

Las epidemias de fiebre amarilla en Gibraltar. Historia y semejanzas con una experiencia reciente

Juan Manuel Torres León

Recibido: 23 de septiembre de 2023 / Revisado: 10 de octubre de 2023 / Aceptado: 10 de diciembre de 2023 / Publicado: 8 de octubre de 2024

RESUMEN

Las epidemias de fiebre amarilla sufridas en Gibraltar durante el primer tercio del siglo XIX, tuvieron unas características singulares derivadas del limitado territorio del Peñón, su gobierno por una autoridad militar inglesa y la importancia del tráfico marítimo. Las teorías de la época sobre su origen y forma de transmisión, las medidas sanitarias que se adoptaron y las consecuencias sociales y políticas de estos brotes epidémicos nos ayudan a acercarnos a la historia de la que por entonces era ciudad-guarnición. Además, se confronta lo allí sucedido con parte de lo acontecido en la pandemia que recientemente hemos vivido.

Palabras clave: fiebre amarilla, Gibraltar, COVID.

ABSTRACT

The yellow fever epidemics suffered in Gibraltar during the first third of the 19th century had unique characteristics due to the limited territory of the Rock, its government by an English military authority and the importance of maritime traffic. The theories of the time on the origin and mode of transmission, the sanitary measures adopted and the social and political consequences of these epidemic outbreaks help us to get a closer look at the history of what was then a garrison city. In addition, what happened there is compared with part of what happened in the pandemic we have recently experienced.

Keywords: yellow fever, Gibraltar, COVID.

1. INTRODUCCIÓN

La fiebre amarilla visitó por primera vez España a principios del XVIII. Durante este siglo, repetidas epidemias alcanzaron la ciudad de Cádiz y otras poblaciones como Málaga y Santa Cruz de Tenerife. No fue hasta el primer tercio del XIX cuando tuvieron mayor trascendencia por su propagación a las principales ciudades portuarias del suroeste peninsular, las costas del entorno malagueño y levantino y Cataluña. Estas localidades sufrieron un ciclo de epidemias difícilmente controladas en su origen ya que, por lo general, se propagaban a pueblos vecinos.

Los datos sobre la enfermedad justifican el temor que infundía a la población. En 1800 la epidemia de Cádiz, que se extendió a Sevilla, otras localidades de la costa y el interior gaditano, produjo más de 60.000 defunciones. En

Málaga la epidemia de 1804, y su propagación a otros municipios malagueños, granadinos y cordobeses, produjo entre 30.000 y 40.000 muertes. La última gran epidemia en España fue la de Barcelona en 1821 que, solo en la capital, ocasionó 20.000 fallecimientos.

No hay registros oficiales sobre la incidencia de fiebre amarilla en las poblaciones que hoy integran el Campo de Gibraltar. Las principales referencias las encontramos en textos publicados por médicos que atendieron a las ciudades cercanas a esta comarca y, en alguna ocasión, a las del propio Campo de Gibraltar.

En Los Barrios, se describió una epidemia de fiebre amarilla en 1804 tras la llegada de un grupo de soldados infectados desde Cádiz. El hecho lo recogió el médico Tadeo Lafuente que, en funciones de inspector de salud, atendió a



Lámina 1. Gibraltar desde el norte. En las epidemias, fue común instalar lazaretos para recluir a los enfermos en el istmo. Se hacía en la mal llamada “zona neutral”, territorio español que, paulatinamente, fue ocupado por las autoridades del Peñón. En la actualidad se encuentran en esta zona el aeropuerto, los cementerios Judío, Hebreo, Islámico y de la Guarnición, entre otras instalaciones. Imagen de Google Earth

la población y contabilizó 112 fallecimientos entre octubre y noviembre.¹ En el caso de Algeciras la información es muy vaga y no parece que existieran brotes importantes por esta enfermedad.² Sobre su presencia en San Roque existe la reseña de 5 contagios en 1804, tras la llegada de una persona infectada procedente de Algeciras. Más preciso es el dato sobre Jimena de la Frontera, que refleja la muerte de 50 vecinos de los 7.500 habitantes del pueblo durante octubre y diciembre de 1804.³ Es probable que también hubiera fiebre amarilla en Tarifa si tenemos en cuenta el elevado número de defunciones en 1805 y 1806.

