EJEMPLOS DE CONJUNTOS DE MEDIDAS Y ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CRISIS PANDÉMICAS EN EUROPA Y LAS AMÉRICAS*

Christian Cwik

Stefan Rabitsch

Mark Stieger

Martin Gabriel

Introducción

Las epidemias son uno de los acompañantes constantes del hombre a lo largo de la historia. Su presencia no es, por lo tanto, algo nuevo ni fuera de lo normal. Los desafíos causados por ellas se remontan a la Antigüedad y pueden darnos claves sobre cómo responder ante la crisis actual. Tal es el caso de la influenza, que se cree que apareció por primera vez en China alrededor del año 6.000 a. C.; el sarampión, cuyo primer brote se presume que ocurrió en el siglo IV a. C., o la viruela (variola), cuyas evidencias se remontan hasta el 12.000 a. C. Y es una lista que continúa hasta hoy. Sin embargo, hasta ahora, la humanidad ha sobrevivido a todas las epidemias o pandemias, a pesar de las condiciones desigualmente difíciles que prevalecen en la actualidad, especialmente en algunas regiones de África, las Américas y Asia.

El curso de las epidemias, incluso dentro de los mismos brotes puntuales, podía variar en cuanto a su intensidad y al tiempo en el que duraba cada uno. Los factores que determinaban la intensidad de una enfermedad dependían de diversos parámetros. Además de los factores climáticos, debemos tomar en cuenta los diferentes estándares de higiene, la calidad de la atención médica, la condición física de las personas y la situación económica en el lugar del brote. Esto a menudo

*DOI – 10.29388/978-65-86678-07-9-0-f.241-266

varía de un lugar a otro, de un distrito a otro, de una región a otra, de un país a otro.

Pero independientemente de qué epidemias o pandemias estudiamos en el mundo, la crisis que las acompañó nunca apareció como un fenómeno singular. La epidemia actual ha producido nuevas crisis médicas, económicas, sociales, políticas y culturales. En el pasado, los esfuerzos que se hicieron para contenerlas y erradicarlas llevaron inevitablemente al descuido de los sectores más necesitados y esto dio como resultado que la crisis, a nivel general, se agravara o incluso continuara, aún después la propia epidemia ya había sido erradicada. La razón de esta reacción en cadena fue siempre el conjunto de medidas con las que se contrarrestó la epidemia. En cualquier caso, para los casos que examinamos, se puede afirmar que las estrategias de resolución de crisis pandémicas siempre estuvieron asociadas al cierre de fronteras, cuarentena, justicia arbitraria y trabajo forzoso. El objetivo de este estudio es presentar la historia de los virus, epidemias y pandemias desde una perspectiva local, regional y global, así como desde una perspectiva histórica que abarca diversas épocas.

La peste en Graz

La cuestión del inicio de la enfermedad y la búsqueda del paciente 0 es la base de nuestra investigación. La historia de la peste en Estiria (una región al sur de Austria) se inicia con el traslado del emperador Leopoldo I desde Viena hacia la ciudad meridional de Mariazell, quien huyendo con su séquito de los brotes en la capital, terminó llevando consigo el agente epidemiológico que luego afectaría al sur del país. Sin embargo, hay dudas sobre este relato ya que los primeros casos de peste en la Baja Estiria se documentaron en el otoño de 1678 cerca de Windischgrätz y Cilli (hoy Eslovenia). Según algunas fuentes regionales dedicadas a la investigación de la peste en Estiria, un balserista extranjero fue el paciente 0 en Graz. Se había detenido en

una posada de Prankergasse¹ y había infectado al propietario, a su cuñada y a su hermano antes de morir. ¿Pero de qué enfermedad era portador? La posibilidad de que el brote fuese de *peste bubónica oriental* sigue siendo controversial incluso hasta el día de hoy. Los síntomas descritos son muy similares a los del ántrax y desde una perspectiva médica del siglo XVII y principios del XVIII, la epidemia se describe como una enfermedad que se propaga uniformemente durante un período de tiempo constante con “síntomas abiertos y móviles”.

En la ciudad de Graz vivían en ese momento de aproximadamente 15.000 a 16.000 personas. Entre diciembre de 1679 y el invierno de 1680/81, según los registros de los sepultureros de la ciudad, murieron un total de 3.465 de los 4.608 ciudadanos que padecían “mortui peste”, lo que era un poco más de una quinta parte de la población total². En el verano de 1680, todas las escuelas, así como la misma Universidad de Graz, para ese momento dirigida por los Jesuitas, tuvieron que ser cerradas. Los que pudieron huir de la ciudad lo hicieron. El liderazgo político del gobernador regional, Georg Christian Graf von Saurau, así como miembros de la aristocracia y numerosos representantes de la burguesía rica, se trasladaron a la ciudad de Bruck an der Mur (ca. 50km al norte de Graz), que se encontraba libre de la plaga.

La cuarentena sistemática de Graz comenzó con el bloqueo de las carreteras de acceso (cordón de peste), por lo que la ciudad en su conjunto quedó aislada y la población pudo ser monitoreada. Se evitaron los contactos y la población rural, más sumisa, se vio obligada a actuar como milicia para la “defensa contra las epidemias” con el fin de apoyar activamente las medidas aplicadas. Además, el emperador Leopoldo I, en su calidad de archiduque austríaco, hizo cerrar las fronteras, siempre que fuera posible, pero ante la necesidad de permitir el movimiento de personas, los viajeros fueron puestos en cuarentena. El gobierno solicitó soldados para los llamados „Contumaz-anstalten”

¹ PEINLICH Richard, Geschichte der Pest in Steiermark, Tomo. I. Graz 1979, p. 138.

² STRAKA Manfred, Bevölkerungsverluste durch die Pest von 1680 in der Steiermark. En: Sonderbände der Zeitschrift des Historischen Vereines für Steiermark 18 (1971), pp. 117-131 aquí p. 120.

(lazaretos), que fueron puestos bajo supervisión militar. Estos controles sanitarios también se aplicaron a los animales y en algunos casos a las mercancías. En la percepción de la población, los soldados esparcieron más terror que la propia peste. Los grupos que antes habían sido marginados y discriminados (judíos, gitanos, protestantes, mendigos, enfermos, etc.), ante las nuevas condiciones, se encontraban segregados por la ley.

