. París.

Bordier, Arthur

1884 *La géographie médicale*. Reinwald. París.

Boudin, Jean

1843 *Essai de géographie médicale, ou Études sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies*. Garmer. París.

1857 *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques*. J.-B. Baillière et fils. París.

1864 *Sur l'acclimatement [suite]*. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 5 (1): 828-845. <<https://doi.org/10.3406/bmsap.1864.6705>>. Consultado el 9 de mayo de 2023.

Cantón, Eliseo

1891 *El paludismo y su geografía médica en la República Argentina*. Impr. La Universidad. Buenos Aires.

Casco Solís, Juan

2001 Las topografías médicas: Revisión y cronología. *Asclepio*, 53 (1): 213-244.

Chalhoub, Sidney

1996 *Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial*. Companhia das Letras. San Pablo.

Codorniú y Nieto, Antonio

1857 *Topografía médica de las islas Filipinas*. Impr. A. Gomes Fuentenebro. Madrid.

Coindet, Leon

1867 *Le Mexique considéré au point de vue médico-chirurgical*. V. Rozier. París.

Douglas, John

1819 *Medical topography of Upper Canada*. Burgess and Hill. Londres.

Drake, Daniel, Samuel Smith y Francis Smith

1854 *A systematic treatise, historical, etiological, and practical: on the principal diseases of the interior valley of North America, as they appear in the Caucasian, Afri-*

can, Indian, and Esquimaux varieties of its population. Lippincott, Grambo & Co. Filadelfia.

Dumont, Henry

1875 *Ensayo de una historia médico-quirúrgica de la isla de Puerto Rico.* Imp. «La Antilla.» de N. Cacho-Negrete. La Habana.

El tiempo. Diario Católico

1888 Una iniciativa de la Secretaría de Fomento, VI (1592), 20 de diciembre.

Gache, Samuel

1895 *Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique.* A. Etchepareborda. Nueva York.

Galafassi, Guido

2001 Las preocupaciones por la relación Naturaleza-Sociedad. Ideas y teorías en los siglos XIX y XX. Una primera aproximación. *Theomai*, 3. <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12400311>>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.

Garciadiego, Salvador

1892 *Geografía médica de Guadalajara.* Oficina tip. del gobierno. México.

Grant, Charles

1882 *West African hygiene, or, hints on the preservation of health and the treatment of tropical diseases, more especially on the west coast of Africa.* Printed for the Colonial Office by G. Wright. Londres.

Gulick, Luther

1855 *The climate, diseases and materia medica of the Hawaiian Islands.* Holman & Gray printers. Nueva York.

Harrison, Mark

2000 Differences of degree: Representations of India in British medical topography, 1820-1870. *Medical History*, 44 (S20): 51-69.

Horner, Gustavus

1845 *Medical topography of Brazil and Uruguay.* Lindsay & Blakiston. Filadelfia.

Horton, James Africanus

1859 *The medical topography of the west coast of Africa: With sketches of its botany.* John Churchill. Londres.

Humboldt, Alexander von

1876 *Cosmos; ensayo de una descripción física del mundo.* Gaspar y Piog. Madrid.

Izaguirre, Roberto

1892 Apuntes para la geografía médica mexicana. *Gaceta Médica de México*, XXVIII (12), diciembre: 68-71.

Jourdanet, Denis

1861a *De Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme.* Baillièere brothers. París.

1861b *Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers au point de vue de la constitution médicale.* Baillièrè brothers. París.

1864 *Le Mexique et l'Amérique tropicale: Climats, hygiène et maladies.* J.B. Baillièrè. París.

Katz, Eric

1995 Imperialism and environmentalism. *Social Theory and Practice*, 21 (2): 271-285. <<https://www.jstor.org/stable/23557118>>. Consultado el 1 de diciembre de 2021.

Le Borgne, Jean Paul

1872 *Géographie médicale de l'archipel des Iles Gambier [Océanie].* Impr. A Parent. París.

Liceaga, Eduardo

1878 Informe de gestiones como presidente de la Academia de Medicina de México relativo a 1878. *Gaceta Médica de México*, XIII (29): 561-570.

Lind, James

1777 *An essay on diseases incidental to Europeans in hot climates. With the method of preventing their fatal consequences.* T. Becket. Londres.

Lobato, José Guadalupe

1874 *Consideraciones generales sobre la geografía.* Impr. de J. M. A. Ortiz. México.