Contrasta esta escasa incidencia con la de la vecina Gibraltar afectada por fiebre amarilla en cinco ocasiones, con especial virulencia los años 1804 y 1828. Su condición de guarnición extranjera bajo control militar con puerto

comercial y logístico, hacen del Peñón un lugar único para revisar las medidas preventivas que se adoptaron y la repercusión social y política que tuvieron estas epidemias.

2. UNA MISTERIOSA ENFERMEDAD TRANSATLÁNTICA

A principios del XIX la fiebre amarilla planteaban dos incógnitas, la primera si la enfermedad era o no contagiosa y la segunda si su origen era local o importado. El conocimiento de la época, carente de razonamiento científico y experimental, ofrecía dos explicaciones contrapuestas sobre la forma en que se producían las epidemias.

La teoría contagionista defendía que su causa era alguna materia u organismo viviente, que por el aire pasaba de los enfermos a los sanos. Por el contrario, la teoría anticontagionista atribuía el origen de las epidemias a unas emisiones aéreas,

1 En su obra Tadeo Lafuente relata dos hallazgos a los que da la máxima importancia para detener la epidemia en Los Barrios. La creación de un lazareto alejado del pueblo construido con pequeñas chozas bien ventiladas y el éxito del tratamiento con quina. Esta segunda afirmación hace que el citado brote nos ofrezca algunas dudas en cuanto a su etiología ya que la quina no es un tratamiento eficaz frente a la fiebre amarilla.

2 El doctor Aréjula nos dice que la fiebre amarilla “también corrió por Algeciras según tuve noticias”.

3 El doctor Aréjula recoge en su obra datos de pueblos del reino de España que padecieron fiebre amarilla en torno a 1804 y refleja número de habitante, fecha de inicio y fin de cada brote y número de fallecidos.

flotantes e impalpables denominadas miasmas, que eran producto de la descomposición de animales o vegetales. Además, existían posturas intermedias como las que consideraban que las miasmas podían transmitirse entre personas, o las que aplicaban una teoría u otra según el tipo de enfermedad.

La segunda incógnita también ofrecía dos respuestas. Los contagionistas respaldaban la idea de su importación porque la enfermedad era semejante a un padecimiento epidémico que, desde muchos años antes, se presentaba en las Indias Occidentales y, porque muchos brotes se producían con la llegada de algún barco desde el nuevo mundo que traía algún marinero enfermo. Por contra, los anticontagionistas creían que la enfermedad era endémica y que su origen estaba en algún foco de insalubridad emisor de miasmas, que persistían en el aire gracias a unas favorables condiciones meteorológicas.

Ninguna epidemia como la fiebre amarilla avivó tanto el debate entre contagionistas y anticontagionistas. El desconocido mecanismo de transmisión, su aparición condicionada a un rango de temperatura, la preferencia de los primeros casos por viviendas hacinadas y su propagación entre personas próximas, fueron razones apoyadas o cuestionadas por los partidarios de una u otra hipótesis para armarse de razones en su defensa.

La controversia no estaba exenta de efectos económicos. El contagionismo promovía cuarentenas, cordones sanitarios y lazaretos. Estas medidas restringían el comercio y las relaciones marítimas y terrestres, y con ello perjudicaban la economía de las ciudades. Los anticontagionistas defendían acciones contra el hacinamiento, mejorar el alcantarillado, alejar los cementerios de las ciudades o “depurar” el agua y los alimentos. Para los anticontagionistas, las cuarentenas eran ineficaces y argumentaban las pérdidas económicas como una razón más frente

al contagionismo. El trasfondo de la discusión caló tanto, que el anticontagionismo se asoció a las políticas liberales y el contagionismo a una concepción burócrata y absolutista de gobierno.⁴

La clave sobre la causa de la fiebre amarilla no llegó hasta 1881, cuando el médico cubano Carlos Finlay presentó su teoría de la transmisión de la enfermedad por la hembra del mosquito *Aedes aegypti*.⁵ El posterior aislamiento del virus y el descubrimiento de la vacuna zanjaron definitivamente la cuestión.

