

La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en la provincia de Cáceres (Extremadura)

The influenza epidemic of 1918 and 1919 in the province of Cáceres (Extremadura)

FECHA DE RECEPCIÓN: OCTUBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: ENERO DE 2021

Juan Antonio Muñoz Muñoz ^a

Carlos María Neila Muñoz ^b

Palabras clave

Gripe
Epidemia
Muerte
Etnografía
Etnohistoria
Demografía histórica
Antropología
Cáceres
Extremadura

Resumen

La incidencia de la gripe de 1918 en las distintas localidades de la provincia de Cáceres es el objetivo de esta investigación que aúna y complementa la etnomedicina con otras disciplinas afines y no excluyentes entre sí. Se estudian los fallecimientos en general y los producidos en función de la palabra clave «gripe» como causa principal, inmediata y asociada. El trabajo se ha realizado en 79 localidades de Cáceres, mediante el estudio de las certificaciones de las actas depositadas en los Registros Civiles de dichas localidades entre enero de 1918 y diciembre de 1919, detallándose 12.556 fallecimientos de los que 2.833 (22,56%) se relacionan con la gripe en sus diversas oleadas. En todas las poblaciones analizadas se evidencia que el "pico" de máxima virulencia de la enfermedad es octubre de 1918; siendo mayor la mortalidad en hombres (56,5%) y en los grupos de edad de menores de 1 año (24%) y entre 30 y 40 años (17%). Es, en resumen, un recorrido histórico, antropológico, sanitario y demográfico en la última fase del ciclo de la vida en las poblaciones cacereñas al finalizar, en un contexto mundial, la I Guerra Mundial.

Keywords

Influenza
Epidemic
Death
Ethnography
Ethnohistory
Historical demography
Anthropology
Cáceres
Extremadura

Abstract

The objective of this investigation is the incidence of 1918 flu in different localities in the province of Cáceres. The research combines and complements ethnomedicine with other related and non - exclusive disciplines. Deaths at large are analysed and deaths occurred according to the keyword "influenza" as main, immediate and associated cause. This work has been carried out in 79 localities in Cáceres through the study of the certification of minutes placed on the Civil Registers of these localities from January 1918 to December 1919. There were 12.556 deaths, 2.833 (22,56%) are related to influenza in its different waves. In all the analysed localities, the peak of the highest virulence of the disease is October 1918, the mortality is higher in men (56,5%) and among age groups under one year old (24%) and between 30 and 40 years old (17%). In summary, it is a historical, anthropological, sanitary, and demographic view in the last phase of the life cycle in the localities of Cáceres in a world context, at the end of the First World War.

^a Académico de la Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

^b Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo. C.c.: carlosneila1@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Campos Luque (1999: 1) expone que *"durante los primeros años del siglo XX la estructura demográfica, extremadamente sensible aún a los cambios y problemas económicos –crisis de subsistencias, epidemias, medio ambiente, atraso en el desarrollo de medidas higiénico-sanitarias, analfabetismo-, se caracteriza por unos rasgos generales poco alentadores. La transición de una demografía antigua a un régimen demográfico moderno, no había hecho sino mostrar muy leves indicios a lo largo de siglo XIX y el retraso con respecto a los principales países europeos es manifiesto. Pero durante el primer tercio del siglo XX la transformación, aunque lenta, parece tomar ya un camino sin marcha atrás".* Tomando en cuenta esta premisa teórica, el objeto del presente artículo es el estudio de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres en los años 1918 y 1919 como consecuencia de la pandemia de «Gripe Española» («Señorita Española»; «Dama Española»; «Spanish Influenza»; «Influenza» (este término fue acuñado por unos italianos que atribuyeron la enfermedad a la atracción o "influencia" de las estrellas, allá por el siglo XIV); «Spanish Flu»; «Spanish Influenza»; «Ispanka»; «Die Spanische Grippe»; «Spanish Lady»; «Grippe Espagnole»...) que asoló y devastó el mundo entero. Álvarez Pardo y otros (2008: 94) expresan que *"el nombre de "gripe española" se debe a que los periódicos europeos no incluían ninguna referencia sobre la enfermedad, para no alarmar a las tropas que entonces luchaban en la guerra [I Guerra Mundial]. Los periódicos de España, que no estaba dentro de la contienda, sí informaban sobre la epidemia que se estaba produciendo. Por ello las únicas referencias que se tenían procedían de fuentes españolas y la pandemia fue bautizada como "gripe española"*".

La información cuantitativa de los datos recogidos en las 79 poblaciones¹ es el paso previo a la explicación social, sanitaria, demográfica, etnográfica e histórica, aplicando una metodología demográfica al estudio de esta pandemia sin olvidar el trabajo de campo fruto de la metodología activa antropológica y sanitaria al tratar de clasificar, por aspectos tales como el sexo, el estado civil, el lugar de defunción y la edad que sirven como base para comprobar y evaluar si la gripe en estos dos años de la segunda década del siglo XX incidió en las causas de defunción de las personas fallecidas, bien sean por ser inmediatas o fundamentales. Nájera Morrondo (2010: 186), expone que *"no hay duda que la pandemia de gripe de 1918-1919 constituye en términos de muertos, el mayor impacto demográfico que ha sufrido la humanidad, por su distribución mundial y sobre todo por la rapidez con que se produjo. Las causas de tan alta mortalidad han sido discutidas a lo largo de los años, no existiendo ninguna explicación convincente"*.

Se ha dividido la investigación en una serie de partes en las que realizamos una etno-medicina comparativa entre el estudio de los fallecimientos en general -y en total- en las localidades sin filtro alguno de causa ni efecto y el estudio de las personas muertas

1 En la actualidad, año 2020, la provincia de Cáceres cuenta con 222 municipios, después de la segregación de Vegaviana de Moraleja y de Alagón del Río de Galisteo el 25 de junio y el 9 de julio de 2009 respectivamente, y posteriormente la de Tiétar de Talayuela el 1 de julio de 2011, en una extensión de 19868 km² (segunda por extensión de España, después de Badajoz).

en función del filtro de «gripe» como causa principal y asociada. El descenso de la mortalidad claramente apreciable según avanzaba el siglo XX, se sitúa dentro del proceso general de transición demográfica, en el cual las variables demográficas que intervienen en el crecimiento demográfico, modifican sus valores cuantitativos en descenso (mortalidad) y en alza (natalidad). Por lo general, en el proceso de Transición Demográfica la natalidad no se incrementa, se mantiene elevada y no comienza a descender hasta que los datos de mortalidad ya son sustancialmente menores (la mortalidad sí descende antes). Es en este momento en el que se produce el mayor crecimiento demográfico, desarrollándose ambos –mortalidad y natalidad– con una temporalización que aúna criterios sociogeográficos similares en función de factores tales como el desarrollo económico, el grado de urbanidad frente a ruralidad, la higiene privada y pública y la dieta alimenticia amplia y variada. En las distintas localidades hemos estudiado las actas de defunción de los registros civiles para evaluar cómo ha incidido la pandemia de gripe en la trayectoria descendente de la mortalidad. Todo un recorrido histórico, antropológico, sanitario y demográfico en la última fase del ciclo de la vida en las poblaciones al finalizar –en un contexto más amplio y general– la I Guerra Mundial.

Iruzubieta Barragán (2008: 346) expresa que *"las crisis sanitarias sufridas por la humanidad han dejado impresas unas dolorosas huellas en el discurrir demográfico de ésta. De entre las crisis sanitarias destacan aquellas cuya etiología infecciosa ha acompañado a las sociedades a la par que se desarrollaba una lucha por su control. La peste, el cólera, el paludismo, la viruela o la gripe han sido algunas de las patologías infecciosas más devastadoras para el ser humano. Los procesos infecciosos han sido los responsables de la mayor parte de la mortalidad total a lo largo de la historia de la humanidad hasta la década de los años 50 del siglo XX, momento en el que la tendencia cambió de rumbo, con un mayor protagonismo de los procesos crónicos asociados a una mayor esperanza de la vida y a la acción de nuevos factores etiológicos. Es indudable la importancia de dos conceptos asociados a la prevención de enfermedades infecciosas como son las vacunas y la higiene. El impulso, a finales del siglo XIX y principios del XX, de medidas encaminadas a mejorar aspectos como el saneamiento de las ciudades y de las viviendas, el control de la potabilidad del agua o la calidad de los alimentos, se completaban con unas mejoras de la asistencia sanitaria de la población. La implantación y generalización de campañas de vacunación fueron un paso decisivo, y en algunas patologías definitivo, en el control de los procesos infecciosos"*.

1. METODOLOGÍA DE TRABAJO

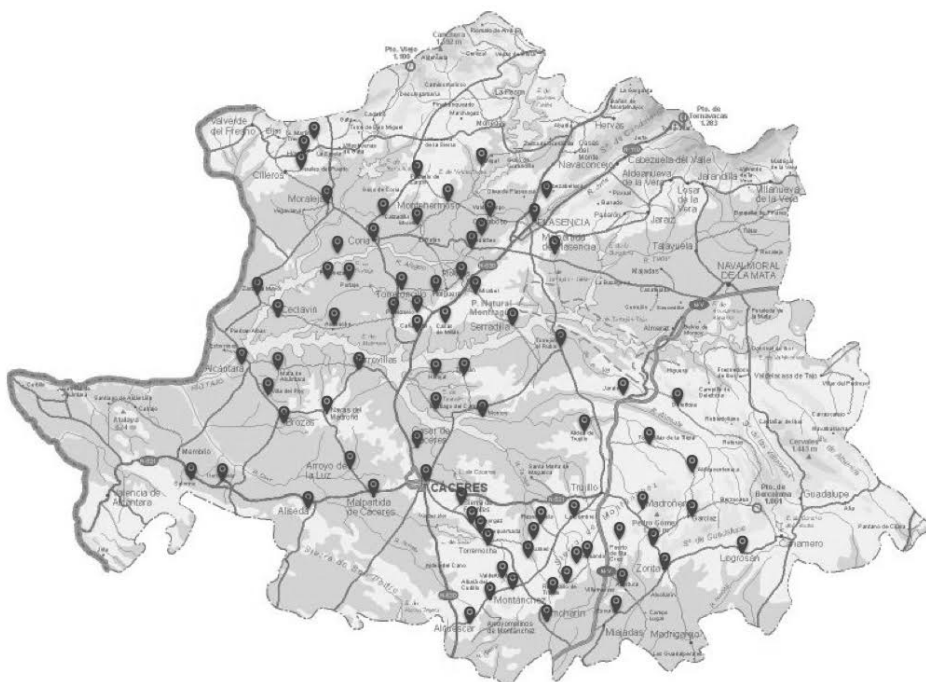
El trabajo de campo que se ha realizado para conseguir los valores cuantitativos y cualitativos propios de esta investigación se ha prolongado durante los cinco últimos años. Los datos anónimos e impersonales (La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal) que aparecen en ella se han extraído de los libros de defunciones depositados en los Registros Civiles de las poblaciones

desde el año 1871, que es cuando se crearon estos organismos administrativos en España y se comenzó a tener constancia de los movimientos de población como herramienta administrativa, legal y del Estado en igualdad de condiciones con los documentos que hasta ese momento monopolizaba la Iglesia en el control de la administración de los tres sacramentos relacionados directamente con el nacimiento, el matrimonio y la muerte. En los distintos Registros Civiles, estudiando cada certificación de fallecimientos en el trabajo de campo, se han recogido los datos clasificados en los siguientes campos: tomo del libro-fuente, número de la certificación, sexo, estado civil, edad de la persona, lugar del fallecimiento, mes, año y motivo del fallecimiento.