Las Ordenanzas de la Peste publicadas por el profesor de medicina Paul de Sorbait (1624-1691) sirvieron como base para estas medidas. Sorbait había sido el antiguo rector de la Universidad de Viena y miembro del Estado Mayor para casos de emergencia del emperador austriaco. Además de las medidas médicas, las personas debían adoptar un código de conducta que prohibía la vida lasciva y las acciones basadas en la „injusticia, “usura”, “daños y perjuicios” del prójimo. Finalmente, se incluyeron en el „registro de pecados” de la ordenanza de la peste de 1679 „la indignación y la rebelión contra el soberano y las autoridades”³ Estas sanciones se basaron en leyes que no se reflejaban en la „ley cotidiana”. Por tanto, para asegurar el cumplimiento de la normativa en tiempos de pandemia, siempre se recurría a una ampliación de las competencias que evocan arbitrariedad debido a su amplio margen de maniobra⁴. El aislamiento se convirtió en un problema creciente para Graz debido a la falta de acceso a los alimentos. También hubo otros lugares alrededor de la ciudad que estuvieron aislados, razón que explica por qué las cadenas de suministro de alimentos colapsaron, afectando especialmente a las zonas urbanas. Como resultado de este desarrollo, los precios de los alimentos aumentaron rápidamente en toda Estiria. La escasez de alimentos y las crisis de hambre surgieron como resultado de las barreras y solo pudieron evitarse mediante entregas especiales del gobierno central de Viena⁵.

³ PEINLICH, I (1979), p. 44-45.

⁴ FAULLER Chrysostomus, Gesetze, Verordnungen und Vorschriften für die Polizei-Verwaltung im Kaiserthume Oesterreich, Wien 1827. p.12, p.21.

⁵ PEINLICH, I (1979), p.27.

Ir a la iglesia era parte de la vida social de la época, pero había que evitarlo debido a la peste, ya que los servicios estaban suspendidos. De vez en cuando algunos de los sacerdotes trasladaban sus misas al aire libre, lo cual iba en contra del orden episcopal, de manera que los creyentes pudieran asistir desde lejos⁶. Aunque la mayoría de los restaurantes, baños y salas de licorers estaban cerrados como consecuencia de las ordenanzas sobre infecciones y solo se podía entrar a vinotecas y posadas durante un horario limitado, algunos estirios no se dejaron disuadir de su avidez de placeres.

Por esta razón se pueden encontrar en las listas de fallecidos por la peste en Graz entre los años 1679 hasta 1683 a muchas personas mayores y enfermas, así como a los más pobres. Como la mayoría de las medidas aplicadas para combatir la enfermedad no fueron exitosas, la plaga fue considerada como un castigo de Dios, lo cual llevó a un incremento de las oraciones así como de los ritos religiosos. A estos se opusieron los *contagionistas*, que consideraron como causa las semillas de la enfermedad (seminaria) o los gérmenes animados (contagia viva), que se contagian solamente por contacto⁷. La iglesia quería ahuyentar la epidemia con las llamadas rogativas religiosas en la ciudad y al campo. La primera gran rogativa en Graz tuvo lugar el 6 de julio de 1680 en la plaza principal donde se encuentran las calles Murgasse, Sackstraße y Sporgasse⁸. Además de un número importante de fallecidos, este flagelo se llevó al gobernador, el conde Georg Friedrich von Mersperg, quien se había comprometido a erigir una columna de la Trinidad en la plaza principal.

¿Qué consecuencias tuvo la epidemia para Graz después de que la situación volvió a remitir en diciembre de 1680? Inicialmente, esto no significa que la plaga haya terminado por completo, tal como lo

⁶ Ibid, I (1979), p. 28.

⁷ REICHERT Ramon, Auf die Pest antwortet die Ordnung Zur Genealogie der Regierungsmentalität 1700:1800. En: Österreichische Zeitschrift für Geschichte, 7, 3 (1996), pp.327-357 aquí: p. 328.

⁸ KLAMMINGER, Johann Ernst = Karl KLAMMINGER, Johann V. Ernst Graf Thun (1679–1687). In: AMON Karl (Hg.), Die Bischöfe von Graz-Seckau 1218–1968 (= Publikationen del Archivo de Styria) 7, Graz–Wien–Köln 1969), p. 313.

confirman las siguientes cifras sobre las muertes por plaga en Estiria⁹: 1679: 417, 1680: 7.793, 1681: 3.182, 1682; aprox. 1.000, 1683: 70 (número total: aprox. 12.500). El hecho de que estos números sean cuestionables se debe a que no se le atribuyó a la peste la causa de la muerte en todos los casos, razón por la cual Straka ha extrapolado los números a 13,820¹⁰. Lo que también se nota en las cifras recopiladas por Manfred Straka es que la alta tasa de mortalidad en 1676, de 6.000 muertes, es solo un poco más baja que en el año de mayor afectación de la plaga, es decir 1680. Esto se debió a la disentería roja (disentería), de la que fueron víctimas principalmente niños¹¹.

Queda por investigar por qué la disentería apenas apareció en la historiografía. Son casi evidentes los paralelismos entre la influenza y el Sars Covid-19. Probablemente las peores consecuencias de la epidemia fueron, por un lado, el elevado endeudamiento de la ciudad en forma de préstamos hipotecarios (por tanto, una controvertida ley de rescate de pensiones) y, por otro lado, una gran escasez de artesanos. El paisaje urbano también cambió permanentemente. Sólo a finales de enero de 1681 el gobierno se atrevió a regresar a Graz. No fue sino hasta marzo de 1681 que las escuelas pudieron reabrirse, el Aegydi-markt (un mercado) abrió sus puertas solo en noviembre de 1681 como medida de precaución.

Bridgetown 1647-49: ¿influenza o fiebre amarilla? La supremacía interpretativa sobre procesos diagnósticos

En retrospectiva, el diagnóstico de enfermedades devastadoras revela una de las tendencias básicas de la ciencia. Son los expertos que derivan hechos históricos de fuentes y, por lo tanto, los elevan a una

⁹ STRAKA Manfred, Bevölkerungsverluste durch die Pest von 1680 in der Steiermark. In: Sonderbände der Zeitschrift des Historischen Vereines für Steiermark 18 (1971), pp. 117-131 aquí p. 120.

¹⁰ STRAKA (1971), p. 124.

¹¹ PIRCHEGGER Hans, Geschichte der Steiermark, Tomo II Graz-Wien-Leipzig 1931, p. 518, véase también PEINLICH, I (1878), p. 556f.

verdad generalmente válida. El objetivo de este análisis de la epidemia de 1647 en Bridgetown, Barbados, es poner a prueba esos hechos con el objetivo de promover una reflexión crítica sobre la historia de la pandemia, sus causas, cadenas de infección, opciones de contención y terapias. Las definiciones de las enfermedades están, como todos los procesos de la historia, sujetas de cambios. En el siglo XVII, en el dominio inglés, los síntomas eran la base para diagnosticar una enfermedad. El mal que fue responsable de la muerte de 6.000 personas en Barbados entre 1647 y 1649 es conocido como la plaga o fiebre pestilente por John Winthrop, gobernador de Massachusetts, que provocó la muerte en solamente tres días¹². Richard Ligon nos da información sobre el alcance de la crisis¹³.

Un mes después del brote de la epidemia en 1649, Richard Ligon viajó a Bridgetown, para ese momento, las víctimas estaban enterradas bajo tierra¹⁴. Él describe la plaga como la peste, o como una enfermedad mortal similar a la peste, la cual sería la causa primaria de la catástrofe. Una definición “médica” de este tiempo se basaba en los siguientes síntomas: fiebre alta y periódica, recurrente, diaria y de tres días, así como alta mortalidad, según la cual cualquier enfermedad altamente contagiosa y fatal se calificaba como peste. Curiosamente, en el paradigma de investigación actual, el consenso le atribuye a la fiebre amarilla la epidemia de 1649.