De la mano de estos hallazgos, llegó la explicación sobre el recorrido de la fiebre amarilla entre continentes. Los mosquitos infectados por el virus habrían viajado aprovechando los barcos esclavistas que partían desde el golfo de Guinea, donde la enfermedad era endémica, hasta la isla de Barbados. Durante el viaje, la picadura a los marineros alimentaba a los mosquitos y la sentina de los barcos era aprovechada para depositar sus huevos infectados. Desde Barbados la enfermedad llegó al Caribe y parte del nuevo continente. En un viaje trasatlántico, el mosquito aprovechó el comercio con América para cruzar repetidamente el océano y causar las epidemias que asolaron las principales ciudades del sur y este peninsular.

3. LA GESTIÓN DE LAS EPIDEMIAS POR FIEBRE AMARILLA EN GIBRALTAR

La primera gran epidemia de fiebre amarilla en Gibraltar, y también la más funesta, aconteció en 1804. Por entonces la guarnición contaba en torno a 3.500 militares, algunos con esposa e hijos. Respecto a la población civil, el censo de 1787 la cifraba en 3.386, pero el número se había incrementado como consecuencia de la inmigración atraída por la transformación de esta pequeña ciudad-guarnición en un importante enclave comercial marítimo.⁶ El rápido incremento de habitantes y la limitada extensión territorial aumentó la densidad de población

4 En España y Francia la teoría oficial predominante fue la contagionista, aunque no sin una cierta polémica científica. En Francia, esta postura fue combatida por médicos de gran prestigio y en España las discrepancias entre los médicos se pusieron de manifiesto en la epidemia de Barcelona de 1821, en pleno trienio liberal. Finalmente, a mediados del siglo XIX, la teoría anticontagionista se impuso en Europa y las cuarentenas se relajaron.

5 La hipótesis fue confirmada experimentalmente por la comisión estadounidense que al mando el oficial médico Walter Reed llegó a Cuba a principios de siglo XX.

6 Los datos sobre población civil en 1804 se prestan a discusión, unos informan que 14.000 civiles vivían entonces en la Peñón y otros estiman un número próximo a 10.000.

hasta el punto de favorecer el hacinamiento urbano.

La ciudad carecía de alcantarillado y de recogida de basura y, los patios de vecinos eran un tipo común de vivienda, por lo general mal ventilados y con aguas estancadas.⁷ La lluvia era la única fuente de agua potable autóctona por lo que su almacenamiento en cisternas, aljibes o tinajas eran la forma de asegurarse medianamente su abastecimiento. Este ambiente, junto a los veranos calurosos y secos, ofrecía unas condiciones ecológicas óptimas para la presencia y reproducción de los mosquitos vectores de la enfermedad.

Los primeros casos aparecieron a principios de septiembre.⁸ Días antes, y debido a la epidemia de Málaga, el vicegobernador Trigge había prohibido la comunicación terrestre con España, la relación por mar con puertos 5 leguas al este o al oeste de Málaga y una cuarentena de 5 días para cualquier barco llegado a Gibraltar.

Al comenzar la epidemia, el puesto de oficial médico jefe de la guarnición lo ejercía interinamente el doctor Nooth, que atribuyó la enfermedad a la “atmósfera pestilente” fruto de la sequía, el calor, la suciedad y los vapores emanados de un horno de cal. En su primer informe, a la máxima autoridad sanitaria militar inglesa, centraba su interés en no alarmar a la población y depositaba su esperanza en que la llegada de las lluvias erradicara la epidemia. Dos meses más tarde, expresaba con pesadumbre a su mando el poco éxito de las medidas adoptadas y el alarmante número de enfermos y fallecidos en los regimientos de Gibraltar.