Martínez Calleja, Francisco

1892 Climatología del estado de Tamaulipas. *Gaceta Médica de México*, xxviii (12), diciembre.

Matienzo, Antonio

1892 Geografía y climatología médica nacional. *Gaceta Médica de México*, xviii (12), diciembre.

McNeill, John Robert

2003 *Algo nuevo bajo el sol: historia medioambiental del mundo en el siglo xx.* Alianza Editorial. Madrid.

Morales Pereira, Samuel y Secundino Sosa

1888 *Puebla: su higiene, sus enfermedades.* Secretaría de Fomento. México.

Naraindas, Haris

1996 Poisons, putrescence and the weather: A genealogy of the advent of Tropical Medicine. *Contributions to Indian Sociology*, 30 (1): 1-35.

Numbers, Ronald

2000 Medical science before scientific medicine: Reflections on the history of medical geography. *Medical History*, 44 (S20): 217-220.

Orvañanos, Domingo

1889 *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana.* Secretaría de Fomento. México.

1892 Algunos datos de geografía médica de la municipalidad de Azcapotzalco. *Gaceta Médica de México*, xxviii (3), agosto.

Otero, Miguel

1894 Apuntes sobre el estudio del clima y enfermedades propias a la ciudad de San Luis Potosí. *Gaceta Médica de México*, xxxi (24), diciembre.

Piña y Peñuela, Ramón

1855 *Topografía médica de la isla de Cuba*. Impr. y encuadernación del Tiempo. La Habana.

Prat, Étienne

1869 *Topographie médicale de l'île de Taïti [Océanie]*. Toulon, F. Robert. París. *Diccionario de la lengua castellana, en que se explica el verdadero sentido de las voces, su naturaleza y calidad, con las frases o modos de hablar, los proverbios o refranes, y otras cosas convenientes al uso de la lengua [...]*.

Real Academia Española

1729 *Compuesto por la Real Academia Española*. Tomo segundo. Que contiene la letra C. Imprenta de Francisco del Hierro. Madrid. <<https://apps.rae.es/ntile/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.9.0.0.0>>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.

Ribeiro, Darcy

1982 *El proceso civilizatorio: De la revolución agrícola a la termonuclear*. Extemporáneos. México.

Ribeiro, Gustavo Lins

2004 Tropicalismo y europeísmo. Modos de representar a Brasil y Argentina, en *La antropología brasileña contemporánea: Contribuciones para un diálogo latinoamericano*, Alejandro Grimson, Gustavo Lins Ribeiro y Pablo Semán (coords.). Prometeo. Buenos Aires: 165-195.

Rodríguez Rivera, Ramón y José Ramírez

1886 *Noticias climatológicas de la república: recopiladas por la secretaría de fomento para la formación de la geografía médica mexicana*. Secretaría de Fomento. México.

Saint-Vel, Octave

1868 *Traité des maladies des régions intertropicales*. Adrien Delahaye. París.

Sapper, Karl

1896 *Sobre la geografía física y la geología de la península de Yucatán*. Oficina tip. de la Secretaría de Fomento. México.

Selsis, Pierre

1880 *Etudes pour servir a l'histoire de la fièvre jaune ou vomito dans l'île de Cuba*. Conseils aux emigrants. París.

Shackleton, Robert

1955 The Evolution of Montesquieu's Theory of Climate. *Revue Internationale de Philosophie*, 9 (33/34) (3/4): 31-329.

Sigaud, Joseph Françoise Xavier

1844 *Du climat et des maladies du Brésil; ou, Statistique médicale de cet empire*. Fortin. París.

Stepan, Nancy

2001 *Picturing Tropical Nature*. Reaktion Books. Londres.

Townsend, Peter

1826 *Memoir on the topography, weather, and diseases of the Bahama islands*. J. Seymour Printer. Nueva York.

Unanue, Hipólito et al.

1815 *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*. Imprenta de Sancha. Lima.

Vittori, Girolamo

1609 *Tesoro de las tres lenguas francesa, italiana y española. Thresor des trois langues françoise, italienne et espagnolle* Philippe Albert & Alexandre Pernet. Ginebra. <<https://apps.rae.es/ntile/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.9.0.0.0>>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.

Zerolo, Elias

1895 *Diccionario enciclopédico de la lengua castellana*. Garnier hermanos París. <<https://apps.rae.es/ntile/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.9.0.0.0>>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.