La teoría de que hubo un brote de influenza en Barbados en 1649 proviene de un artículo de Townsend en 1933¹⁵. El investigador estadounidense considera la influenza como la causa primaria de la

¹² JAMESON Franklin, *Original Narratives of Early American History, Winthrop's Journal 1630-1649*, Vol. II. New York, 1908, p. 329; DUNN Richard, *Puritans and Yankees: the Winthrop Dynasty of New England, 1630-1717*. Princeton, NJ 1962.

¹³ LIGON Richard, *History of Barbados 1822*. <https://www.davidchansmith.net/the-richard-ligon-project> (12.8.2020).

¹⁴ LIGON Richard, *A True and Exact History of the Island of Barbadoes*, London, 1673, p. 21.

¹⁵ TOWNSEND John F., *History of influenza epidemics*. En: *Annals of Medical History* 5, 1933, pp. 533-547.

mortal enfermedad en la isla caribeña. Esto contradice la opinión generalmente aceptada, por lo que esto despertó el interés por una investigación más detallada. A nivel general, es dudoso que fuera realmente una fiebre amarilla distinta, ya que los síntomas descritos por los testigos contemporáneos, así como la muerte rápida, no corresponden a un cuadro clínico uniforme. La fiebre amarilla tiene un período de incubación de tres a seis días, e incluso si la descripción de Winthrop fuera la segunda fase del virus, el paciente tardaría de siete a diez días en morir. Aunque Ligon dijo que la epidemia había terminado a su llegada, el mismo se enfermó durante su estadía en Barbados en 1647 y describió su evolución¹⁶. Los síntomas todavía se interpretan como fiebre amarilla en las publicaciones de hoy, pero una mirada más cercana revela dudas, ya que ni el estreñimiento ni los cálculos renales son suficientes para un diagnóstico de fiebre amarilla por sí solos.

Triturar tortugas, secar la sustancia y luego mezclarla con alcohol como un remedio promocionado por él mismo, convirtió Ligon en una luminaria en el campo de las "quejas secas", término que también se usó para el envenenamiento por plomo en el siglo XVII¹⁷. El uso del metal pesado en la producción de ron, que, según relatos de testigos contemporáneos se consumía en cantidades extremas debido a la falta de empleo alternativo, también está relacionado con el envenenamiento por plomo¹⁸.

Para encontrar una respuesta a la pregunta de por qué se produjo una epidemia desenfrenada, es necesario investigar primeramente las supuestas causas. Ya en 1647 se especuló sobre el origen de la epidemia, ya sea en África debido al tráfico y el transporte de esclavos, o debido a la mala salud de la población masculina, como consecuencia del consumo excesivo de alcohol¹⁹. Ambas son hipótesis

¹⁶ LIGON, 1673, p. 118-119.

¹⁷ Ibid., p.118-119.

¹⁸ <https://www.unenvironment.org/news-and-stories/story/poisoning-our-children-nothing> (15.08.2020)

¹⁹ LIGON, 1683, p. 21.

interesantes, ya que hablan de la fiebre amarilla procedente de África, así como del envenenamiento por plomo que hasta ahora no se había considerado. Para probar la presencia de fiebre amarilla tanto en la dimensión temporal como en la espacial, a menudo se cita como fuente al médico militar Alexio de Abreu. Así, el historiador Luiz Felipe de Alencastro describe la primera publicación verificable con un aislamiento del cuadro clínico de Alexio de Abreu²⁰. Entre 1594 y 1606, en Luanda, este testigo y víctima de la enfermedad escribe su obra *Trato de las Siete Enfermedades* y en sus observaciones considera al mal como enfermedad del gusano, término que se considera como la primera descripción de la fiebre amarilla²¹. Los síntomas utilizados, dolor de cabeza, dolor lumbar y en las piernas, fiebre, vómitos, úlcera y muerte súbita, sin embargo, ponen en duda la hipótesis ya que ninguno de los determinantes: vómitos de líquido negro, ojos enrojecidos, luego amarillos, así como el derrame de sangre por la nariz, boca, ojos, abdomen, aparecen en la descripción. Por tanto, nos parece importante mencionar el caso debido a la presencia de indicadores tan distintivos entre sí. Griffith Hughes, quien estuvo en Barbados en 1715, menciona explícitamente la fiebre amarilla por primera vez, como común en todos los trópicos, además le da una definición precisa de la enfermedad²². También registra la etimología del término, según el cual fue nombrado por primera vez como la "nueva enfermedad" en Bridgetown en 1691 y luego se conoció como fiebre de Kendal, fiebre biliosa y fiebre de la peste²³. En cuanto al tiempo, lo limita a de mayo a agosto, y en los síntomas con los inconfundibles vómitos, ojos enrojecidos inicialmente, cambiando a amarillentos, el flujo sanguíneo de la boca y el abdomen²⁴. Indicadores

²⁰ ALENCASTRO Luiz Felipe de, *The Trade in the Living: The Formation of Brazil in the South Atlantic*. Binghamton 2018, p. 128.

²¹ Ibid. p. 128.

²² EISENMANN Gottfried, *Die Krankheits-Familie Cholosis*. Erlangen 1836, p. 343.

²³ HUGHES Griffith, *The Natural History of Barbados: In Ten Books. Book II*. London 1750, p. 36,

²⁴ HUGHES, 1750, p.37.

inconfundibles como la coloración amarillenta de los ojos dieron a la enfermedad su nombre en inglés y alemán, mientras que en español fue llamada vómito negro.

Los historiadores nos han dado dos respuestas a lo largo de los siglos. Por un lado, la teoría del aire contaminado, basada en la miasmática de Hipócrates, según la cual el factor detonante de la epidemia sería atribuible a los miles de esclavos, quienes por mareos y epidemias cutivadas a través de los viajes, arrojaron sus desechos directamente al puerto de Bridgetown²⁵. Debido a las bajas olas en el puerto, el agua contaminada permaneció en la orilla, después de lo cual se convirtió en una alcantarilla que propagó enfermedades a lo largo de los años²⁶. Por otro lado, la presencia de una infección propagada por aire contaminado, así como la suposición de la época de que la fiebre amarilla se originó en las Américas, se pueden dejar de lado de los mitos de esa época. La presencia de fiebre amarilla se describe en el paradigma de investigación moderno como proveniente de África con los buques mercantes y sus depósitos de agua como el nicho ideal para los huevos de los mosquitos²⁷. Esto se atribuye a que el *Aedes aegypti*, el mosquito que actúa como vector y portador del virus, solo encontró las condiciones necesarias para la propagación constante a través de la industrialización del cultivo de la caña de azúcar en Barbados. Las plantaciones de caña de azúcar producían sacarosa, el alimento básico del mosquito hembra, el cual estaba disponible durante todo el año²⁸. Sin embargo, esto contradice al informe de Dr. Warren, de que la enfermedad solo apareció de mayo a agosto y el trabajo de Ligon de que el cultivo de la caña de azúcar aún estaba en su primera fase en Barbados del año 1647²⁹. También hay

²⁵ WATTS Sheldon, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, New Haven 1999. p. 228.