A pesar de los intentos tranquilizadores, al igual que en otras ciudades españolas, la población recurrió a la huida, aunque en el caso de Gibraltar la escapatoria se limitaba al territorio del Peñón. Hubo familias que se asentaron en cuevas y bajo los acantilados. A finales de septiembre algunas unidades militares establecieron campamentos extramuros en la zona sur y otros recurrieron a barcos fondeados.

El hospital naval era entonces el único centro sanitario, de gran capacidad y escasamente ventilado, contribuyó más a propagar la epidemia que a aliviarla.

Aunque los civiles tenían un papel secundario en las decisiones de gobierno, se permitió la creación de un comité para la preservación de la salud pública constituido por 5 miembros, todos británicos. El informe del comité sobre la epidemia, culpaba al hacinamiento causado por la inmigración y proponía como solución el control migratorio y su reducción al indispensable. La comunidad judía fue especialmente señalada, probablemente con una intención más relacionada con su competitividad comercial que con el origen real de la epidemia.

El 18 de octubre se incorporaba el médico titular del puesto ocupado por Nooth. El doctor Pym, un firme contagionista, estaba familiarizado con estas epidemias por su experiencia en el Caribe como médico de la armada. Las disposiciones de Pym se basaron en dos principios: separar sanos de enfermos y emplear en el cuidado de los contagiados a personas que habían estado en las Indias Occidentales o que tenían el antecedente de haber pasado la enfermedad. Esta segunda medida era fruto de la observación de que quien padecía fiebre amarilla una vez, no la volvía a contraer. No todas sus recomendaciones fueron aceptadas por el vicegobernador, pero se impusieron cuarentenas estrictas y se habilitaron guardias sanitarios para evitar la llegada de pequeñas embarcaciones a la costa.

la Junta de Sanidad declaró el fin de la epidemia el 12 de enero de 1805. Aunque la Junta no se pronunció sobre el mecanismo de transmisión, sí aconsejó un conjunto de medidas que satisfacían tanto a contagionistas como anticontagionistas. Sus recomendaciones incluían disposiciones sobre higiene urbana y frente el hacinamiento, dividir la ciudad en distritos con un inspector de sanidad responsable, procedimientos de cuarentenas, instrucciones para detectar pronto la enfermedad, dar

⁷ Estas condiciones hacían que Gibraltar fuera conocida, entre los propios británicos, como la guarnición más sucia del imperio.

⁸ Unos atribuyen la introducción del virus a un comerciante de nombre Santo, residente en el patio de vecinos Boyd's building, que tras contagiarse en Cádiz volvió luego a Gibraltar, otros culpan a unos contrabandistas de Málaga, donde ese verano se había declarado una epidemia de fiebre amarilla.

autoridad a los guardias sanitarios y en caso de nuevas epidemias crear lazaretos para el aislamiento.

La epidemia de 1804 devastó Gibraltar. Las cifras de enfermos y fallecidos no son fiables porque ni existía censo el año de la epidemia, ni se registraron todas las muertes por el caos existente.⁹ Lo que sí parece constatado es que casi toda la población civil contrajo la enfermedad, y que en menor grado lo hizo la militar. Esto último puede deberse a cierto grado de inmunidad adquirida por los militares en destinos previos donde hubo presencia de fiebre amarilla.

En octubre de 1810 la fiebre regresó a Gibraltar. En esta ocasión coincidió con la llegada en septiembre de 4 barcos procedentes de Cartagena.¹⁰ En octubre aparecieron los primeros casos.¹¹ La experiencia de 1804 facilitó al doctor Pym que el vicegobernador Campbell, aceptara sus medidas frente a la epidemia. La principal tuvo que ver con la instalación de un lazareto en tiendas de campaña desplegadas en la zona neutral.¹² Para evitar la alarma, las tiendas se montaron bajo el ardid de un uso militar, pero su finalidad era albergar a enfermos y sospechosos de estar contagiados. Estos fueron trasladados durante la noche en carros conducidos por personas con el antecedente previo de haber padecido la enfermedad. Se ordenó la cuarentena del distrito afectado y sus vecinos eran revisados por un oficial médico que determinaba el traslado al lazareto si observaba signos de la enfermedad.