Las setenta y nueve localidades de la provincia de Cáceres objeto de estudio, análisis, comparación y evaluación en el momento de cerrar temporalmente esta investigación (octubre, 2020) han sido: Abertura; Acebo; Acehúche; Alcántara; Alcuéscar; Aldea del Obispo, La; Aldeacentenera; Aldehuela del Jerte; Aliseda; Almoharín; Arroyo de la Luz; Benquerencia; Botija; Brozas; Cabezabellosa; Cáceres; Calzadilla; Cañaveral; Carcaboso; Casar de Cáceres; Casas de Millán; Casillas de Coria; Ceclavín; Conquista de la Sierra; Coria; Cumbre, La; Deleitosa; Escurial; Galisteo; Garciaz; Garrovillas; Herrerueta; Hinojal; Holguera; Hoyos; Ibahernando; Jaraicejo; Logrosán; Madroñera; Malpartida de Cáceres; Malpartida de Plasencia; Mata de Alcántara; Mirabel; Montánchez; Montehermoso; Monroy; Moraleja; Morcillo; Navas del Madroño; Pedroso de Acim; Perales del Puerto; Pescueza; Plasencia; Plasenzuela; Portaje; Portezuelo; Pozuelo de Zarzón; Riolobos; Robledillo de Trujillo; Salorino; Santa Ana; Santa Cruz de la Sierra; Santiago del Campo; Santibáñez el Bajo; Serradilla; Sierra de Fuentes; Talaván; Torre de Santa María; Torrecillas de la Tiesa; Torrejón el Rubio; Torrejuncillo; Torremocha; Torreorgaz; Torrequemada; Valdefuentes; Villa del Rey; Zarza de Montánchez; Zarza la Mayor y Zorita.

Mapa 1

Distribución geográfica de las localidades de la provincia de Cáceres objeto de estudio



Fuente: Elaboración propia.

2. LA POBLACIÓN DE CÁCERES (1842-2011) SEGÚN LOS CENSOS DE POBLACIÓN

La población de Hecho y de Derecho de las localidades de la provincia de Cáceres, según los datos que obran en el INE (Instituto Nacional de Estadística) y recogida en los correspondientes censos municipales, es la siguiente

Tabla 1
Comparación y evolución de la población de Derecho de las localidades (1877-2011)

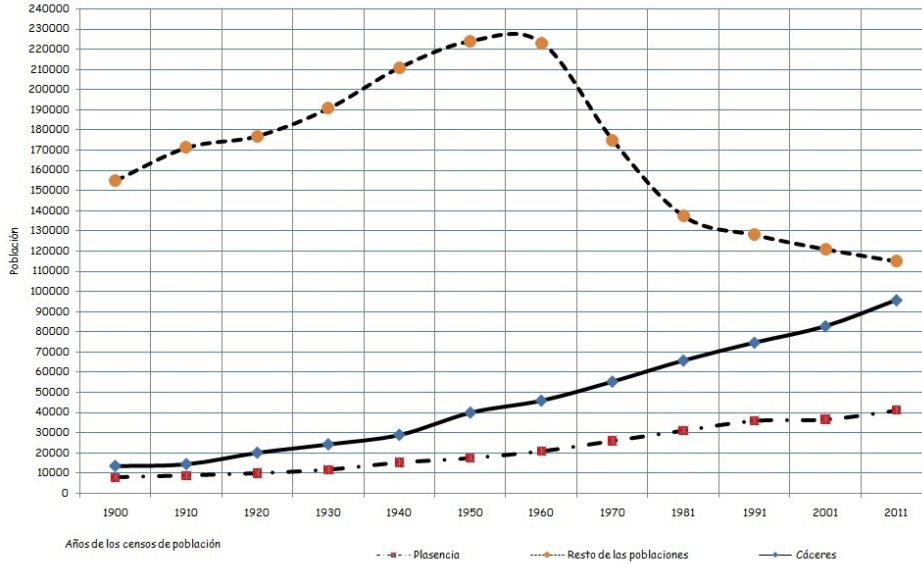
<i>Años</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Cáceres</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Plasencia</i>	<i>Población de Derecho Resto de localidades</i>
1877	11.847	6.404	129.160
1887	13.749	7.608	145.597
1897	13.665	8.067	150.210
1900	13.617	7.965	154.868
1910	14.562	8.923	171.199
1920	20.218	10.016	176.932
1930	24.352	11.805	190.651
1940	29.030	15.308	210.917
1950	40.009	17.507	224.022
1960	45.960	20.962	223.209
1970	55.341	26.051	174.897
1981	65.758	31.201	137.214
1991	74.589	36.060	127.937
2001	82.716	36.690	120.797
2011	95.616	41.162	114.840

Fuente: Población de las 79 localidades de esta investigación (1841-2011). INE. A partir del censo de 2001, la población que aparece es la población Residente, equivale a la de Derecho.

En la tabla 1 se aprecia cómo ha ido evolucionando la población en las localidades de Cáceres y Plasencia y, en el resto de las 77 localidades de la provincia de Cáceres, desde el censo poblacional de 1877 hasta el de 2011. En el gráfico 1, las variables cualitativas se traducen en tres líneas claramente diferenciadas, que representa la evolución poblacional mediante los datos censales. Sin embargo, al representar estos datos gráficamente, los cortes temporales no son homogéneos por la propia periodización de los censos. Este hecho puede distorsionar la visión de la población y dar la impresión de un crecimiento más pausado entre dichos años. Por este motivo hemos representado los datos cuantitativos a partir del censo de 1900, teniendo en cuenta que del censo de 1970 al de 1981, transcurren once años y, a partir de esa fecha, otra vez se estabiliza en tramos de diez años.

Gráfico 1

Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 79 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2011 (Escala aritmética)

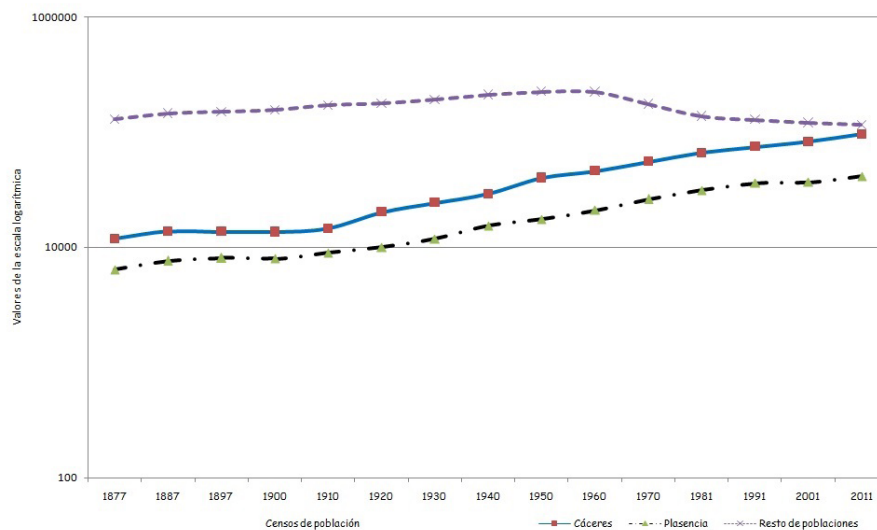


Fuente: INE. Elaboración propia.

Para profundizar en la correcta interpretación de la evolución de la población en las 79 localidades de la provincia de Cáceres mediante la escala aritmética, se muestra en el gráfico 2 los mismos datos pero en una escala logarítmica pues como se presentan valores más pequeños no aparecen representados adecuadamente, aunque sí de manera complementaria.

Gráfico 2

Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 79 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2011 (Escala logarítmica)



Fuente: INE. Elaboración propia.

La población de Cáceres, como capital de la provincia ha mantenido su progresión constante en el siglo XIX y en el XX. La localidad crece como foco de atención laboral, administrativa, sanitaria y política de la provincia del norte de Extremadura. La segunda población en número de habitantes, tomando como referencia el censo poblacional de 2011, es Plasencia, centro neurálgico del norte de la provincia cacereña. Si se toma como base los últimos cuatro censos de población (1981, 1991, 2001 y 2011), las localidades que han crecido en número de habitantes –además de Cáceres y de Plasencia–, han sido: Casar de Cáceres (de 3.758 ha pasado a 4.792 habitantes); Coria (de 10.390 ha pasado a 12.994 habitantes), Torreorgaz (de 1.302 ha pasado a 1740), Montánchez (5.296 a 5.888), Malpartida de Cáceres (3.528 a 4.447) y Sierra de Fuentes (de 1.623 ha pasado a 2.059 habitantes). Algunas de estas ciudades han crecido por la cercanía a Cáceres y ser consideradas como poblaciones satélites. En todas las demás comunidades se ha observado un descenso poblacional a partir del censo de 1960 y estabilizándose con el censo del año 1981. A partir de este momento, la población se ha mantenido con regularidad y con más o menos fluctuaciones.