²⁶ GOODYEAR James D., *The Sugar Connection: A New Perspective on the History of Yellow Fever*, 1978, En: *Bulletin of the History of Medicine*, 52, 1 (1978), pp. 5-21 aquí p. 7.

²⁷ *Ibid.*, p.7-8

²⁸ *Ibid.*, p.10-11.

²⁹ LIGON, 1673, p.85.

que preguntarse por qué esta enfermedad debería haber ocurrido después de más de 150 años de trata de esclavos. Otro elemento derivado de esa hipótesis es el aumento de la mortalidad en los hombres³⁰. Ligon describe que por cada mujer, murieron diez hombres sanos que trabajaban en las plantaciones. Por un lado, esto puede atribuirse a la demografía, por otro lado, se basa en la creencia de la época de que los hombres se vieron más afectados por su vida más pecaminosa³¹.

Las terapias para la fiebre amarilla en el siglo XVII se basaron en la suposición de que la enfermedad era causada por sal alcalina podrida³². La terapia para esto es el suministro de ácido diluido para provocar un conflicto entre la sal alcalina y los fluidos estancados en el cuerpo. Esto debía ayudar al proceso de curación natural³³. El Dr. Warren recomendaba medicamentos que inducían el sudor para aliviar la fiebre. El envenenamiento por plomo, que se consideraba una enfermedad epidémica en ese momento, se trataba con una irrigación intestinal en combinación con laxantes³⁴. Sin embargo, Griffith Hughes describe los efectos secundarios por esta cura como drásticos, porque los pacientes perdían toda sensibilidad en sus extremidades³⁵.

La epidemia de 1647 condujo a la primera cuarentena en América del Norte, momento en el que la ciudad portuaria de Boston prohibió la entrada a todos los barcos que venían de las Indias Occidentales después de los informes sobre la devastadora enfermedad³⁶. El gobierno de la ciudad sancionó una cuarentena de

³⁰ Ibid., p.21.

³¹ Ibid., p.21.

³² GRIFFITH, 1750, p. 39.

³³ WILLIAMS Ralph Chester M. D., The United States Public Health Service, 1798-1950. Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, Washington, D.C., 1951, p. 63.

³⁴ WARREN Henry, A Treatise Concerning the Malignant Fever in Barbados. London 1740, p. 16-17.

³⁵ WARREN, 1740, p.15

³⁶ JAMESON Franklin, Original Narratives of Early American History, Winthrop's Journal 1630-1649, Vol. II. New York, 1908, p. 330.

una semana en una casa remota a todos los que ingresaran al país, así como la custodia de cualquier objeto transportado que pudiera permitir la transmisión de la enfermedad³⁷. Visto como el castigo de Dios por los pecados cometidos, el ayuntamiento decretó un día de ayuno. En términos económicos, la cuarentena también tuvo un impacto negativo en la precaria situación en Bridgetown y Barbados en general. El país se vio amenazado por la hambruna y la muerte de 6.000 residentes provocó también una escasez de trabajadores y propietarios de plantaciones, por lo que estos pasaron a los mejores.

Las medidas de cuarentena de una semana fueron el "distanciamiento social" de los puertos coloniales del siglo XVII. Para protegerse de las enfermedades contagiosas, los esclavos debían permanecer en los barcos entre siete y diez días, encadenados bajo cubierta en malas condiciones de higiene, y en habitaciones marcadas por la falta de oxígeno en donde no podían sentarse erguidos. La mayoría eran mujeres en edad fértil así como hombres jóvenes que, después de caminar hasta 500 kilómetros hasta las costas de África, recorrieron otros 8.000 kilómetros a bordo hasta América³⁸. El 20-40% de los esclavos no sobrevivieron al viaje³⁹.

Poco después, sin embargo, los refugiados judíos (la mayoría procedentes del Brasil holandés) llevaron el conocimiento técnico de la producción eficiente de caña de azúcar a Barbados⁴⁰, lo que, con el flujo constante de inmigrantes dispuestos, condujo a un auge económico que la llevó a convertirse en la colonia más rentable de Inglaterra⁴¹.

³⁷ Ibid, p. 330.

³⁸ KLEIN Herbert S., ENGERMAN Stanley L., HAINES Robin, SHLOMOWITZ Ralph, *Transoceanic Mortality: The Slave Trade in Comparative Perspective*, En: William & Mary Quarterly, LVIII, 1 (2001), pp. 93-118, aquí p. 95-96.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Cwik Christian, *The Rise of Jewish Merchants Capitalists in the Caribbean: The Triangulation of Barbados, Jamaica and Curaçao*. En: Studemund-Halévy (Ed.), *A Sefardic Pepper-Pot in the Caribbean*. Barcelona 2016, p. 13-29.

⁴¹ SHERIDAN Richard B., *Sugar and Slavery, An Economic History of the British West Indies 1623-1775*. Baltimore 1994, p. 367.

Las cifras de población nos brindan información sobre el cambio demográfico. La "Descripción de Barbados" de John Scott de 1669, aunque a menudo ha sido discutida, sitúa el número de esclavos en 1645 en 5690, aumentando a 82.023 en 1667, mientras que el número de propietarios de plantaciones disminuyó de 11.200 a 745 en el mismo período⁴².

Las fuentes estudiadas, así como la historiografía de la fiebre amarilla, plantean dudas sobre si la enfermedad fue claramente la causa de la pandemia de 1647 que se inició en Barbados. Ni los síntomas descritos por los testigos contemporáneos ni la hipótesis del cultivo de la caña de azúcar como caldo de cultivo del *Aedes aegypti*, y las condiciones que promovieron su propagación, pueden definir inequívocamente la fiebre amarilla como desencadenante. Debido a la autoridad de los expertos, la clasificación de la enfermedad pasó de suposiciones a un hecho indiscutible.

Boston y la inmunidad colectiva

Después de una batalla con piratas infectados de viruela en la costa de Barbados, el barco mercante inglés "Seahorse" llegó al puerto de Boston el 22 de abril de 1721. Con la viruela a bordo, entre los tripulantes infectados por el virus Variola Major ya había dos sujetos con síntomas. Desde una perspectiva médica de la época, la viruela era una enfermedad que se propagaba por los organismos más pequeños en las pústulas, tenía una mortalidad de hasta el 50% y marcaba a la mayoría de los sobrevivientes con ceguera y desfiguración.