El uso de la zona neutral suponía para el vicegobernador una solución para la ubicación de una instalación sanitaria en un territorio

tan limitado, y además estimulaba la expansión de Gibraltar más allá del límite acordado en el tratado de Utrecht.¹³ El brote de 1810 se atajó pronto. Los datos publicados informan de la muerte de 17 civiles y 6 militares.

En 1813 aconteció la tercera epidemia de fiebre amarilla, esta vez se relacionó con el buque *Fortuna* procedente de Cádiz. La enfermedad se propagó con virulencia¹⁴ y obligó a las consabidas medidas de aislamiento y empleo de los que habían pasado la enfermedad en tareas que precisaban contacto con los enfermos. En diciembre se declaró el fin de la epidemia. Se comunicó el fallecimiento de 883 civiles y 441 militares.¹⁵

En el verano de 1814 repitió la epidemia con un foco del contagio identificado en un patio de vecinos. El brote finalizó en octubre y se cobró un número aproximado de 400 muertos. Es probable que a la relativa benevolencia de estas tres últimas epidemias contribuyera la inmunidad adquirida por la población en 1804.

En 1814 el general George Don sustituyó como vicegobernador a Campbell, fallecido por fiebre amarilla. Don vivió su primera epidemia de fiebre amarilla nada más llegar a Gibraltar y no dejó pasar esta circunstancia para establecer en 1815 un asentamiento fijo de barracas en la zona neutral. Este asentamiento fue aceptado por España por razones humanitarias en prevención de futuras epidemias, pero en la práctica significó a ocupación territorial británica del istmo. En 1816 se inauguró un hospital civil dividido en salas para protestantes, católicos y judíos.

En agosto de 1828, tras 14 años de ausencia, la fiebre amarilla volvía a Gibraltar. El virus

9 Los estadillos de la población militar parecen más seguros, pero tampoco concuerdan todos los números, Fellowes informaba que 2.759 militares habían contraído la enfermedad y que se habían producido 894 muertes, una publicación posterior reducía a 1.200 los enfermos de una guarnición estimada en 4.200 personas incluyendo militares y sus familias. En cuanto a la población civil los datos son más discordantes, Fellowes informaba de 4.864 muertes, pero una suscripción de ayuda a huérfanos en Londres realizaba la cuestación para "las más de 2.200 víctimas de la epidemia".

10 En dos de estos barcos viajaban desertores del ejército francés. Aquel verano Cartagena padeció un brote de fiebre amarilla y existía la sospecha de que algunos de los pasajeros llegaban contagiados.

11 Los primeros casos se detectaron esta vez en la zona del astillero y en dos batallones de veteranos ubicados en el extremo norte del peñón.

12 La zona neutral es el istmo que une el Peñón y la tierra firme española. Es un territorio que no aparece cedido por España en el artículo X del tratado de Utrecht de 1713.

13 El uso de la zona neutral se vio facilitada por la demolición inglesa de los fuertes españoles de San Felipe y Santa Bárbara en la parte norte del istmo en febrero de 1810, bajo el pretexto de que pudieran ser ocupadas por las tropas de Napoleón en pleno desarrollo de la guerra de independencia.

14 Al parecer otra vez desde el Boyd's building.

15 En esta epidemia merece la pena destacar la figura del médico de origen español Juan Cortez que, aunque carecía de formación académica supo identificar los primeros casos y hacerse cargo del lazareto establecido otra vez en la zona neutral.

encontró una población renovada y sin recuerdo inmunitario, lo cual favoreció una grave epidemia solo superada por la de 1804. Su origen coincidió con la llegada de dos buques desde La Habana,¹⁶ y aunque fueron sometidos a cuarentena, no se pudo evitar que la fiebre amarilla acabara por desembarcar en la ciudad.