Desconocemos si ha habido algún tipo de estudio histórico, médico, sociológico, demográfico, antropológico sobre la gripe y sus consecuencias en alguna localidad, comarca, provincia o en la comunidad extremeña. En todas las bases bibliográficas consultadas no ha aparecido documento alguno –publicado o no– que haga referencia a esta pandemia y a los fallecimientos históricos en el entorno geográfico cacereño próximo, a excepción de la aportación al conocimiento de la incidencia de la gripe en las dos ciudades más importantes de Extremadura: Cáceres y Plasencia, dentro de las comunicaciones aparecidas en los *XLII y XLIII Coloquios Históricos de Extremadura* (Trujillo, Cáceres) y de la población de Brozas (Neila Muñoz, 2020)².

3. LA GRIP(P)E EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA. APROXIMACIÓN

La gripe española, en forma de epidemia³ y de pandemia⁴, fue la gran catástrofe mun-

2 Todo lo contrario lo sucedido con otras investigaciones en otros ámbitos geográficos como los siguientes: Blanes Llorens (España); Elexpuru Camiruaga (Bilbao); Herrera Rodríguez (Puerto de Santa María -Cádiz- y Cádiz); Sáinz Otero (Cádiz); Álvarez Pardo, Fernández López, González Taboada, Höfer y Gómez Gómez (Oviedo, Gijón, Avilés); García-Consuegra (Daimiel -Ciudad Real-); Barreda Marcos (Palencia); Porrás Gallo (Madrid); Vázquez Arias (Pontedeume -A Coruña); Fernández Fernández y Veiga Ferreira (Betanzos -A Coruña-); Palazón Ferrando (Alicante); Urquía Echave (Guipúzcoa); Sánchez Gozalbo (Castellón); Cardona Ivars (Benisa y comarca -Alicante-); De Prado Moura (Palencia); Aguirre Leizeaga (Andoain -Guipúzcoa-); Gondra y Erkoreka (Bilbao); Iruzubieta Barragán (Logroño); Astigarraga Lizundia (Navarra); García-Faria del Corral (Zamora); Martínez Pons (Valencia); Ramos Martínez (Pamplona); Sena Espinel (Salamanca); Hernández Ferrer (Cartagena); Silva Ortiz (Llerena -Badajoz- y campiña sur de Badajoz) y Herrera Rodríguez y Almenara Barrios (San Fernando -Cádiz-).

3 Epidemia (del griego epi, por sobre y demos, pueblo), es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado. Para evitar el sensacionalismo que conlleva esta palabra en ocasiones se utiliza el sinónimo de brote epidémico o brote.

4 Una pandemia, vocablo que procede del griego pandêmon nosêma, de παν (pan = todo) + δήμος (demos = pueblo) + nosêma (= enfermedad), expresión que significa enfermedad de todo un pueblo es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa.

dial sanitaria del siglo XX y que constituye una de las dos grandes crisis demográficas en la España del siglo pasado. Ella asoló, en períodos de tiempo no correlativos ni consecutivos, espacios geográficos humanos en los cinco continentes. Investigadores contemporáneos aceptan el hecho del inicio de la epidemia en marzo de 1918 en Estados Unidos y más en concreto en el campamento del ejército americano Camp Funston, dentro de la base militar Fort Riley, en la zona de Haskell County, en el estado de Texas, siendo la I Guerra Mundial el vehículo transmisor de la enfermedad a Europa y, posteriormente, al resto del mundo en forma de movilizaciones de contingentes de tropa del ejército norteamericano (aunque no todos estén de acuerdo en este origen) (Barry, 2004; Nájera, 2010). Por este motivo, la propagación de la enfermedad se vio favorecida por factores propios e inherentes al conflicto como fueron el hacinamiento, la desnutrición, la falta de higiene, la falta de medicinas, las migraciones, los desplazamientos masivos de personas, etc. (Echeverri, 1993, 2018; Erkoreka, 2010). Es frecuente emitir una respuesta xenófoba al atribuir las calamidades, miserias, defectos de un hecho, acción, enfermedad, etc. a otros países ajenos al propio; así, González García (2013: 310) expresa que *"la proclamación en mayo [de 1918] de la existencia de una enfermedad por parte de las autoridades españolas, unida al recelo de las potencias europeas y mundiales por la neutralidad de España en la guerra, hicieron que esta denominación [Spanish flu o Spanish lady] acuñada por la Royal Academy of Medicine de Gran Bretaña quedara irremediamente asociada para siempre a nuestro país"*. En su momento, esta epidemia no tuvo una importancia relevante porque el mundo estaba inmerso en una contienda que iba a reestructurar de forma temporal las fronteras del viejo continente, escenario del campo de batalla, por lo que aún, al día de hoy, se desconoce el número total aproximado de los fallecimientos en los distintos países afectados.

De manera general se han consensuado, en función de los datos registrados en el apartado de 'causa' en las actas de defunción de los registros civiles, varias ondas u olas epidémicas con ciertas modificaciones temporales propias de las estaciones meteorológicas de cada país o continente: primera (mayo-julio, 1918); segunda (septiembre-diciembre, 1918); tercera (enero-julio, 1919) y cierto rebrote en los seis primeros meses del año 1920 de una forma parcial y muy localizada geográficamente. Herrera Rodríguez (1996: 32) expresa que:

"en España [...] la pandemia gripal golpeó con intensidad y evolucionó en varias "oleadas". La primera "oleada" abarcó los meses de mayo y junio. Observadores documentados apuntaron que la epidemia venía de Francia, achacándose especialmente al tráfico de trabajadores españoles y portugueses que acudían al país galo con finalidad de sustituir a los trabajadores franceses que estaban en la guerra. El paso de estos obreros por la frontera a su regreso fue quizá un factor determinante en la introducción de la enfermedad en España. La epidemia desapareció rápidamente, pero las zonas más afectadas fueron Extremadura, Andalucía y la mitad sur de la Meseta Central. La segunda "oleada" abarcó los meses de septiembre a diciembre. Los estudiosos señalan dos vías de difusión relacionadas con las líneas de ferrocarril. En primer lugar, Port Bou, difundiendo la epidemia desde Cataluña a Almería; y, la segunda, de Irún hasta Medina del Campo, extendiéndose a todas las poblaciones. Se apuntaron como vectores fundamentales de la difusión a trabajadores y al personal militar constantemente movilizado. Finalmente, la tercera "oleada", que fue menos explosiva, pero que duró de enero a junio de 1919".

Estas olas u ondas aparecieron casi simultáneamente en todo el orbe, poniendo de manifiesto la deficiente, inexistente e insuficiente estructura sanitaria materializada en organizaciones que tenían que cuidar y velar por la salud comunitaria nacional y mundial y en el desconocimiento de los orígenes, de las causas y de las manifestaciones posteriores de la epidemia. No obstante, tal y como expresa Porrás Gallo (1994), se propusieron iniciativas legislativas para reordenar la sanidad española tales como el proyecto de Ley de epidemias (1914); el proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas (julio, 1919); el proyecto que llevó el mismo nombre (noviembre, 1919); el proyecto de Ley de profilaxis pública de enfermedades evitables (1922) y el Real Decreto del 10 de enero de 1919 en relación con la prevención de las enfermedades contagiosas, publicada en la Gaceta de Madrid núm. 23 de 23 de enero de 1919 (páginas 308 a 310) y que entre otras cosas expresa que:

"las disposiciones encaminadas a evitarlos [los agentes infecciosos] empezarán a redimir a España de su morbosidad crecida y de su mortalidad considerable, superiores a la media de la mayor parte de los países de Europa y de América, y que empobrecen a nuestro pueblo con la pérdida indebida de tantas gentes como enferman sin deber enfermar en tan deplorable proporción, y que mueren sin deber morir tan a destiempo".

El Ministerio de la Gobernación expone que:

"suscribe entiende que la reforma más urgente que hay que llevar a nuestra legislación sanitaria es la referente a la profilaxis pública de las enfermedades transmisibles: la declaración obligatoria de todo caso de enfermedad de este género; el aislamiento y hospitalización de los enfermos para impedir el contagio; la desinfección de las cosas y personas contaminadas o sospechosas de contaminación, y el empleo de vacunas y sueros preventivos, llevando todo ello con el carácter de imperativo a las prácticas sanitarias, constituyen seguramente medios poderosos para alcanzar en poco tiempo la reducción del tipo ordinario de nuestra mortalidad anual y la prolongación de la vida media del hombre en España".

En lo que se refiere a la gripe, fue encuadrada en el grupo B de «Infecciones comunes» haciendo constar que la declaración oficial de las infecciones encuadradas en este grupo sería publicada por los Gobernadores después de acordadas por las Juntas Provinciales, previo informe de las Juntas Municipales y el posible aislamiento de la persona infectada se,

"procurará llevarlo a cabo siempre que sea posible en el propio domicilio del enfermo; pero cuando a juicio del Inspector municipal de Sanidad sea absolutamente imposible realizarlo de modo que no constituya un grave riesgo para la salud pública, podrá ordenarse el transporte del enfermo a un Hospital de aislamiento o Casa de Salud [...] Todos los Ayuntamientos tendrán, en proporción con sus recursos, un local adecuado y en condiciones de ser utilizado en cualquier caso para aislamiento de los enfermos infecciosos".

Este Real Decreto fue redactado, siendo ministro de la Gobernación Amalio Gimeno Cabañas y firmado por el rey Alfonso XIII.

Aguirre Leizeaga (2002: 247) escribe que:

"...si exceptuamos el sida, la pandemia gripal de 1918 constituyó, en su momento, uno de los últimos eclipses sanitarios del siglo XX a escala planetaria. Tuvo la capacidad de cincelar las pirámides de población, testimonio funesto que aleja dudas sobre la trascendencia del acontecimiento, las reservas del cuerpo médico -con posturas encontradas, quizá producto de la impotencia- empañaron el ejercicio de su actividad, así como los pronósticos sobre la pandemia en función de sus manifestaciones. En la actualidad, los textos científicos, divulgativos o históricos se hacen eco del año 1918 a modo de lacra indeleble; pero desde planos diversos y divergentes, lo que permite distintos enfoques históricos: ni correctos ni incorrectos, simplemente complementarios".

En cuanto a la terminología más comúnmente utilizada, Nájera Morrondo (2010: 162-163) expresa que:

"el término "influenza" parece haber sido empleado en Italia en la Edad Media como una forma general de referirse a las enfermedades infecciosas [...] En 1580, dos historiadores italianos, Domenico y Pietro Buoninsegni, convencidos de la perniciosa influencia de las estrellas sobre la salud de los hombres, la bautizan con un nombre que ha perdurado hasta nuestros días, "influenza". Más tarde aparece la "influenza di freddo" o influencia del frío. En 1709, Lancisi escribió un opúsculo sobre la "influenza" y la palabra se generalizó en Inglaterra [...] Por otra parte, el nombre de "gripe", en español y "gripa" en italiano proceden del francés "grippe" y éste a su vez del suizo-alemán "grupi" (acurrucarse)...".

