

## Medidas preventivas contra la fiebre amarilla a principios del siglo XIX<sup>1</sup>

La historia de las epidemias, por desgracia, ha recobrado un intenso interés por parte de la sociedad con motivo del impacto global de la COVID-19 en términos demográficos, económicos y sociales. Esta es una de las razones que justifican la elección de este documento para ser expuesto como documento del mes en el archivo histórico provincial. En él se detallan las disposiciones que debían cumplir las distintas instituciones y vecinos de la ciudad de Granada para evitar la entrada y propagación de la fiebre amarilla en la ciudad en el año 1803. Antes de pasar a comentar el contenido del texto, en los siguientes párrafos se exponen algunos elementos que pretenden ayudar a contextualizarlo y facilitar su comprensión.

La expansión de los contagios en las epidemias se ha visto facilitada por el intercambio comercial y ha encontrado en las grandes concentraciones humanas y la urbanización un gran aliado para su desarrollo. Este es el caso de conocidas pandemias como la peste negra, la gripe de 1918 o el ciclo epidémico de fiebre amarilla con el que está relacionado este documento histórico. Las epidemias de fiebre amarilla en la península ibérica estuvieron vinculadas a la apertura comercial y, en concreto, a la configuración de un sistema comercial atlántico por donde se movían personas y mercancías, pero también agentes patógenos. Entre otros factores, la intensificación del comercio colonial hizo que, ya en el siglo XVIII, la enfermedad llegase a los puertos europeos.

Si bien durante el siglo XVIII los episodios de fiebre amarilla en la Península Ibérica se habían concentrado en Cádiz, con la liberalización del comercio colonial durante las primeras décadas del siglo XIX se produce una dispersión geográfica de la incidencia, además de un aumento de su frecuencia. Así, a comienzos del siglo XIX, la fiebre amarilla se había convertido en una de las principales amenazas a las que se enfrentaba la sanidad española, teniendo una gran incidencia en las costas andaluzas durante la primera década del siglo XIX y, en general, en todo el Mediterráneo español a lo largo de las dos siguientes.

Los estragos de los brotes epidémicos de fiebre amarilla, especialmente cuando afectan a poblaciones sin ningún grado de inmunidad adquirida, son comparables a los sufridos durante las epidemias de peste, tan características de los siglos anteriores. Sin embargo, entre ambas existió una diferencia fundamental: la fiebre amarilla fue un fenómeno esencialmente urbano, que afectó a zonas costeras, mientras que la peste afectó tanto a las ciudades como a la gran mayoría de poblaciones dispersas. Por esta razón, el impacto demográfico a nivel nacional de la fiebre amarilla no fue tan importante, aún teniendo consecuencias devastadoras en determinadas localidades.

En España, durante el siglo XVIII y hasta la llegada del liberalismo, el sistema sanitario se restringía básicamente a la protección de la salud de la población frente a enfermedades catastróficas o epidémicas. El temor a la propagación de la fiebre amarilla creó una situación de urgencia sanitaria y determinó la extensión del sistema de juntas sanitarias<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Este comentario se apoya en gran medida en el artículo “Epidemia, economía atlántica y aprendizaje social. La fiebre amarilla en España” elaborado por Víctor Luque de Haro, Andrés Sánchez Picón y José Joaquín García Gómez, actualmente en proceso de revisión para su publicación.

<sup>2</sup> Mediante la Real Orden del 30 de septiembre de 1800, se instauraron juntas de sanidad en todas las capitales de provincia y en las localidades cabeza de partido judicial, añadiéndose a las ya existentes desde al menos 1720. La base de este sistema eran las juntas de sanidad local, compuestas por miembros del gobierno de la ciudad y por profesionales y especialistas sanitarios y personal auxiliar. Su misión principal era la de proteger la salud de la población ante la amenaza epidémica, para lo cual se servían de sus facultades ejecutivas, teniendo capacidad de imponer penas directamente a los infractores de sus normas.

En las primeras décadas del siglo XIX, la causa de esta enfermedad y sus mecanismos de propagación solían atribuirse a influencias atmosféricas, miasmáticas y meteorológicas, pero en ningún caso a la picadura vector de la enfermedad, el mosquito *Aedes aegypti*. Con todo, algunas de las recomendaciones propuestas por la teoría médica dominante, se centraban en aspectos que realmente tenían influencia en el desarrollo de la misma, lo que condujo a intervenciones preventivas efectivas. De hecho, pese a los notables avances científicos que hemos acumulado en los últimos siglos, encontraremos notables paralelismos entre las medidas llevadas a cabo en la actual crisis sanitaria y algunas de las disposiciones recogidas en este documento histórico.

Como menciona el primer párrafo del documento, las providencias que en él se recogen tienen su origen en las que fueron dictadas por la Junta mayor de Sanidad durante el ciclo epidémico de 1800. En ese año se produjo en España la primera epidemia de fiebre amarilla con alcance en más de un núcleo de importancia. Entre las localidades afectadas destacaron por su magnitud los casos de Cádiz, Sevilla y Jerez. Al año siguiente, la enfermedad afectó a los habitantes de Medina Sidonia, y en 1803 a los de Málaga y Barcelona. El brote acaecido en Málaga comenzó a finales de agosto de 1803, se prolongó hasta diciembre de ese mismo año y fue de notable magnitud (en él se estima que fallecieron 6.884 personas, más de un 133 % de la población de la ciudad en aquella época). Esta situación provocó que las autoridades sanitarias trataran de tomar precauciones para evitar que la infección se contagiase a nuevos territorios.