En septiembre, una vez que Pym fuera nombrado de nuevo máxima autoridad sanitaria, se ordenó que aquellos que nunca hubieran pasado la enfermedad se ubicaran en la zona neutral. Unos 4.000 civiles fueron alojados en barracones y tiendas desplegadas en el istmo.

La zona neutral se convirtió en un poblado organizado, con un lazareto de observación para casos sospechosos, un hospital de campaña, una zona para civiles y otra para militares y un cementerio. Se permitió un mercado donde productos españoles eran comercializados bajo el control de guardias ingleses. Se estableció un sistema de rastreo para aislar a los ocupantes de las tiendas o barracas donde se detectaba la enfermedad. Para facilitar la libre circulación de los que habían pasado la enfermedad se expidió un pase, que permitía residir dentro de las murallas o bien entrar y salir de ellas con libertad.

En diciembre se producía la última muerte de las casi 1.700 causadas por este brote. Proporcionalmente hubo más fallecidos en la ciudad que en la zona neutral. El hacinamiento fue de nuevo una explicación para este hecho y la inmigración volvió a estar en el punto de mira. La menor mortalidad en el campamento podría explicarse hoy porque allí la cantidad de agua estancada era menor que en la ciudad y porque el terreno abierto a los vientos dificultaba el vuelo de los mosquitos.

4. SEMEJANZAS ENTRE LAS EPIDEMIAS POR FIEBRE AMARILLA EN GIBRALTAR Y LA PANDEMIA POR COVID

Las epidemias de fiebre amarilla en Gibraltar ofrecen un escenario singular, a pequeña escala, para contrastar las medidas sanitarias adoptadas,

la repercusión social y las decisiones políticas con aquellas que hemos vivido a nivel mundial con la reciente pandemia por COVID.

4.1. Medidas sanitarias

El conocimiento científico permitió identificar al virus causante de la pandemia por COVID en menos de un mes desde que se diagnosticaron los primeros casos, y comercializar una vacuna eficaz un año después. En el caso de la fiebre amarilla el descubrimiento del virus y el desarrollo de una vacuna tuvieron que esperar más de un siglo. Sin embargo, aún con el desconocimiento y desacuerdo de las teorías formuladas sobre la causa y modo de transmisión de la fiebre amarilla, resulta llamativo que muchas de las medidas adoptadas se asemejen a las que conocimos con la pandemia por COVID.

Con el COVID acabamos por familiarizarnos con términos como aislamiento, cuarentena y confinamiento, tres formas de limitar la libertad de movimiento de las personas en interés de la salud pública. Las estrategias desarrolladas para la contención y mitigación¹⁷ de la transmisión del COVID por los diferentes países han variado desde políticas muy restrictivas, quizás el prototipo más claro sea China, hasta otras mucho más relajadas. Brasil es un ejemplo de este modelo.

En Gibraltar se impusieron cuarentenas en barcos y los distritos afectados en los que después de 1804 se dividió la ciudad. Se aislaron enfermos en lazaretos improvisados y resultó novedoso el confinamiento de la población no infectada y susceptible de serlo, en las tiendas y barracas instaladas en la zona neutral en 1828. Entendemos que las características del gobierno gibraltareño, bajo una autoridad militar, facilitaron el cumplimiento obligado y estricto de estas medidas por parte de la población, aún a costa de los inconvenientes que causaban.

El rastreo de los contactos, mediante llamadas telefónicas o con apps para móviles, se utilizó para detectar nuevos contagios de COVID. Durante la epidemia de 1814, voluntarios

¹⁶ Uno sueco de nombre Diggden y el otro de nombre Meta con casos de fiebre amarilla en su tripulación.