Con estas otras premisas terminológicas, las valoraciones diagnósticas escritas y recogidas en las actas de los libros de los registros civiles debieron ser el resultado de la opinión especializada de un profesional de la salud, aunque, en muchas ocasiones, los motivos del fallecimiento eran comunicados a los encargados de la cumplimentación y de la custodia de las actas por personas allegadas a los fallecidos con escasa o nula formación en el mundo de la medicina y con un conocimiento derivado de la experiencia vivencial o de las modas diagnósticas imperantes en la zona o en el tiempo, lo que lleva consigo un problema añadido de cara a una correcta y precisa interpretación de los datos diagnósticos.

4. PERSONAS FALLECIDAS EN LAS DISTINTAS POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE CÁCERES EN 1918 Y 1919. TEMPORALIZACIÓN

Campos Luque (1999: 11) expone que *"en 1900 la mortalidad española era excesiva en comparación con la de los países europeos. Según Jordi Nadal, "desde 1901-1905, el número de óbitos se ha reducido de quinquenio en quinquenio, muy a menudo de año en año, con las solas excepciones de 1918-1920, producida por la epidemia gripal, y de 1936-1941, producida por la guerra civil..."* (Nadal, 1973; Echeverri, 1983). *Sin embargo, el descenso de las tasas de mortalidad durante el primer tercio del siglo fue importante. Se ha dicho que en ningún otro período de nuestra historia se ha dado una caída comparable de la mortalidad general".* Teniendo en cuenta esta reflexión, el número de personas falleci-

das en todas y cada una de las 79 localidades se muestra en el cuadro de datos (Tabla 2), haciendo constar igualmente el número total de personas que han sido estudiadas, filtradas, evaluadas y valoradas en el trabajo de campo realizado, ascendiendo a un total de 12.556 óbitos. Igualmente se muestran los datos cuantitativos de las personas que han fallecido a causa de la gripe en esas mismas poblaciones, ascendiendo a una cifra de 2.833, lo que supone un 22,56 %, un valor considerablemente alto para un solo tipo concreto de causa inmediata de muerte.

Tabla 2
Personas fallecidas por causas de todo tipo y por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>	<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>
Abertura	49	11	Malpartida de Plasencia	322	123
Acebo	154	55	Mata de Alcántara	79	8
Acehúche	104	42	Mirabel	74	12
Alcántara	244	56	Monroy	114	44
Alcuéscar	160	46	Montánchez	361	107
Aldea del Obispo, La	35	12	Montehermoso	279	58
Aldeacentenera	87	28	Moraleja	145	30
Aldehuela del Jerte	12	3	Morcillo	9	4
Aliseda	192	85	Navas del Madroño	203	29
Almoharín	173	35	Pedroso de Acim	33	1
Arroyo de la Luz	482	82	Perales del Puerto	80	4
Benquerencia	22	2	Pescueza	34	4
Botija	36	4	Plasencia	710	152
Brozas	383	88	Plasenzuela	50	4
Cabezabellosa	73	12	Portaje	62	10
Cáceres	1.075	196	Portezuelo	39	10
Calzadilla	81	15	Pozuelo de Zarzón	72	19
Cañaveral	158	18	Riolobos	85	15
Carcaboso	41	15	Robledillo de Trujillo	113	34
Casar de Cáceres	293	59	Salorino	156	29
Casas de Millán	98	27	Santa Ana	36	4
Casillas de Coria	58	8	Santa Cruz de la Sierra	47	15
Ceclavín	374	58	Santiago del Campo	80	8
Conquista de la Sierra	38	8	Santibáñez el Bajo	85	18
Coria	223	44	Serradilla	198	43

<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>	<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>
Cumbre, La	127	37	Sierra de Fuentes	129	18
Deleitosa	126	40	Talaván	139	34
Escurial	97	24	Torre de Santa María	72	13
Galisteo	73	27	Torrecillas de la Tiesa	112	18
Garciaz	61	25	Torrejón el Rubio	53	9
Garrovillas	321	86	Torrejoncillo	374	124
Herreruela	50	8	Torremocha	132	16
Hinojal	149	39	Torreorgaz	130	20
Holguera	54	9	Torrequemada	95	21
Hoyos	114	25	Valdefuentes	119	16
Ibahernando	127	24	Villa del Rey	59	11
Jaraicejo	101	17	Zarza de Montánchez	60	11
Logrosán	375	97	Zarza la Mayor	230	48
Madroñera	240	54	Zorita	356	130
Malpartida de Cáceres	370	38			
				12.556	2.833 22,56%

Fuente: INE. Elaboración propia

Las personas fallecidas en las 79 localidades de la provincia de Cáceres en los dos años objeto de este estudio, han sido 12.556 personas. Y de esas personas, ¿cuántas eran hombres y cuántas eran mujeres? Según los datos, ha fallecido un 1,50% más de hombres (51,18%) que de mujeres (48,81%) en el conjunto de las localidades de la provincia cacereña, tal y como se refleja en la tabla 3 que se muestra:

Tabla 3
Distribución por sexos de los fallecidos totales y por la gripe en el total de las ciudades analizadas

	<i>Fallecimientos totales</i>	<i>Fallecimientos por gripe</i>
Hombres	6.427 (51,18%)	1.601 (56,51%)
Mujeres	6.129 (48,81%)	1.232 (43,48%)
	12.556	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Y en lo que respecta a las personas fallecidas en razón de sexo, pero a causa de la gripe han sido 2.833.

En la tabla 4 aparecen los datos cuantitativos de las personas que han fallecido de causas relacionadas directamente con la gripe y que así se hacía constar expresamente en los apartados de "causas" (con la terminología expresada como tal) en las actas

de defunción, y de las causas relacionadas indirectamente o "variaciones" causadas por procesos que, en teoría, tuvieron relación 'causa-efecto' con las consecuencias derivadas de padecer la gripe en sus distintos vocablos. Estas causas aparecen directamente relacionadas con el término "grip(p)e" y sus diversas acepciones⁵: (P)Neumonía gripal; Bronco(p)neumonía gripal; Bronquitis gripal; Fiebre gripal; Grip(p)e; Grip(p) e cardíaca; Grip(p)e de forma nerviosa; Grip(p)e abdominal; Infección gripal; Influenza; Influenza; Meningitis gripal; Pleuresía gripal; Pulmonía gripal y Septicemia gripal. Aguirre Leizeaga (2002: 207) expresa que "el síndrome [de la gripe] se distinguía por una aparición súbita: fiebre alta, dolor de cabeza, dolor de los miembros, signos hemorrágicos, trastornos nerviosos, sensación de frío, tos y, rasgo rotundamente definitorio, la neumopatía infecciosa aguda: mortal -caso de que se diera tal desenlace- en 48 ó 72 horas. Un edema pulmonar, incontrolable en ocasiones, provocaba el ahogo de los contagiados en sus propios líquidos. La bronquitis y la bronconeumonía se incorporaban como las complicaciones de mayor incidencia".

Es conveniente igualmente investigar las variaciones de la gripe o diagnósticos paralelos más o menos acertados causantes de los fallecimientos y relacionados con patologías significativas del apartado respiratorio.

Tabla 4
Causas y variaciones terminológicas empleadas de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres analizadas durante los años 1918 y 1919)

<i>Causas y variaciones de la gripe</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Bronquitis (gripal) (aguda) (capilar) (crónica) (catarral)	638	22,52
Infección gripal	537	18,96
(P)neumonía (gripal)	505	17,83
Grip(p)e [...]	456	16,10
Bronco(p)neumonía gripal	367	12,95
Fiebre gripal	139	4,91
Pleuro(p)neumonía	105	3,71
Broncopulmonía	38	1,34
Meningitis gripal	17	0,60
Pulmonía gripal	16	0,56
Septicemia gripal	15	0,53
Total	2.833	

Fuente: INE. Elaboración propia.

5 Hay que especificar que, aunque la terminología expuesta es la que se recoge en las actas de defunción de los correspondientes libros de registro, la «neumonía» y la «bronconeumonía» son el mismo proceso y varía, exclusivamente, en el concepto; lo mismo podemos decir de la «pulmonía gripal» y la «pleuresía gripal». Todas son lo mismo: complicaciones infecciosas broncopulmonares. La «septicemia gripal» es un fallo multiorgánico que suele ir acompañado de manifestaciones hemorrágicas tan típicas en estos pacientes. La «gripe cardíaca» (fallo multiorgánico), la «gripe abdominal» y la «meningitis gripal» son complicaciones localizadas de la infección gripal sistemática.

determinada, lo que llevó consigo, desde la perspectiva actual a una confusión a la hora de una clasificación más o menos estándar (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002). A lo largo del periodo de tiempo estudiado cualitativamente, y como consecuencia de los avances médicos, las enfermedades han sido mejor y más concretamente diagnosticadas. La agrupación de las diversas causas de muertes citadas en las actas de defunción en estos años se resuelve por la Clasificación de Causas de Muerte propuesta por Jacques Bertillon y modificada, entre otros, por Thomas McKeown.

Una vez que se han obtenido los datos globales por años y por localidad, es necesario saber cuándo se han producido los fallecimientos a lo largo de los meses correspondientes a los dos años (Tabla 4) de referencia, ya que esta pandemia de gripe es, como se ha comentado anteriormente, una de las dos crisis demográficas más graves e importantes en la intrahistoria de la 'piel de toro' en los últimos años y siglos y en la trayectoria general demográfica de todos y de cada uno de los pueblos de la provincia del norte de Extremadura, pues la pandemia de gripe denominada también "*El soldado de Nápoles*", porque estaba más en boca de los españoles que ciertos pasajes de la zarzuela de éxito en esos años llamada "*La canción del olvido*"⁶, en sus distintas olas u ondas, afectó desigualmente a las provincias españolas: unas padecieron más el órdago de la primera oleada y otras el segundo y el tercero, en función de las proximidades geográficas, la cercanía de la frontera con Francia y las vías de comunicación terrestres y marítimas. El impacto de la gripe en la provincia de Cáceres se desconoce hasta este momento de una forma exhaustiva y pormenorizada en el número total de defunciones y en la extrapolación o no de las conclusiones en base a un análisis y a una valoración cuantitativa y cualitativa de una Extremadura rural, quedando reservada para futuras investigaciones que amplíen la variable geográfica a otros núcleos poblacionales, ya que "*la pobreza es un factor de riesgo añadido frente a cualquier enfermedad. Las poblaciones empobrecidas y desnutridas, que viven hacinadas, en malas condiciones higiénicas y con pocos accesos a servicios médicos y a una educación sanitaria, padecen más infecciones y con peor pronóstico*" (Echevarri Dávila, 1993: 103). La temporalización se muestra en la tabla 5.