Consciente del peligro como ciudad portuaria, Boston aprobó sus primeras leyes de cuarentena ya en 1699. Todos los barcos con viruela tenían que ser examinados por un consejero o un médico. Los enfermos, sus pertenencias y todos aquellos que estuvieron en

⁴² SCOTT John, Descriptions of Barbados. En: DUNN Richard S. (Ed.), The Barbados Census of 1680: Profile of the Richest Colony in English America. 1969, p.9. https://www.jstor.org/stable/1922291?seq=7#metadata_info_tab_contents (13.08.2020)

contacto con ellos fueron puestos en cuarentena en una isla de aislamiento. En caso de que se produjera un caso de viruela en la ciudad, se procedía a la cuarentena en una casa de la plaga o mediante la vigilancia de su casa con vallas, banderas rojas y guardias. La efectividad de las medidas resultó en un estricto cumplimiento de las regulaciones, que un miembro fundador de la Escuela de Medicina de Harvard, el Dr. Benjamin Waterhouse, sin embargo, como tarea voluntaria de la libertad de la región más democrática de la tierra para proteger contra una terrible enfermedad, medidas que ningún gobernante absoluto podría haber llevado a cabo⁴³.

Irónicamente, el “English Privy Council y el Lord of Trade” vetaron la legislación, que fue eludida por la sofisticación de la jurisprudencia del ayuntamiento, y se estableció una estación de cuarentena en Spectacle Island en 1717. Estas medidas parecen haber sido eludidas por el Seahorse, específicamente por su capitán, quien tenía la responsabilidad de informar sobre las personas infectadas, cosa que posiblemente ignoró debido a la pérdida de ganancias. Un año después, la cifra de muertos en la ciudad ascendió a 844 y a 5.759 personas infectadas, de una población total de 12.000. Consciente de las precarias condiciones económicas derivadas de la crisis, el gobierno de la ciudad decidió distribuir 1.000 libras entre todos aquellos que no pudieran mantener a sus familias. Para asegurar el abastecimiento de la ciudad, confiaban en el clero, al que los comerciantes debían convencer de la seguridad.

No obstante, la epidemia de viruela que azotó la ciudad de Boston en las colonias americanas de Nueva Inglaterra en 1721 marcó el comienzo de un cambio de paradigma en el uso de tecnologías de inmunización en las Américas. La variolación, la introducción subcutánea deliberada de secreciones de pústulas de viruela infecciosa en un cuerpo sano para desencadenar una forma más débil de la enfermedad y la inmunidad asociada, se utilizó por primera vez en las

⁴³ MARTÍ-IBÁÑEZ Félix M.D, History of American Medicine: A Symposium. New York 1959, p. 40 *passim*.

colonias de América del Norte en el punto álgido de esta crisis. El conocimiento sobre la inoculación llegó a Inglaterra a través de una publicación de Emanuel Timonius en 1714, quien describe la aplicación en el Imperio Otomano a partir de 1650, proveniente de los circasianos, georgianos y otros países asiáticos⁴⁴.

Se dice que la inoculación a través de las fosas nasales se había practicado en China durante siglos. Los golpes secos se trituraron, se diluían con agua o se recogía el líquido del golpe con motas de algodón y se insertaron en las fosas nasales (Fig. 1). Joseph Needham investigó el origen en China y fechó la primera fuente escrita en 1549, señalando que el procedimiento ya estaba muy extendido⁴⁵.

Como explorador, se nombra a un alquimista extraordinariamente talentoso. Dado que este método contrastaba con la patología humoral generalmente aceptada, su uso provocó un duro intercambio ideológico de golpes. La élite colonial puritana alrededor del señor Cotton Mather se pronunció a favor de la variación practicada por Zabdiel Boylston en la ciudad, y los galenos con sede en Boston, liderados por el médico escocés William Douglass, que se formó en Europa, aliado de los artesanos y comerciantes de la ciudad, argumentaron vehementemente a favor de esto. en contra.

La inoculación abrió la puerta a una tercera dimensión en el tejido social. Cohesión a través del mito de la cohesión del objetivo común, el sacrificio común, relegado a un segundo plano por el egoísta, protegiéndose de una enfermedad, cuyo método conlleva el riesgo de contagio. Cotton Mather tenía un conocimiento profundo de la medicina, y no sin razón se convirtió en un ferviente defensor de esa metodología. En la publicación de *Timonius*, importada por Douglass y publicada en 1714, se reconocía la típica cicatriz de tratamiento en el brazo de su esclavo Onésimo. Para este momento ya se hablaba de la inmunidad de una operación que estaba muy extendida entre los

⁴⁴ TIMONIUS Emanuel, An account of history, of the procuring the small pox by incision, or inoculation: as it has for some time been practised at Constantinople, Communicated to the Royal Society. Konstantinopel 1714, p. 72–82.

⁴⁵ NEEDHAM Joseph, Science and civilisation in China Vol. VI, 6. Cambridge 2000.

guramanteses, mediante la cual una pequeña parte de la viruela se inyecta en el cuerpo⁴⁶.

Consciente de los graves efectos de la viruela y estimulado por la posibilidad de inmunización, escribió su análisis en 1716, en el que se comprometió a utilizar la inoculación para el próximo brote en Boston⁴⁷. Por un lado, los opositores invocaron argumentos teológicos según los cuales la inoculación como instrumento de Satanás violaba las leyes de la naturaleza y los patrones de Dios, ideas que, sin embargo, fracasaron debido al apoyo del clero. Sin embargo, el testimonio del Dr. Lawrence Dalhonde, quien comparó la práctica con el asesinato y enfatizó la alta probabilidad de contagio a través de la aplicación consciente del procedimiento⁴⁸. En Inglaterra, en ese momento, la inoculación estaba prohibida en las ciudades debido a la posible tasa de infección, pero estaba muy extendida en las áreas rurales y financiada por la Iglesia. ¿Quién debía pagarlo en Boston? ¿Quién proporcionaría alimentos a esos pacientes en cuarentena? La cura milagrosa recién descubierta amenazaba con convertirse en un remedio para los ricos y aumentaba el deterioro de las condiciones de los pobres. Estos argumentos encontraron sus opositores, demostraron ser correctos a lo largo de la historia y se cimentaron en el punto álgido del conflicto por la soberanía interpretativa con el lanzamiento de una granada en la casa de Cotton Marthens. De acuerdo con los argumentos de los oponentes, el Ayuntamiento de Boston prohibió la vacunación. A raíz de la controversia, la variolación se legisló en Boston e inicialmente se prohibió en tiempos libres de epidemias. Si se producía un brote de viruela, había que publicar los nombres de los habitantes que se dejaban vacunar. Además, la ciudad invirtió en la construcción de casas de plaga y barrios de aislamiento. Se aprobaron también leyes para facilitar que las personas sospechosas

⁴⁶ KITTREDGE George Lyman, Some lost works of Cotton Mather. Proceedings of the Massachusetts Historical Society. Vol 45 (1912), pp. 418–440.

⁴⁷ GLYN Ian,, GLYN Jennifer, The life and Death of Smallpox, London, 2004, p. 52.

⁴⁸ WILLIAMS Gareth, Angel of Death: The Story of Smallpox. Basingstoke 2010, p. 116.

de estar infectadas fueran expulsadas de la ciudad o forzadas a ponerse en cuarentena.