¹⁷ La contención de una pandemia incluye medidas como la detección temprana y el aislamiento de casos, el rastreo de contactos y la cuarentena. La mitigación, o reducción del impacto epidémico, persigue disminuir el número de casos a través de medidas sociales de salud pública, tratamientos y vacunas específicos, si están disponibles.

civiles que cumplían el requisito de haber pasado la infección, rastrearon casa por casa a los supervivientes para conocer si sufrieron la enfermedad o si seguían siendo susceptibles a la misma. De igual forma, en 1828 se estableció un sistema de rastreo entre los evacuados a la zona neutral con el objetivo de detectar con prontitud los casos nuevos.

Durante la pandemia, los certificados COVID acreditaban la vacunación frente al virus, la recuperación de la enfermedad o una prueba negativa frente al virus. El certificado COVID fue una exigencia para la entrada en muchos países. En la epidemia de 1828, al observar que aquellos que habían pasado la enfermedad ni la transmitían ni volvían a padecerla, aprovecharon para expedir un certificado médico que eximía de las restricciones de movilidad. En España, durante el siglo XIX, se utilizaron salvoconductos de tránsito expedidos por el médico de una Junta de Sanidad en los que se certificaba la salud de una persona, pero el pase expedido en Gibraltar añadió una particularidad diferente y muy semejante a la otorgada con el “pasaporte” COVID a los vacunados: la garantía de ser inmune por haber pasado la enfermedad.

A pesar de las recomendaciones internacionales, la prontitud en adoptar medidas de prevención durante la pandemia por COVID no fueron atendidas con la suficiente celeridad en muchos países y, en general, primó más minimizar la amenaza.¹⁸ En Gibraltar durante la epidemia de 1804 ocurrió algo similar, quizás porque inicialmente el asesoramiento técnico recaía en un anticontagionista, se intentó evitar preocupar a la población antes que iniciar las medidas para impedir la transmisión.

4.2. Repercusiones sociales

La pandemia por COVID generó un volumen de información sin precedentes. Aunque en mucho menor grado, la infodemia¹⁹ también estuvo

presente en las epidemias de fiebre amarilla; quizás la más interesada fue el señalamiento de la inmigración judía como causa de la epidemia de 1804. El 16 de octubre de ese año, la autoridad de Gibraltar promulgaba una proclama que obligaba a los judíos a renunciar a su cementerio tradicional en el sur de la ciudad y a enterrar sus difuntos junto a fallecidos de otras religiones en la zona neutral, por el supuesto peligro de contagio que suponía el camposanto.

La pandemia por COVID-19 ha originado un gran número de estudios sobre movimientos internacionales de migrantes y pirámides de población. Del mismo modo, la epidemia de 1804 transformó la demografía del peñón, y a la reposición de la población contribuyó la inmigración posterior, en gran medida proveniente de España.

4.3. Aspectos políticos

La pandemia por COVID también presentó efectos geopolíticos que han tenido fiel reflejo en la competencia entre estados como la búsqueda de culpables en el origen del COVID o la lucha por el desarrollo y comercialización de las vacunas. En el caso de las epidemias por fiebre amarilla en Gibraltar, nos parece destacable que la utilización de la zona neutral bajo la excusa de uso con fines sanitarios favoreció la expansión territorial de la actual colonia más allá de los límites acordados por el tratado de Utrecht.

5. CONCLUSIONES

Las repetidas epidemias de fiebre amarilla en Gibraltar se explican por el notable tráfico marítimo, la elevada densidad de población, las condiciones de insalubridad existentes y el clima.

Aunque las teorías sobre la propagación de la fiebre amarilla eran equivocadas, hay que reconocer que algunas observaciones como la protección adquirida tras pasar la enfermedad fueron muy útiles para mitigar las epidemias.

18 El gobierno de España comunicó en enero de 2020 el primer caso de COVID en La Gomera, y el virus expandió durante las tres primeras semanas de febrero sin que las autoridades sanitarias, ni la central ni las autonómicas, mostraran gran preocupación. Se transmitió a la población que no había motivos serios de preocupación y que los casos serían pocos y anecdóticos.