6 *La Canción del Olvido* es una zarzuela, denominada comedia lírica, en un acto, dividido en cuatro cuadros. Con libreto de Federico Romero Sarachaga y Guillermo Fernández-Shaw Iturralde y música del maestro José Serrano, se estrenó con gran éxito en el Teatro Lírico de Valencia el 17 de noviembre de 1916 y en el Teatro de la Zarzuela de Madrid el 1 de marzo de 1918.

Tabla 5

Temporalización de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

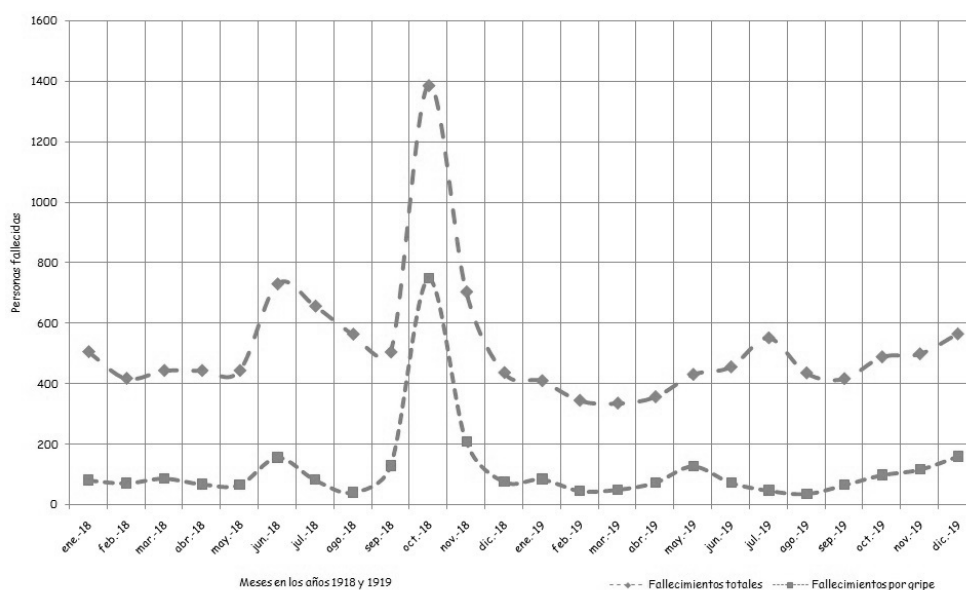
Mm/aaaa	Total de fallecimientos (general)	Total de fallecimientos por gripe	Mm/aaaa	Total de fallecimientos (general)	Total de fallecimientos por gripe
Ene/1918	507	83	Ene/1919	411	86
Feb/1918	419	73	Feb/1919	346	48
Mar/1918	445	89	Mar/1919	337	52
Abr/1918	445	70	Abr/1919	358	75
May/1918	445	68	May/1919	432	129
Jun/1918	731	158	Jun/1919	457	75
Jul/1918	658	84	Jul/1919	553	49
Ago/1918	565	43	Ago/1919	437	38
Sep/1918	506	131	Sep/1919	418	67
Oct/1918	1.387	748	Oct/1919	490	100
Nov/1918	705	210	Nov/1919	500	118
Dic/1918	438	78	Dic/1919	566	161
Totales				12.556	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se observa en esta tabla igualmente refleja los datos de las personas fallecidas por causa de la gripe especificando la distribución por sexo en los doce meses de 1918 y en los doce meses de 1919. Los valores anteriores tomados, de forma global divididos en los dos años (1918 y 1919), quedan expuestos en el gráfico 4.

Gráfico 4

Distribución de las personas fallecidas indicando la causa gripal en las localidades analizadas y el resto de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919



Fuente: INE. Elaboración propia.

Octubre de 1918 fue el mes que se cobró más defunciones en los dos años en las diferentes localidades, consideradas como un núcleo indivisible en plena estación meteorológica⁷ de otoño. Claros y manifiestos picos de sierra con sus correspondientes valles que anteceden y son posteriores a los máximos establecidos.

Por lo tanto, los datos y los gráficos anteriores hacen referencia a los meses de los dos años de forma consecutiva, correspondiendo a los de junio de 1918 (primera oleada); octubre de 1918 (segunda oleada) y marzo de 1919 y junio de 1919 (tercera oleada) cuando más incidencia tuvo la epidemia de gripe en la población de las localidades. Pero ¿qué sucede con las estaciones meteorológicas de esos dos períodos de tiempo? Para un estudio más operativo y detallado, se han dividido de la siguiente manera: invierno-1918; primavera-1918; verano-1918; otoño-1918; invierno-1918/1919; primavera-1919; verano-1919; otoño-1919 e invierno-1919.

Las «primaveras/veranos» y los «otoños» de los dos años son propicios a los fallecimientos a causa de la gripe en el conjunto de las localidades cacereñas objeto de estudio, considerándose rebotes de la enfermedad por contagio directo -entre los propios conciudadanos- y/o indirecto -por los desplazamientos de personas-. Los mínimos (valles) que aparecen entre los máximos (picos) anteriormente citados fueron relativamente tranquilos en cuanto a este tipo de causas de muertes, dejando paso en el período estival a las derivadas de la pésima, nula e inadecuada utilización de aguas y alimentos, todas ellas relacionadas directamente con el aparato digestivo y sus enfermedades.

5. EDADES DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otro factor a tener en cuenta en el estudio de los fallecimientos en las 79 localidades es la edad de las personas muertas. En la tabla nº 6 se aprecia la edad de fallecimiento tanto de hombres como de mujeres por separado en los años de la horquilla cronológica de investigación (1918 y 1919), sin especificar causa alguna de muerte.

7 Primavera (21 marzo a 20 junio); verano (21 junio a 20 septiembre); otoño (21 septiembre a 20 diciembre) e invierno (21 diciembre a 20 marzo).

Tabla 6

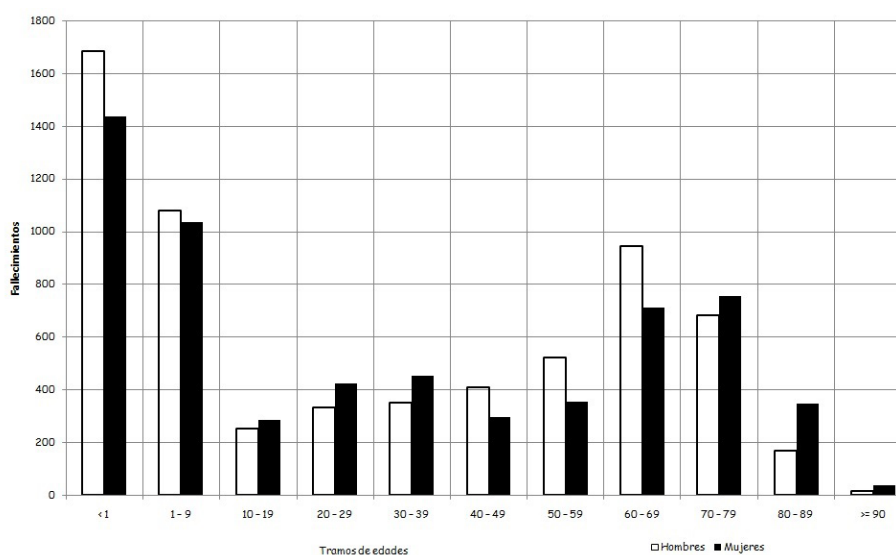
Distribución de las personas según su sexo y edad fallecidas por todo tipo de causa en las localidades analizadas de la provincia de Cáceres los años 1918 y 1919

<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	1.683	1.437	3.120
1 – 9	1.077	1.036	2.113
10 – 19	253	286	539
20 – 29	332	423	755
30 – 39	348	453	801
40 – 49	407	296	703
50 – 59	520	354	874
60 – 69	945	709	1.654
70 – 79	681	753	1.434
80 – 89	166	345	511
>= 90	15	37	52
Total	6.427	6.129	12.556

Fuente: INE. Elaboración propia.

Gráfico 5

Fallecimientos totales en las poblaciones analizadas con expresión del sexo



Fuente: INE. Elaboración propia.

Como complemento de los datos anteriores, la edad de fallecimiento tanto de hombres como de mujeres por separado en los años de la horquilla cronológica de investi-

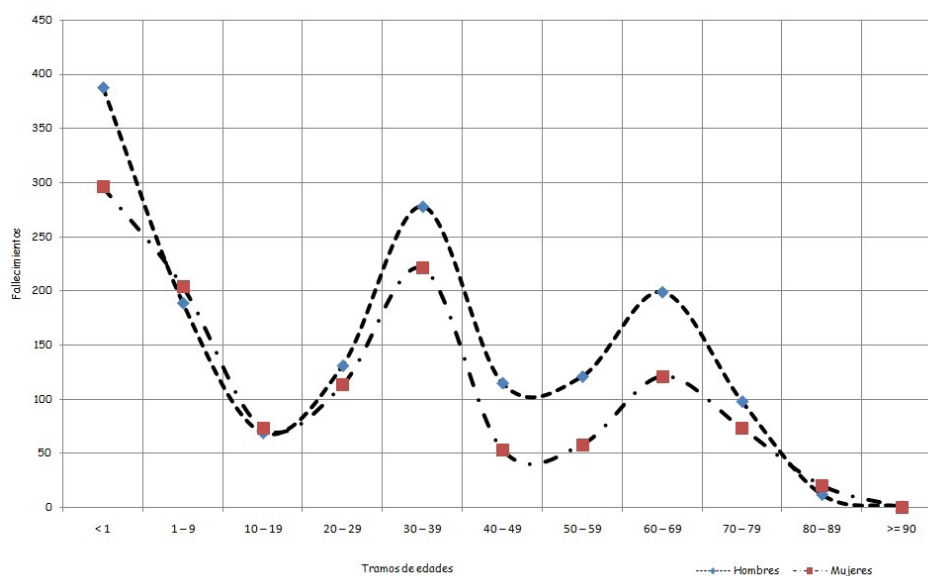
gación (1918 y 1919), pero tomando como filtro de causa inmediata la gripe, se muestra en la tabla 7.