Aunque al final de la epidemia la variolación demostró ser un método de prevención útil, 287 residentes fueron vacunados a pesar de la prohibición, 2% de ellos murieron y tuvo amplia aceptación hasta finales del siglo XVIII⁴⁹. Para ese momento, los residentes de las ciudades vecinas que iban a Boston para administrarse la variolación fueron enviados a casas de plagas. Este procedimiento solo se toleró cuando las medidas de cuarentena fracasaron en las epidemias que siguieron. En 1730, durante la pandemia de viruela, las medidas se ampliaron para incluir como obligatoria la práctica de la variolación para evitar la diseminación de la enfermedad, lo cual vino acompañado de la aplicación de medidas similares en todo el país. El gran avance se produjo en 1777 bajo George Washington, cuando, en contra de la ley, decidió inocular por la fuerza a sus 40.000 soldados en vista de la pérdida de miles de vidas a causa de la viruela. La reducción asociada de la infección del 20% al 1% llevó al Congreso Continental a levantar las prohibiciones de la variolación⁵⁰.

Epidemias y demografía en la Nueva España del siglo XVII

En el siglo XVII, el virreinato de Nueva España se vio afectado por varias epidemias, ninguna de las cuales, sin embargo, tuvo la intensidad de aquella a menudo denominada *cocoliztli* y *matlazahuatl* en fuentes indígenas. La epidemia que se desató a mediados del siglo XVI todavía se considera la enfermedad infecciosa más mortal en la

⁴⁹ BEST M., NEUHAUSER D., SLAVIN, L., “Cotton Mather, you dog, dam you! I’ll inoculate you with this; with a pox to you”: smallpox inoculation, Boston, 1721. En: *Quality and Safety in Health Care*, 13, 1 (2004), pp.82-83 aquí p.13.

⁵⁰ LAWLER Andrew, How a public health crisis nearly derailed the American Revolution, George Washington confronted a smallpox epidemic with a belief in science-and a controversial plan. En: *National Geographic*, 16 April 2020 <https://www.-nationalgeographic.com/history/2020/04/george-washington-beat-smallpox-epi-demic-with-controversial-inoculations/> (15.08.2020)

historia del hemisferio occidental en términos de tasas de mortalidad en comparación con la población total. Sin embargo, si se habla de una sola enfermedad, como la viruela⁵¹ o, en general, del genocidio de la población indígena a través de guerras que llevaron a “despoblarse el pueblo por pestilencia o guerra” la situación sigue siendo controvertida⁵².

Similar al uso del término *plaga* en Europa, *cocoliztli* se usó en Nueva España como un término para la catástrofe médica final, principalmente en relación con enfermedades infecciosas. En el siglo XVII, la Nueva España, y especialmente el México densamente poblado, fue devastado por enfermedades infecciosas fatales en varias ocasiones. Por ejemplo, se registran brotes de cocoliztli y matlazahuatl en los años 1601-02, 1604-1607, 1613, 1624-31, 1633-34, 1636-38 y 1641-1642⁵³.

El intenso debate sobre los antecedentes de la disminución de las epidemias y una menor tasa de mortalidad en la Nueva España ha generado diversas teorías. Por un lado, se asume un grado de inmunización supuestamente más alto en el siglo XVII, aunque esto parece extremadamente especulativo⁵⁴. Por otro lado, investigadores como John Lynch y Judith Zeitlin sostienen que la población indígena

⁵¹ MCCA A Robert, Spanish and Nahuatl Views on Smallpox and Demographic Catastrophe in Mexico. En: The Journal of Interdisciplinary History, 25 (1995), pp. 397-431 aquí p. 408.

⁵² MOLINA Alonso de, Vocabulario en Lengua Castellana y Mexicana. México 1571, p. 3.

⁵³ ACUÑA-SOTO Rodolfo, BURNS Jordan N., STAHL David W., Drought and Epidemic Typhus, Central Mexico, 1655-1918. En: Emerging Infectious Diseases, 20 (2014) pp. 442-447; REFF Daniel T., The Introduction of Smallpox in the Greater Southwest. En: American Anthropologist, 89 (1987), pp. 704-708 aquí p. 704; QURESHI Adnan I., Ebola Virus Disease. From Origin to Outbreak. London 2016, p. 50.

⁵⁴ THOMPSON Angela, Smallpox. Ensuring the Destruction of Armies in Colonial New Spain and Peru, 1518-1625. In: Seaman, Rebecca M. (Hg.), Epidemics and War. The Impact of Disease on Major Conflicts in History. Santa Barbara 2018, p.141; PREM Hanns J., DYCKERHOFF Ursula, FELDWEG Helmut, Reconstructing Central Mexico's Population. En: Mexico, 15, 3 (1993), pp. 50-57 aquí p.52.

de la Nueva España alcanzó su punto más bajo en el primer tercio del siglo XVII y que había menos personas que podían enfermarse, por lo que Zeitlin se refiere a su propia investigación en la costa pacífica del Istmo de Tehuantepec. llamado⁵⁵. La idea de que una posible inmunización de la población indígena contribuyó a la recuperación de la población a mediados del siglo XVII también sigue siendo controvertida⁵⁶.

Dondequiera que ocurrieran epidemias, estas aún podrían tener efectos devastadores. El misionero Juan de Prada informó en septiembre de 1638 que un tercio de los indígenas bautizados en lo que hoy es Nuevo México fue víctima de epidemias. Curiosamente, De Prada habla aquí tanto de la viruela como de una enfermedad llamada cocoliztli, que indicaría dos epidemias diferentes, si la terminología se toma literalmente⁵⁷.

Dobyns se opone a las opiniones que consideran la presencia de una epidemia prolongada de viruela en Nuevo México entre 1636 y 1641 y, en vista de la duración, los síntomas y los efectos presentes en los misioneros europeos, el autor aboga por su identificación como escarlatina⁵⁸. Si estas y otras enfermedades, como recuerda Barrett,

⁵⁵ LYNCH John, *The Hispanic World in Crisis and Change, 1598–1700*. Oxford 1994, p. 301; ZEITLIN Judith Francis, *Ranchers and Indians on the Southern Isthmus of Tehuantepec. Economic Change and Indigenous Survival in Colonial Mexico*. En: *The Hispanic American Historical Review*, 69 (1989), pp. 23–60 aquí p.40.

⁵⁶ AMITH Jonathan D., *Place Making and Place Breaking. Migration and the Development Cycle of Community in Colonial Mexico*. En: *American Ethnologist*, 32(2005), pp. 159–179 aquí p. 164; HASKETT Robert S., “Our Suffering with the Taxco Tribute“. *Involuntary Mine Labor and Indigenous Society in Central New Spain*. En: *The Hispanic American Historical Review*, 71 (1991), pp. 447–475, aquí p. 457; FEW Martha, *Circulating Smallpox Knowledge. Guatemalan Doctors, Maya Indians and Designing Spain’s Smallpox Vaccination Expedition, 1780–1803*. En: *The British Journal for the History of Science*, 43 (2010), pp 519–537 aquí p. 303.