En el documento expuesto, entre las medidas preventivas que se incluyen destacan los siguientes temas:

1. El control de la entrada de personas, animales y demás objetos personales o mercancías (Ver a modo de ejemplo los puntos 1, 2, 3, 4 y 5 del documento).
2. Se observan repetidas alusiones al brote malagueño y a la mayor cautela que se debía emplear con aquellas personas, animales o efectos que procedieran de dicha ciudad o hubiesen tenido algún contacto con ella (Ver puntos 2, 3, 12 y 26).
3. Establecimiento de lugares para que los recién llegados cumplieren un periodo de cuarentena preventiva con el objeto de comprobar si se desarrolla en ellos la enfermedad (Ver puntos 2, 3, 4, 6 y 7).
4. Tratamiento de los individuos enfermos en el hospital y el lazareto habilitados (Ver puntos 3, 8 y 9).
5. El deber de informar a las autoridades por parte de los médicos de todos aquellos enfermos que asistan y que procediesen o hubiesen estado en contacto con alguien de allí o, aun no habiendo sospechas de contacto, de aquellos vecinos que tuvieran síntomas de enfermedad contagiosa (Ver puntos 12, 13, 14, 15 y 16).
6. El deber de informar a las autoridades por parte de los vecinos en general, de los encargados de establecimientos de hospedaje públicos, así como de aquellos que regentan negocios de hospedaje sobre todas aquellas personas alojadas en los mismos, así como del lugar de procedencia y de su estado de salud (Ver puntos 20, 21, 22, 23, 24 y 25).
7. En el texto se observa la importancia de los estamentos sociales propia del Antiguo Régimen. Así, se establece un trato diferencial, en relación con las obligaciones y a las sanciones en caso de incumplimiento, según la clase social<sup>3</sup>.

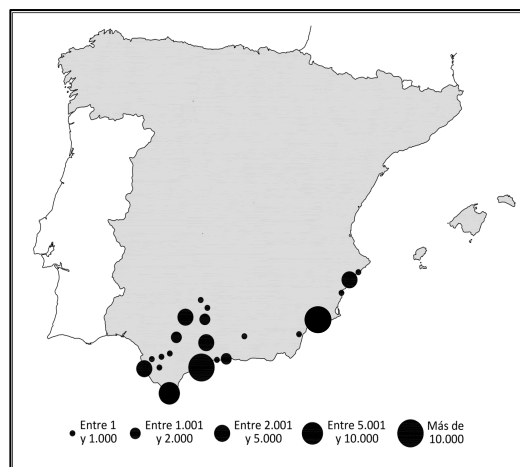
---

<sup>3</sup> Véase a modo de ejemplo en punto 23, en el que se prohíbe que cualquier vecino, *sea del estado, clase y condición que fuese, admita en sus casas pasajero alguno sin que entregue voleta de la diputación de las*

8. También hay varios puntos que se refieren a la necesidad de intensificar las labores de limpieza, para lo que se recomienda, entre otros aspectos, la utilización de cal viva y la prohibición de sacar a los cerdos al exterior (Ver puntos 27, 28, 29, 30, 31 y 32).
9. Asegurar el abastecimiento de agua “con la abundancia y limpieza posible (Ver punto 33).
10. La gratificación que recibirán aquellos que denuncien el incumplimiento de las normas (Ver punto 34).
11. Los medios humanos y materiales que se destinarán a la guarda de las puertas y el establecimiento de un cordón sanitario para evitar toda entrada sin licencia (Ver puntos 35 y 36).

La eficacia que tuvieron estas medidas en la prevención de la entrada de la enfermedad en la ciudad es difícil de valorar. Lo que sí que sabemos es que durante el año 1803 Granada consiguió evitar el contagio. Sin embargo, un año más tarde, durante el ciclo epidémico de 1804, la ciudad de Granada se vio afectada por dicha enfermedad, ocasionando un total de 306 fallecidos, un 5,57 % de la población. Como podemos ver en la figura 1, el impacto que tuvo en esta ciudad fue notablemente inferior al que tuvo en otras ciudades. Durante este año la fiebre amarilla afectó al menos a 25 poblaciones del Sur y el Sureste peninsular, provocando más de 48.300 defunciones. Destacan por el mayor número de fallecidos los episodios de Málaga y Cartagena –11.464 y 11.445 respectivamente–.

**Figura 1. Localidades afectadas por la fiebre amarilla durante el ciclo epidémico de 1804 y magnitud de los brotes (número de fallecidos)**



Fuente: Ver texto

Víctor Antonio Luque de Haro (vld417@ual.es)  
 Departamento de Economía y Empresa  
 Área de Historia e Instituciones Económicas  
 Universidad de Almería

---

*puertas*. Sin embargo, las penas en caso de incumplimiento consistían en seis años de presidio para los del pueblo llano y obligación de servicio militar o multa de 1.000 ducados para los individuos pertenecientes a la nobleza.