Tabla 7
Edades de las personas fallecidas por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	388	296	684
1 – 9	189	204	393
10 – 19	69	73	142
20 – 29	131	113	244
30 – 39	278	221	499
40 – 49	115	53	168
50 – 59	121	58	179
60 – 69	199	121	320
70 – 79	98	73	171
80 – 89	12	20	32
>= 90	1	0	1
Total	1.601	1.232	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Gráfico 6
Distribución de los fallecimientos por gripe según el sexo y la edad

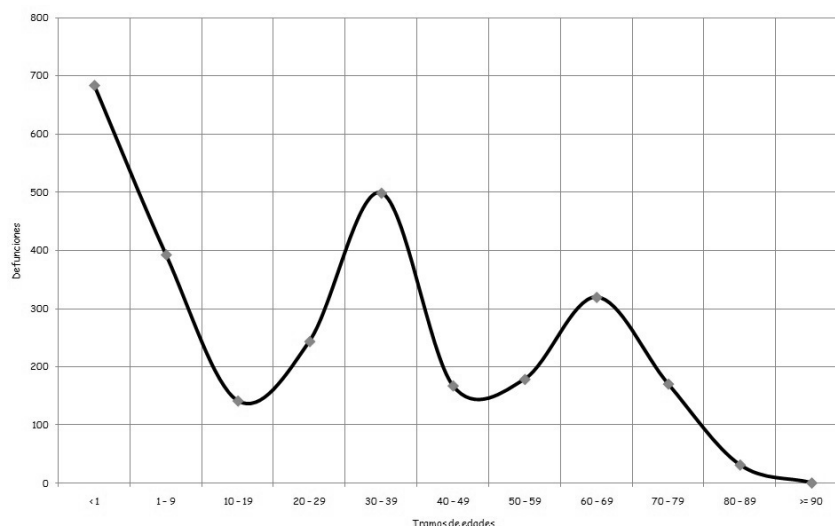


Fuente: INE. Elaboración propia.

En esta otra gráfica 7 se muestra la edad global de fallecimiento sin distinción de sexo en los dos años, sin sesgo de causa alguna y con el filtro de la gripe como causa fundamental del óbito, a modo de comparación con todos y cada uno de los valores obtenidos en las distintas localidades:

Gráfico 7

Defunciones por gripe según los tramos de edad y sexos



Fuente: INE. Elaboración propia.

¿Qué conclusiones se extraen de la visión pormenorizada de los gráficos 4, 5, 6 y 7? Las siguientes:

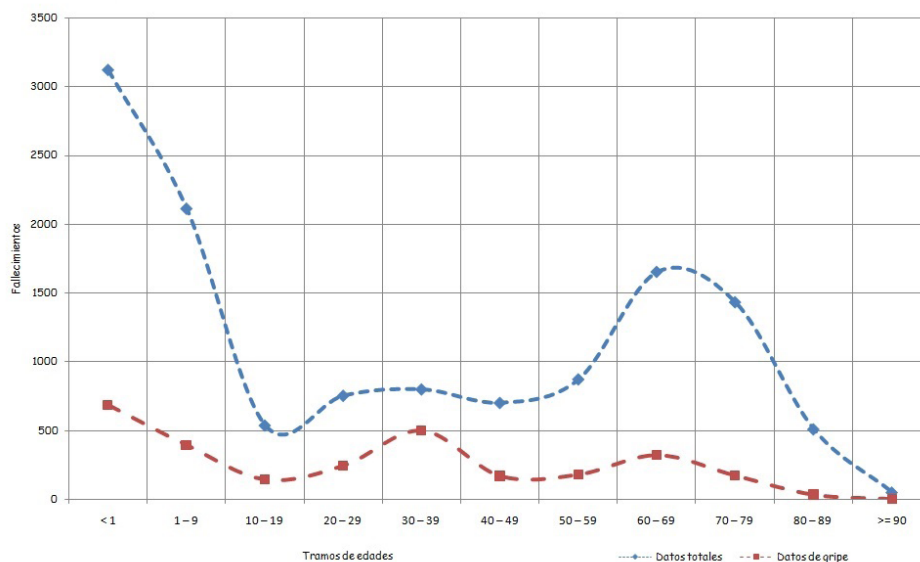
- Alta mortalidad en niños de hasta 9 años de vida, tanto por la gripe como por otras causas generales.
- Elevada mortandad en los dos tramos de edad claramente diferenciados y separados en el eje cronológico; 30-39 años y 60-69 años, en ambos sexos.
- Pocas defunciones y datos prácticamente inexistentes en la edad que transcurre en la horquilla que va desde los 10 a los 19 años y desde los 40 a los 56 años de edad: gráficos 6 y 7.
- A causa de la gripe, elevada mortalidad en las personas fallecidas entre los 30 y los 39 años de edad, grupo destinatario diana de la enfermedad: gráficos 5 y 6.
- Muy pocas personas han sobrepasado los 90 años, esperanza de vida altamente inalcanzable e impensable en los habitantes de las distintas localidades, en las primeras décadas del siglo XX.

En el gráfico 8 se muestra el total de personas fallecidas de forma global (general) y parcial por la gripe por tramos de edad y con la distinción, como único factor, del sexo

de las personas fallecidas, como muestra comparativa de cómo incidieron las distintas causas de los óbitos en los tramos de edades representadas en el eje de abscisas.

Gráfico 8

Defunciones totales y por gripe en las 79 localidades de la provincia por grupos de edad



Fuente: INE. Elaboración propia.

6. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otra variable para seguir profundizando en la intrahistoria de la muerte en el grupo destinatario de personas fallecidas en las diversas localidades objeto del trabajo de campo, es el estado civil que tenían en el momento de la defunción. En la tabla 8 y en el gráfico 9 se aprecian los valores porcentuales.

Tabla 8

Estado civil de las personas fallecidas por fallecimiento globales y por gripe en 1918 y 1919

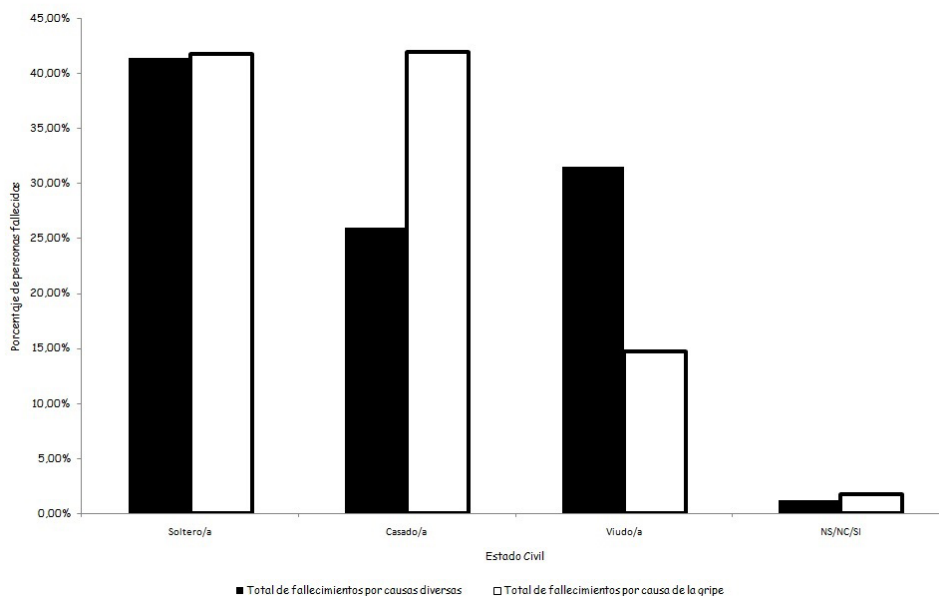
	<i>Fallecimientos por todas las causas</i>	<i>Fallecimientos por gripe</i>
Soltero/a	41,39%	41,74%
Casado/a	25,93%	41,87%
Viudo/a	31,46%	14,69%
NS/NC/SI	1,22%	1,70%

Fuente: INE. Elaboración propia.

En este apartado se observa el porcentaje de personas fallecidas según su estado civil, siendo más numeroso el de «solteros/as» (41,39% y 41,74%, respectivamente) por el elevado número de niños/as que fallecieron, apreciándose un cambio considerable de porcentajes en el apartado de «casados/as»: 25,93% frente a 41,87% y de «viudos/as»: un 31,46% frente a 14,69%, en los dos años en las diferentes localidades.

Gráfico 9

Estado civil del total de las personas fallecidas en los años 1918 y 1919



Fuente: INE. Elaboración propia.

Para concluir este apartado, se han extraído las siguientes conclusiones sobre la evolución de los fallecimientos de los hombres y de las mujeres en función de los tres estados civiles más relevantes: «soltero/a»; «casado/a» y «viudo/a». En todas y en cada una de las 79 localidades los «solteros/as» han fallecido más a causa de alto número de infantes muertos en los tres tramos de edad establecidos: menos de un año, entre un año y nueve años y entre diez años y diecinueve años. Todo lo contrario sucede con las personas casadas y viudas, donde hay un cruce o intercambio de valores si se toma como referencia las defunciones generales (menos casadas y más viudas) o los valores a causa de la gripe (más casados y menos viudos). Con estas premisas constatables, el contagio de la gripe era por convivencia (aire) y los solteros en los años de referencia vivían todos en la casa de los padres y superaban, con mucho, a los casados y a los viudos que, por lo general, habitaban con los hijos, bien porque esos eran pequeños bien porque el viudo era de edad avanzada y vivía con el hijo casado con hijos; es decir, la «regla de las tres generaciones» que existía en aquella época: en la casa siempre había tres generaciones: abuelo, hijo y nieto; cuando el abuelo moría, el hijo pasaba a abuelo y el nieto a padre, apareciendo una nueva generación y así sucesivamente. García-Consuegra (2013: 344) escribe que:

"...la ignorancia higiénico-sanitaria era uno de los más visibles exponentes de la miseria económica y educativa que reinaba entre las clases populares; en este contexto, las pésimas condiciones de la higiene pública y privada asumían recurrentemente la culpabilidad de las extraordinarias cifras de morbilidad y mortalidad del ataque epidémico porque el virus gripal no atacaba con la misma intensidad a todos los individuos. La pobreza en connivencia con el hambre limitaba los recursos biológicos para poder enfrentarse con mínimas garantías de éxito a cualquier patología; por no mencionar el acceso a los medicamentos que no siempre estaba amparado por la beneficencia municipal y que, como cualquier otro producto, estaba sometido a las leyes de oferta y demanda de los mercados".