19 El término infodemia deriva de la conjunción de “epidemia” e “información” y hace alusión a un exceso de información (veraz o no) que dificulta que las personas accedan a aquella proveniente de fuentes fiables y obtengan orientaciones válidas en momentos en que se hace más necesario para la toma de decisiones.

El tipo de gobierno en la ciudad-guarnición facilitó la adopción de las medidas sanitarias sin oposición de la población.

Las epidemias de fiebre amarilla en Gibraltar no estuvieron exentas de repercusiones sociales y políticas.

La fiebre amarilla en Gibraltar tiene peculiaridades que nos permiten su comparación con la reciente pandemia por COVID.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, E. H. (2009). "Anticontagionism between 1821 and 1867: The Fielding H. Garrison Lecture". *Int J Epidemiol.* (38):7-21.
- Aréjula, J. M. (1806). *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en las andalucías*. Madrid: Imprenta real.
- Augustin, G. (1909). *History of yellow fever*. New Orleans: Searcy & Pfaff.
- Barry, D. (1830) A letter to Director General of Military Hospitals (Carta). Nota extraída del London Med. and Phys. Journal.
- Benady, T. Ballantine Perera, J. (2018). "Buena Vista Society". *Almoraima. Revista de Estudios Campogibaltareños* (48), pp. 391-395.
- Fellowes, J. (1815). *Reports of the pestilential disorder of Andalusia*. Londres: Printed for Longman.
- Lafuente, T. (1805). *Observaciones sobre la fiebre amarilla*. Madrid: Imprenta Real.
- Luque de Haro, V. Sánchez Picón A, García Gómez JJ. (2021). "Epidemia, economía atlántica y aprendizaje social. La fiebre amarilla en España". *Investigaciones de Historia Económica* (17), pp. 32-41.
- Monath, TP. (2001). "Yellow fever: an update". *Lancet Infect Dis.* (1), pp. 11-20.
- Montegriffo, C. (1978). "History of medicine in Gibraltar". *British Medical journal.* (2), pp. 552-555.
- Musteen, JR. (2005). *Becoming Nelson's refuge and Wellington's rock: the ascendancy of Gibraltar during the age of napoleon (1793-1815)*. Florida: Florida State University Libraries.

- Olmedo Granados, F. García León FJ. (2021). *Andalucía y la cartografía histórica de las pandemias*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.
- Patrón Sandoval, JA. (2014). "La destrucción de las fortificaciones españolas en el entorno de Gibraltar durante la guerra de la independencia". *Revista de Historia Militar.* (115), pp. 135-162.
- Pym, W. (1815). *Observations upon the bulam fever which has of late years prevailed in the West Indies, on the coast of America, at Gibraltar, Cadiz, and other parts of Spain : with a collection of facts proving it to be a highly contagious disease*. London: J. Callow. Medical Bookseller.
- Sawchuk, LA. Burke, SD. (1998). "Gibraltar's 1804 yellow fever scourge: the search for scapegoats". *J Hist Med Allied Sci.* (53), pp. 3-42.
- Sawchuk, LA. Tripp, L. (2021). "Managing an epidemic in imperfect times: encampment and immunity passes in 19th century Gibraltar". *BMJ Global Health.* (6).
- Tuellsa, J. Massóc, P. (2006) "Colonialismo, trasiegos y dualidades: la fiebre amarilla". *Vacunas* (7), pp.186-196.

Juan Manuel Torres León

Licenciado en Medicina y Cirugía UCA
Doctor en Medicina Universidad Complutense de Madrid

Cómo citar este artículo

Juan Manuel Torres León. "Las epidemias de fiebre amarilla en Gibraltar. Historia y semejanzas con una experiencia reciente". *Almoraima. Revista de Estudios Campogibaltareños* (61), octubre 2024. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibaltareños, pp. 57-64.