⁵⁷ REFF 1987, p.704; Upham Steadman, *Understanding the Disease History of the Southwest. A Reply to Reff*. En: *American Anthropologist*, 89(1987), pp 708–710 aquí p. 709.

⁵⁸ DOBYNS 1989, p.173.

fueron introducidas desde el norte de México, particularmente el área alrededor de Monterrey y la región minera de Zacatecas, a las regiones de la actual Arizona o Nuevo México⁵⁹, no se puede probar, parece posible a través de los canales de comunicación. Las fuentes para el norte de México y el suroeste de los Estados Unidos de hoy pueden describirse como pobres durante gran parte del siglo XVII, sobre todo porque se perdieron innumerables documentos durante la llamada "Revuelta de los pueblos" de 1680⁶⁰. En general, las condiciones climáticas del Nuevo México actual favorecieron la propagación de la viruela y el sarampión, pero no del tifus o la disentería. La parte sur del área, que es más baja en promedio, aparentemente sufrió más epidemias; también porque está ubicada más cerca de los centros de población más grandes y mejor conectados a las rutas de tráfico⁶¹. Sin embargo, de acuerdo con recientes estudios, que también incorporaron tecnología láser y análisis de anillos de árboles, se ha sugerido una disminución de la población de más del 80 por ciento entre 1620 y 1680 para los asentamientos de Jemez Pueblo en el norte de Nuevo México⁶².

Como se mencionó anteriormente, una epidemia de tifus en México fue identificada por primera vez como tal por observadores contemporáneos en 1655⁶³. Debido a que ya se conocía esta enfermedad en el contexto ibérico y por lo tanto se puede asociar tanto

⁵⁹ BARRETT Elinore M., *Conquest and Catastrophe. Changing Rio Grande Pueblo Settlement Patterns in Sixteenth and Seventeenth Centuries*. Albuquerque, NM 2002, p. 79.

⁶⁰ AUSTIN ALCHON Suzanne, *A Pest in the Land. New World Epidemics in a Global Perspective*. Albuquerque, NM 2003, p. 96.

⁶¹ JONES, Eric E., *Spatiotemporal Analysis of Old World Diseases in North America, A. D. 1519–1807*. En: *American Antiquity*, 79(2014), pp. 487–506 aquí p. 501; RAMENOFISKY Ann F., *The Problem of Introduced Infectious Diseases in New Mexico. A.D. 1540–1680*. En: *Journal of Anthropological Research*, 52(1996), pp. 161–184 aquí p. 169.

⁶² LIEBMANN 2016, p. 701.

⁶³ BURNS 2014.

a malas condiciones sanitarias como a la desnutrición⁶⁴, la interpretación correspondiente parece ser relativamente creíble, incluso si no se puede descartar la confusión con otros tipos de fiebre. El aumento de la mortalidad entre la población española de la Ciudad de México en 1669 está definitivamente representado por Canales Guerrero como consecuencia del tifo⁶⁵. En la Ciudad de México, la tuberculosis y la rabia en particular fueron una amenaza mortal durante todo el siglo XVII⁶⁶.

Ya en 1648, se informa de una gran cantidad de enfermedades que generalmente se interpretan como una expresión de una epidemia de fiebre amarilla que se había extendido desde las "islas del azúcar" del Caribe, como Barbados y Guadalupe, hasta el continente americano⁶⁷. En cualquier caso, esta epidemia difería significativamente de las enfermedades infecciosas anteriores en un aspecto: la población europea era muy susceptible a ella, quizás estaba incluso más en riesgo que los pueblos indígenas. En la península de Yucatán, por ejemplo, murieron el gobernador, el provincial de la orden franciscana, los guardianes de los conventos franciscanos de Mérida y más de 20 hermanos que vivían allí⁶⁸. Mientras que el número de muertes en la población europea de Mérida en los

⁶⁴ LENKE Sabine, *Heil und Heilung. Krankheitsvorstellungen und Heilkunde der südamerikanischen Guaraní-Indianer, gespiegelt in den Quellen der Jesuiten*. Dissertation, Freie Univ. Berlin 2012, p. 227.

⁶⁵ CANALES GUERRERO Pedro, *Historia natural del tifo epidémico. Comprender la alta incidencia y rapidez en la transmisión de la Rickettsia prowazekii*. En: González Flores, José Gustavo (Ed.). *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia en población adulta del siglo XVII al XIX*. Saltillo 2017. p. 17.

⁶⁶ LEIBY John S., *The Royal Indian Hospital of Mexico City, 1553–1680*. En: *The Historian*, 57 (1995), pp. 573–580 aquí p. 578.

⁶⁷ MCNEILL J. R., *Yellow Jack and Geopolitics. Environment, Epidemics, and the Struggles for Empire in the American Tropics, 1640–1830*. En: *Review (Fernand Braudel Center)*, 27 (2004), pp. 343–364 aquí p. 351; NEWSON Linda, *Indian Population Patterns in Colonial Spanish America*. En: *Latin American Research Review*, 20(1985) pp. 41–74 aquí p. 47; ROGERS et al., *The Global Distribution of Yellow Fever and Dengue*. En: *Advanced Parasitology* 62(2006), pp. 181–220 aquí 181.

primeros seis meses de 1648 fue alrededor de 20 a 30, superó las 700 en agosto. Se puede suponer que la fiebre amarilla, o al menos una enfermedad muy similar, había ocurrido repetidamente en la región de Yucatán en la época precolonial; una de las fuentes más importantes sobre la historia de las culturas mayas, el Popol Vuh, informa sobre una enfermedad llamada *xekik*, que se manifestó en vómitos de sangre y ocurrió entre 1480 y 1485⁶⁹. Además de mareos, dolor de cabeza, dolor en las extremidades y sangrado, los vómitos son un síntoma central de las enfermedades graves relacionadas con la fiebre amarilla, que se conocían como vómito prieto ("vómitos negros") antes de que la fiebre amarilla se convirtiera en un término popular en español.⁷⁰ Es evidente que los monos salvajes, entre los que circula este mal, vivían cerca de las poblaciones precolombinas. Sin embargo, la situación con respecto a la presencia de mosquitos del género *Aedes*, que actúan como vector primario, en América antes de 1492 es menos clara⁷¹. El hecho de que, como enfatizaron los observadores contemporáneos de la epidemia de 1648, la atención médica era prácticamente inexistente en Yucatán, puede haber contribuido a los efectos devastadores de la enfermedad⁷². Esta epidemia siguió desde 1651 hasta 1653, años de cosechas de maíz por debajo del promedio y hambre, así como una epidemia en 1654, que probablemente fue de viruela⁷³.

⁶⁸ PATCH Robert W., *Maya and Spaniard in Yucatan, 1648–1812*. Stanford, CA 1993, p.43.

⁶⁹ GÓNGORA-BIACHI Renán A., *La Fiebre Amarilla en Yucatán durante las épocas precolombina y colonial*. En: *Revista Biomédica*, 11 (2000), pp. 301–307 aquí 302.