Esta elevada mortalidad también se veía influenciada por una elevada densidad de población, por la precariedad de la higiene materno-infantil, por una inadecuada manipulación de los alimentos, por prácticas erróneas de cuidado, atención y recuperación de los trastornos de salud y por unas malas condiciones de vida ligadas a un retraso importante de España en materia de sanidad e higiene hasta bien entrada la década de los años sesenta. Aunque la lactancia ejerció un papel decisivo en la prevención de ciertas enfermedades, el destete antes de tiempo, la dentición y el paso a una alimentación variada sin contar con la debida información médico sanitaria y la adaptación a los productos que el campo daba temporalmente, fueron variables que incrementaron el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas. La disminución de la mortalidad infantil, claramente determinada por la fuerte reducción de factores de carácter exógeno, ha tenido claras repercusiones e implicaciones en la evolución demográfica de las distintas localidades de la provincia cacereña, de las respectivas comarcas, de la comunidad y de España. Sus efectos más directos están relacionados con el crecimiento del número de habitantes y la paulatina modificación de la estructura poblacional dibujada claramente de la forma de las pirámides de población con mucha base, por lo menos hasta las últimas décadas del siglo XX (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 1999).

En un tanto por ciento muy elevado de poblaciones, se ha pasado de una alta mortalidad infantil y juvenil en los últimos años del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a ser prácticamente nula en las últimas décadas del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI. Esta mortalidad se ha desplazado a edades más avanzadas. El descenso de la mortalidad (Gómez Redondo, 1985) se ha debido, entre otras causas, a una mejora sustancial de las condiciones de vida, una disminución de los vectores derivados de una inadecuada alimentación en cuanto a cantidad, digeribilidad y dosificación, y a las medidas de intervención como desecación de charcas y pozos o a la reconversión o diseño de espacios de agua estancada e insalubre. A esto se puede unir mejoras en la higiene tanto personal como pública, un constante y continuo desarrollo en materia higiénico sanitaria, la ampliación y extensión de la red sanitaria en el ámbito rural y la asistencia médico-ambulatoria-sanitaria. Otros factores a tener en cuenta es la mejora en el abastecimiento de aguas a la población, el alcantarillado, el encauzamiento de aguas fecales y la adopción de medidas de higiene públicas a cargo de las instituciones políticas y administrativas competentes. En la segunda década del siglo XX, lo único que existía era la aspirina como antitérmico y analgésico pero carece de importancia en la evolución de la gripe; por otra parte, los pacientes solían morir de complicaciones infecciosas pulmonares (no había nada que hacer pues no había antibióticos ni sulfa-

midas) o fallos multiorgánicos. Estas eran las recomendaciones para evitar los efectos de la gripe en el organismo:

- El paciente debe guardar reposo en cama, ingerir una dieta sana y mantener una higiene personal adecuada.
- Administración de quinina y salpirina como antipirético, enjuagues desinfectantes para los conductos nasales y arsenicales y glicerofosfatos para restaurar el apetito y las fuerzas.
- *Pulmoserum Bailly* para las afecciones pulmonares.

Spinney (2020: 131) expresa que "*Los preparados de arsénico eran populares por su efecto tónico y analgésico, al igual que el aceite de alcanfor para tratar las dificultades respiratorias. Se suponía que la dedalera y la estricnina estimulaban la circulación, se recetaban sulfato de magnesio y aceite de ricino como purgantes, y varios fármacos derivados de yodo para la «desinfección interna»*". A partir de los años cuarenta, con los avances médico sanitarios, el acceso a las sulfamidas y antibióticos, la intervención médica sin distinción de sexo y la mentalidad más acorde con el transcurso de los años, han hecho posible que el descenso de la mortalidad se haya convertido en un hecho significativo, relevante e imparable.

7. LUGARES DE DEFUNCIÓN

El lugar de defunción de las personas fallecidas en los dos años en las distintas localidades con el factor de filtro de "gripe" es un aspecto relevante importante para conocer cuáles fueron las tradiciones funerarias imperantes en la época en función de la mentalidad de cada persona y de cada familia a la espera de la llegada de la muerte, de la gravedad de la causa fundamental y/o inmediata y de las posibilidades económicas del entorno parental. De los datos obtenidos (Tabla 9) se observa que el 69,29% de las personas registradas, fallecían en sus respectivos domicilios en los entornos vivenciales próximos, seguidos del domicilio de sus padres (19,16%).

Tabla 9
Muestra de la distribución de los fallecimientos por gripe según el lugar de fallecimiento

<i>Lugares de fallecimiento por gripe</i>	<i>Individuos</i>	<i>%</i>
Domicilio / Su Domicilio / Domicilio Propio	1.963	69,29
Domicilio de sus padres	543	19,16
Otros	219	7,73
NS/NC/SI	108	3,81
Total	2.833	

Fuente: INE. Elaboración propia.

Es lógico suponer que casi todas las personas fallecían en el "*Domicilio*", en "*Su domicilio*", en el "*Domicilio Propio*", en el "*Propio Domicilio*" (1.963 personas) rodeadas de sus familiares y en un ambiente de espera de la muerte sin poder hacer nada y al libre albedrío de la diosa naturaleza, de la madre Tierra o del dios espiritual personal; aunque sí rodeados del calor de los ascendientes y descendientes. Pero no es un valor a tener en cuenta de una manera rigurosa, ya que cuando aparece la expresión "*Su domicilio*" no se ajusta con exactitud al lugar donde se produjo el deceso y más si las personas en cuestión tienen una edad menor, aproximadamente, de veinte años, que tendrán que fallecer en el "*Domicilio de sus padres*", como es lógico. Se observa que esto se debe a dos cuestiones principales: la economía lingüística y de trabajo del encargado de turno de reflejar en las correspondientes actas los oportunos datos y, la segunda, que se podía sobreentender que hacía referencia al lugar donde moraban sus padres, ya que un tanto por ciento del número de menores fallecidos no podían hacerlo en "*su domicilio*" porque no lo tenían y sí vivían con los padres cuya referencia no aparece como tal. Después de las personas que fallecían en sus respectivos domicilios, les siguen las personas que fallecieron en el "*Domicilio de sus padres*".

CONCLUSIONES

Del análisis pormenorizado de las variables cuantitativas y cualitativas y del estudio realizado de la epidemia de gripe española (1918-1919) en 72 localidades de la provincia de Cáceres se extraen las siguientes conclusiones: se han detectado 2.833 (22,56%) personas fallecidas de gripe de un total de 12.556 fallecidos por todas las causas, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos para el total de fallecimientos, pero siendo superior en hombres que en mujeres en el caso de los fallecimientos por gripe. Del análisis del estado civil relacionado con la mortalidad general destaca que los solteros y casados presenta una tasa superior a los viudos mientras que, en el caso de los fallecimientos por gripe, disminuye significativamente el número de viudos y aumenta el de casados, permaneciendo estable el de los solteros. Por último, en el análisis de la edad es posible obtener tres picos en el caso de la "gripe", menores de 10 años, de 30 a 40 años y de 60 a 90 años sin diferencias entre ambos sexos. Podemos concluir que el paciente que fallece de gripe española en Cáceres es un varón de 1 a 9 años (soltero) o de 30 a 40 años (casado) y que lo hace en su domicilio.

La perspectiva de los estudios sobre la pandemia de gripe de 1918 y 1919 ha transitado desde la rama sanitaria (epidemiología), la cual ha permitido la aproximación a la naturaleza biológica de la enfermedad, hasta la histórica, sociológica y antropológica, porque se desarrolló en un contexto de tragedia humana en el cual provocó sangre, sudor y lágrimas. La presente investigación con 79 localidades investigadas, a fecha octubre 2020, ha tratado de cubrir el vacío existente sobre el tema en el entorno geográfico cacereño, extrapolando el análisis de la crisis al ámbito cronológico, espacial, social y demográfico.

Los efectos demográficos de las tres variables relacionadas directamente con el ciclo de la vida: natalidad, nupcialidad y mortalidad, llevó consigo, de forma global, pocos nacimientos porque los descendientes no se concibieron ya que no hubo matrimonios celebrados por la muerte de personas en tragedias individuales y colectivas. En los dos años, los enlaces después de recolección y de la venta de las cosechas descendieron porque la epidemia (pandemia) de gripe no fue selectiva en cuanto a sexo, al contrario que la Guerra Civil española que en un elevado porcentaje se llevó consigo al sexo masculino. La alta mortalidad y la baja natalidad provocaron una nupcialidad muy reducida y, en muchos casos, con muchos problemas genéticos y vulnerables a cualquier enfermedad vírica y estacional, ya que *"uno de los principales factores para saber si estamos en un ciclo demográfico antiguo, de transición o moderno reside en las causas de mortalidad. El predominio de la mortalidad exógena –epidemias infecciosas, crisis de subsistencias-, es característico de una demografía y una sociedad con bajos niveles sanitarios, educativos y de prevención. Este tipo de mortalidad irá cediendo a medida que se cuente con mejoras sanitarias e higiénicas"* (Campos Luque, 1999: 17).

En los casos de las poblaciones de la provincia de Cáceres estudiadas y evaluadas, fueron múltiples los factores que agravaron, atenuaron o disminuyeron el impacto de la epidemia; unos, como la concentración o densidad de la población, la cultura sanitaria existente en Extremadura y las defensas inmunológicas que se tenían contra la enfermedad, incidieron sobre la extensión del contagio; otros determinaron las probabilidades de muerte del individuo enfermo y, en una gran mayoría de las ocasiones, de la muerte de familias enteras. Entre estos últimos se encontraron el estado de salud, el grupo de edad y el nivel socioeconómico de los hombres y de las mujeres afectadas.

Las pocas -o muchas medidas- que la administración política y sanitaria puso en funcionamiento, causaron una alarma social que se tradujo en una alteración de la vida cotidiana de cacereños -en particular- y de extremeños -en general- en aspectos como el cierre de escuelas, la prohibición de fiestas, las ceremonias funerarias rápidas y reducidas a los familiares más directos, la prohibición de visita a enfermos, la vigilancia de los viajeros terrestres por las rutas de comunicación más frecuentadas; la duda sobre la persona que no era de la calle, del barrio de la ciudad; la desconfianza en el "otro"; etc. Estas acciones fueron, a grandes rasgos, tres los motivos de contagio que -si no prohibidos- sí se recomendó su reducción o disminución por el peligro que conllevaban: la costumbre humanitaria de visitar a los enfermos en sus domicilios; la acumulación de personas en las iglesias, bien en los rituales litúrgicos diarios o en los extraordinarios (rogativas) que se hicieron para tratar de manera divina de parar o atenuar la epidemia y, por último, la celebración de fiestas tradicionales, bien fueran de barrios o locales para que, dentro de la campaña sanitaria, evitar la propagación de la gripe y el contagio a otras personas. Muchas de ellas llevaron consigo una respuesta social no comprendida ni comprometida con el tipo de profilaxis a utilizar, en forma de protestas y disturbios más que nada cuando había que prohibir o reducir el programa en la celebración de actividades lúdico-festivas.

La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad registrada por la pandemia de gripe y el crecimiento vegetativo fue negativo en la mayor parte de las poblaciones objeto

de la investigación durante los años de la pandemia. A esto hay que unir la constante inmigración que se estaba produciendo del campo a la ciudad y la continua emigración a otras provincias españolas con un futuro vivencial y laboral más esperanzador.

Para concluir, se transcribe un párrafo escrito por Echevarri Dávila (1993: 138):

"La historia de una catástrofe epidemiológica, como fue la pandemia de gripe de 1918, no debe ceñirse únicamente a una serie de fríos datos mesurables a través de los cuales es difíciles aprehender la dimensión total de la tragedia. No hay que olvidar que sus protagonistas tuvieron rostros y nombre, que sintieron miedo e impotencia ante la marcha arrolladora de la enfermedad, que lloraron a sus muertos y que al final encontraron consuelo en el solo hecho de haber sobrevivido. Por ello, también debe ser parte de esta crónica la reacción de toda la sociedad frente a la amenaza de la epidemia. El relato de los esfuerzos de sus instituciones sanitarias para combatirla, de la respuesta solidaria de los médicos y hasta de las oraciones que elevó la Iglesia nos permiten reconstruir de una forma más completa este trozo de la historia social del país".

AGRADECIMIENTOS

Es de justicia dar nuestras más sinceras gracias a Inés María Pedrera Vecino por el trabajo minucioso que ha realizado una vez terminada la redacción del presente documento. Su conocimiento de la gramática de la lengua castellana nos ha sido de una ayuda inestimable. Igualmente, el resumen y las palabras clave en inglés no hubieran sido traducidos ni redactados sin su políglota colaboración y autoría.

BIBLIOGRAFÍA

- AGIRRE LEIZEAGA, Iñaki (2002): "Otoño de 1918: Diario histórico-demográfico de la pandemia de gripe en Andoain", *Leyçaur*, 7, pp. 205-254.
- ÁLVAREZ PARDO, Elías et al (2008): "Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918", *Magister*, 22, pp. 93-106.
- AYORA-TALAVERA, Guadalupe (1999): "Influenza: Historia de una enfermedad", *Rev Biomed*, 10, 1, pp. 57-61.
- BARREDA MARCOS, Pedro Miguel (2009): "Palencia cuando la gripe de 1918", *PITTM. Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, 80, pp 309-339.
- BARRY John M. (2004): "The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications", *J. Translational Med*, 2, 3.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto y ROBLES GONZÁLEZ, Elena (2003): "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, XXI, 1, pp. 167-193.

- BLANES LLORENS, Amand (2007): "La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial", Tesis doctoral. Departament de Geografia. Facultat de Filosofia i Lletres. Universitat Autònoma de Barcelona.
- BREL-CACHÓN, María Pilar (2020): "La incidencia de la gripe de 1918 a escala local: El Valle del Esla", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 38, 3, pp. 31-54.
- CAMPOS LUQUE, Concepción (1999): *La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social*, Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales. Papeles de trabajo, 25.
- CARBONETTI, Adrián (2010): "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919", *Desacatos*, 32, pp. 159-174.
- CATANZARO, Michelle (2014): "¿Fiebre de guerra?", *Historia y Vida*, 4, 553, pp. 54-61.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- _____ (2018): "En el centenario de la gripe española. Un estado de la cuestión", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 36, 1, pp. 17-42.
- ELEXPURU CAMIRUAGA, Lucía (1987): "Consecuencias demográficas de la epidemia gripal de 1918 en la villa de Bilbao", *Zainak*, 4, pp. 267-277.
- ERKOREKA, Anton (2006): *La pandemia de gripe española en el País Vasco (1918-1919)*, Bilbao, Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia.
- _____ (2010): "The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age", *Influenza Other Respir Viruses*, 2, pp. 81-89.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, Carlos M. y VEIGA FERREIRA, Xosé. M. (1995): "La "gripe" de 1918-19 en Betanzos", *Anuario Brigantino*, 18, pp 143-158.
- FERREIRA, Antero y OLIVEIRA, Célia (2020): "O impacto da "gripe espanhola" na cidade de Guimarães (1918-1919)", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 38, 3, pp. 55-80.
- GARCÍA-CONSUEGRA, Mariano José (2013): "Una tragedia olvidada: la pandemia de gripe de 1918 en Daimiel", *Vínculos de Historia*, 2, pp 331-350.
- GARCÍA SÁNCHEZ, José Elías y GARCÍA SÁNCHEZ, Enrique (2006): "La gripe en el cine. De la enfermedad aparentemente banal a la epidemia apocalíptica", *Revista Medicina y Cine*, 2, 1, pp. 1-2.
- GÓMEZ REDONDO, Rosa (1985): "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970", *REIS*, 32, pp. 101-139.
- GONDRA, Juan y ERKOREKA, Anton (2010): "El cuerpo médico municipal (1897-1937) y la pandemia de gripe española en Bilbao", *Bidebarrieta*, 21, pp 139-152.

- GONZÁLEZ GARCÍA, Alberto (2013): "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Vínculos de Historia*, 2, pp. 309-330.
- GUÉNEL, Jean (2004): "La grippe "espagnole" en France en 1918-1919", *Histoire des Sciences Médicales*. 38, 2, pp. 165-175.
- HERNÁNDEZ FERRER, Francisca Isabel (2003): "Análisis epidemiológico de la mortalidad en Cartagena (1871-1935) y semántico-documental de las expresiones diagnosticadas", Tesis doctoral, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Murcia, Universidad de Murcia.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco (2009): "Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918", *Medicina Marítima*, 9, 2, pp. 1-5.
- ____ (1996): "Incidencia social de la gripe de 1918-1919 en la ciudad de Cádiz", *Llull*, 19, 37, pp. 455-470.
- ____ (1996): "La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María", *Revista de Historia de El Puerto*, 17, pp. 31-63.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco y ALMENARA BARRIOS, José (1994): "La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz)", *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, 30, pp. 133-187.
- IRUZUBIETA BARRAGÁN, Francisco Javier (2008): "La pandemia gripal de 1918 en la ciudad de Logroño", *Berceo*, 154, pp. 345-363.
- MAMELUND, Svenn-Erik (2004): "Can the Spanish Influenza pandemic of 1918 explain the baby boom of 1920 in neutral Norway?", *Population*, 59, 2, pp. 229-260.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes y MOLINA DEL VILLAR, América (2010): "El otoño de 1918. Las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México", *Desacatos*, 32, pp. 121-144.
- MARÍN GUTIÉRREZ, Adelaida (2013): "El tratamiento informativo de la gran gripe en España y Francia (1918)", TFM en el Departamento de Historia Contemporánea, Oviedo, Universidad de Oviedo.
- MONTES-SANTIAGO, Julio (2010): "El beso mortal de la "Dama Española". La gripe de 1918: un asesino de artistas geniales", *Galicia Clínica*, 71, 1, pp. 37-39.
- NÁJERA MORRONDO, Rafael (2010): "Historia de la gripe", en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud, pp. 161-196.
- NEBEL, A. (2006): *La gripe española. Su naturaleza, su tratamiento curativo y preventivo. Medidas profilácticas*, Sevilla, Mínima.
- NEILA MUÑOZ, Carlos M. (2013): "Demografía histórica en Brozas (Cáceres). La muerte a través del Registro Civil (1981-2012)", *Coloquios Históricos de Extremadura*, pp. 425-453, <https://chdetrujillo.com/i2013/>

- ____ (2014): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en las ciudades de Cáceres y de Plasencia (Extremadura)", *Coloquios Históricos de Extremadura*, pp. 505-546. <https://chdetrujillo.com/i2014/>
- ____ (2020a): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (primera parte)", *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*, 220, pp. 16-18.
- ____ (2020b): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (segunda parte)", *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*, 221, pp. 15-17.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (2010): "Las epidemias en la Historia", en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*, Fundación de Ciencias de la Salud, pp. 9-30.
- PRADO MOURA, A. de (1987): "La epidemia de gripe de 1918 en Palencia", *PITTM. Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, 56, pp. 159-215.
- PORRAS GALLO, María Isabel (2020): *La gripe española 1918-1919*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- ____ (1996): "Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid", *Boletín de la ADEH*, 14, 1, pp. 75-116.
- ____ (1995): "La prensa madrileña de información general ante la epidemia de gripe de 1918-19", *Medicina & Historia*, 57, 3, pp. 5-28.
- ____ (1994): *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- ____ (1994): "La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19", *DYNAMIS*, 14, pp. 159-183.
- RAMOS MARTÍNEZ, Jesús (1992): "La pandemia de gripe de 1918 en Pamplona", *II Congreso de Historia de Navarra en los siglos XVIII, XIX y XX*, pp. 109-130.
- SANZ GIMENO, Alberto y RAMIRO FARIÑAS, Diego (2002): "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24 pp. 151-188.
- SPINNEY, Laura (2020): *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Barcelona, Planeta.
- URKÍA ETXABE, José M^a (1986): "La pandemia gripal de 1918 en Guipúzcoa", *Cuadernos de historia de la medicina vasca*, 4, pp. 37-86.
- VALDEZ AGUILAR, Rafael (2002): "Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919", *Elementos*, 47, pp. 37-43.
- VÁZQUEZ ARIAS, Juan Carlos (2010): "A gripe de 1918 en Pontedeume", *Cátedra*, 17, pp. 141-162.