⁷⁰ KNAUT Andrew L., *Yellow Fever and the Late Colonial Public Health Response in the Port of Veracruz*. En: *The Hispanic American Historical Review*, 77 (1997) pp. 619–644 aquí p. 623.

⁷¹ GÓNGORA-BIACHI, 2000, p. 301; PATCH, 1996, p. 731; Reiter Paul, *Climate Change and Mosquito-Borne Disease*. *Environmental Health Perspectives*, 109 (2001), pp. 141–161 aquí p. 153.

⁷² KASHANIPOUR Ryan Amirn *A World of Cures. Magic and Medicine in Colonial Yucatán*. PhD Thesis, Univ. of Arizona. Tuscon 2012, p.182.

Incluso hacia finales de los siglos XVII y XVIII, las enfermedades infecciosas podrían, por supuesto, cobrar muchas víctimas y causar problemas estructurales a largo plazo: en la ciudad de Puebla, donde vivían alrededor de 90.000 personas en 1690, se sufriría de sarampión dos años después y en 1696 de ambos: sarampión y una epidemia de fiebre tifoidea; en 1746, alrededor de 50.000 personas aún residían en la ciudad (después de otra epidemia de matlazahuatl en 1737)⁷⁴. En la ciudad de Cholula y sus alrededores, hubo alrededor de 17,000 muertes en 1737/1738, en comparación con las habituales 750 a 1,000 por año, un signo inconfundible de los efectos del matlazahuatl⁷⁵. En 1777, más de la mitad de los niños y un porcentaje aún mayor de los recién nacidos en el asentamiento de la misión de Santa Clara en California murieron de una enfermedad infecciosa que es en parte no identificable y en parte se considera que fue influenza⁷⁶.

Por otro lado, la Ciudad de México fue azotada por epidemias de viruela en 1761/1762, 1779/1780 y 1797/17984 y aunque se conocía la vacunación, no se convirtió en una práctica generalizada hasta finales del siglo XVIII, mientras que este método ya era utilizado a mayor escala en Chiapas y Guatemala desde 1780⁷⁷. En ese año, la viruela, que coincidió con un ciclo de sequía, cobró miles de víctimas entre el pueblo de Nuevo México⁷⁸. Los intervalos de tiempo entre las epidemias mencionadas y su relación con la Ciudad de México se

⁷³ COOK Sherburne F., Borah Woodrow, *Essays in Population History. Mexico and the Caribbean*. Vol. 2. Berkeley, CA 1974, p. 116.

⁷⁴ RAMOS Frances L., *Identity, Ritual, and Power in Colonial Puebla*. Tucson, AZ 2012, 2012 p. 8.

⁷⁵ MCCA 2000, p. 268.

⁷⁶ DREYFUS Philip J., *Our Better Nature. Environment and the Making of San Francisco*. Norman, Oklahoma 2008, p. 27; JONES Eric E., *Spatiotemporal Analysis of Old World Diseases in North America, A. D. 1519–1807*. En: *American Antiquity*, 79 (2014), pp. 487–506 aquí p.491.

⁷⁷ AGOSTINI Claudia, *Knowledge, Actors and Strategies. Smallpox Vaccination in Mexico City, 1803–1872*. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/75397> (09.07.2020) FEW 2010, p. 522.

pueden encontrar en la segunda mitad del siglo XVIII, y también posteriormente, de forma similar – entre 11 y 20 años entre las dos oleadas – en otras partes de la Nueva España, como Guanajuato, en el centro norte de México⁷⁹, Arizona y Nuevo México⁸⁰, Oaxaca⁸¹ y Guatemala⁸².

Conclusión

Si se comparan los tres casos examinados con la crisis del Covid-19 durante el 2020, se nota que existen numerosos paralelismos. El origen de las epidemias siempre se ha buscado en el Lejano Oriente, sobre todo en China, lo que alimenta el mito del peligro amarillo. Si el centro no era el Lejano Oriente, se especulaba sobre la influencia del Imperio Otomano o la África Negra como el lugar donde estalló la epidemia; en cualquier caso, el “enemigo” siempre fue importado del “extranjero” al “centro”. Desde el punto de vista médico, no era tan importante qué enfermedad era, porque durante siglos la peste y la viruela se diagnosticaban siempre como el mismo mal a pesar que solo

⁷⁸ SCURLOCK Dan, *From the Rio to the Sierra. An Environmental History of the Middle Rio Grande Basin*. Fort Collins, CO 1998, p. 27.

⁷⁹ CAMACHO Alberto Neibeth, *Guanajuato y Valladolid de Michoacán durante la epidemia de viruela de 1797–1798*. En: Cramaussel, Chantal (Ed.). *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*. Vol. 1. Zamora 2010, pp-93–104; THOMPSON 1993. p. 435.

⁸⁰ DOBYNS Henry F. 1983. *Their Number become thinned. Native American Population Dynamics in Eastern North America*. Knoxville, TN 1983, p. 28; KESSELL John L., Kiva, Cross, and Crown. *The Pecos Indians and New Mexico, 1540–1840*. Washington, DC 1979, p.378.

⁸¹ FENN Elizabeth A., *Pox Americana. The Great North American Smallpox Epidemic of 1776–1783*. PhD Thesis, Yale Univ New Haven 1999; HAMNETT Brian R., *Dye Production, Food Supply, and the Laboring Population of Oaxaca, 1750–1820*. En: *The Hispanic American Historical Review*, 51(1971), pp. 51–78 aquí p. 61; RAMÍREZ Paul, „Like Herod’s Massacre”. *Quarantines, Bourbon Reform, and Popular Protest in Oaxaca’s Smallpox Epidemic, 1796–1797*. En: *The Americas*, 69m (2012), pp. 203–235.

⁸² Few 2010; Smith 1974: 8

coincidían unos pocos síntomas, por lo que no se tomaba demasiado en serio. Sin embargo, las medidas tomadas por los gobiernos para contener las epidemias se siguieron en concordancia con el pasado. Cierres de fronteras, cuarentenas, toques de queda, cierres de comercios, expropiaciones, racionamiento y destierro estaban a la orden del día. Para monitorear las medidas, los gobernantes se apoyaron en la represiva violencia militar y policial y en la destrucción o apropiación de bienes en casos sospechosos. Los sectores sociales y económicamente débiles de la población, los enfermos y los grupos previamente marginados fueron siempre los que sufrieron, por lo que la afiliación religiosa a menudo jugó un papel decisivo. El personal experto tuvo una influencia decisiva en la política, aunque no siempre de acuerdo con los estándares científicos. Las disputas sobre medidas de contención o terapias y métodos de inmunización a menudo siempre estaban relacionados precariamente con ideologías y rara vez se basaban en pruebas. Por regla general, las epidemias desencadenaron colapsos económicos que provocaron incluso más muertes que la propia epidemia. Sin embargo, después de la crisis, a menudo surgieron nuevas ramas de la economía que ya habían mostrado signos durante la crisis y que, como resultado, podían cambiar la sociedad.